

RELATÓRIO DO DIREITO HUMANO À SAUDE NO BRASIL 2021



Centro de Educação e
Assessoramento Popular



Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2021

Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil

Volume 4

Passo Fundo

EAB Editora

2022

© 2022 Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Série: Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil
Volume: 4

Capa: Diego Ecker
Projeto Gráfico: Diego Ecker
Diagramação: João Moro de Oliveira e Diego Ecker
Revisão: Araceli Pimentel Godinho

Organizadores: Nara Aparecida Peruzzo e Valdevir Both
Transcrição das entrevistas: Astrid Cosac Sarmento e Camila Miranda Evangelista
Organização e sistematização dos textos: Nara Peruzzo e Astrid Cosac Sarmento

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Rua Anibal Bilhar, 865, Vila Lucas Araújo
CEP: 99074-470 – Passo Fundo – RS
E-mail: ceap@ceap-rs.org.br
Site: www.ceap-rs.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

C397r Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Relatório do direito humano à saúde no Brasil : 2021 / Centro de
Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: EAB Editora,
2022. – (Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil, ISBN
978-65-88324-01-1 ; v. 4).
163 p. ; 17 x 24 cm.

ISBN: 978-65-88324-08-0

1. Sistema Único de Saúde – SUS. 2. Pandemia de COVID-19.
3. Saúde pública. 4. Direito à saúde. 5. Política Nacional de Atenção
Básica. 6. Grupos minoritários. I. Título. II. Série.

CDD: 614.07
CDU: 614:37(81)

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 14/1707

2022

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total
desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda
ou qualquer fim comercial.

Realização:



Apoio:



Apresentação da Série *Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil*

Para o CEAP, a luta em defesa do SUS e da saúde como direito humano, exige uma permanente sistematização de informações e uma constante produção de conhecimento que contribua na sua ação e dos parceiros.

Essa intencionalidade político-pedagógica se traduziu na elaboração, desde 2018, do Relatório Anual de Direito Humano à Saúde no Brasil. Construído com o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde, tem o objetivo de dar visibilidade às violações do direito humano à saúde e às iniciativas de ação e luta em prol da sua defesa e promoção. Portanto, ao mesmo tempo que denuncia, anuncia a importância da democracia, do controle social, da organização social popular e da luta pelo direito à saúde.

Sobre o CEAP

O Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) é uma organização da sociedade civil, não governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a educação popular como elemento central da sua atuação. Fundado em 1987 e sediado em Passo Fundo/RS tem como missão “Defesa e promoção da democracia e dos direitos humanos, fortalecendo os sujeitos sociais populares e seus processos a partir da Educação Popular”.

Sumário

Apresentação	7
Introdução.....	9

Parte I

1. A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde no SUS: caminhos, desafios e atualidades	13
<i>Ligia Giovanella</i>	
2. A pandemia no contexto desigual brasileiro: o conceito de “sindemia”	37
<i>Valcler Rangel Fernandes</i>	

Parte II

3. A defesa do SUS no contexto da Covid-19	52
<i>Alcindo Antônio Ferla</i>	
4. População negra e ausência de políticas com equidade....	68
<i>Altamira Simões</i>	
5. Em defesa do SUS	73
<i>Antônio Lacerda Souto</i>	
6. O acesso à informação durante a pandemia	78
<i>Abrahão Nunes da Silva</i>	
7. A construção do SUS em tempos de neoliberalismo, austeridade fiscal e pandemia.....	82
<i>Clair Castilhos</i>	

8. A Covid-19 e a construção do SUS	95
<i>Emerson Merhy</i>	
9. O SUS e a participação popular no contexto da Covid-19 ..	107
<i>Leandro Araújo da Costa</i>	
10. A defesa do SUS no contexto da sindemia da Covid-19	116
<i>Lúcia Souto</i>	
11. Defesa do SUS no contexto da pandemia da Covid-19	125
<i>Márcia Leão</i>	
12. Defender o SUS é defender a vida!	133
<i>Maria do Socorro de Souza</i>	
13. Atingidos por barragens e o SUS: solidariedade na pandemia	142
<i>Oswaldo Bernardo da Silva</i>	
14. Defesa do SUS, papel do Estado e transição ecológica	147
<i>Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira</i>	
15. Os desafios do controle social na defesa do SUS	157
<i>Ronald Ferreira dos Santos</i>	
16. Os povos indígenas em defesa do SUS.....	162
<i>Valdenir Andrade França</i>	

Apresentação

Paulo Freire, educador brasileiro conhecido mundialmente, alertava para a necessidade de superação de duas práticas muito comuns entre os que se propõem a lutar pela “transformação do mundo”. A primeira, o verbalismo, se caracteriza pela produção de saberes e discursos descompromissados com a ação transformadora e desenraizada dos sujeitos coletivos em luta; tende, fortemente, a se transformar num blá-blá-blá ou num intelectualismo alienante, que não passa de uma falsa consciência do mundo. A segunda, o oposto da primeira, mas igualmente perigosa e limitada, é a prática do ativismo: esta, segundo Freire, renuncia à reflexão e é uma simples “ação pela ação”. Envoltos nela, processos formativos e de análise da realidade são deixados de lado, importando apenas o “fazer”, o máximo possível de coisas. Margeada a vigilância reflexiva, seu lugar é tomado pela “sloganização”, ainda mais intensa em tempos de ciberativismo.

Num esforço de superar tanto o verbalismo quanto o ativismo, o CEAP e o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde desafiaram-se a construir anualmente o *Relatório do direito humano à saúde no Brasil*. O seu principal objetivo é subsidiar a luta pelo direito humano à saúde no País.

Em vista desse propósito, a sua construção implica um caminho metodológico participativo, num processo em que temas, dados e experiências são sugeridos e vocalizados pelos próprios sujeitos, respeitando, sobretudo, seu lugar de fala, seus saberes e práticas. Assim, pretende-se uma reflexão “com” e não “para” eles, buscando alimentar uma práxis transformadora da realidade.

Quiça esta iniciativa tenha vida longa e alimente nossos sonhos de um mundo melhor para todas e todos, no qual a saúde seja um direito de todas e todos e não uma mercadoria afeita à exploração e

acumulação capitalista. Que a elaboração deste relatório anual não apenas se transforme em um “produto-fim”, uma publicação, mas que seja o resultado de um processo político-pedagógico criativo, que se reinventa a cada ano, num movimento de aprendizagens permanentes e que nutrem nossa práxis ou “quefazer” cotidiano.

Boa luta!

Introdução

O *Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2021* objetiva refletir, com os movimentos sociais populares e pesquisadores/as da temática do DH à Saúde, os impactos da Covid-19 na estruturação, organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na atenção básica, a partir da compreensão do conceito de “sindemia”. Busca contribuir à afirmação da democracia, do controle social, da organização social popular e da luta pelo direito humano à saúde.

Olhar para o Brasil de 2021, a partir do conceito de “sindemia” da Covid-19 e não somente de “pandemia”, permite alargar e complexificar as análises e inúmeras consequências e sequelas da Covid-19 na população como a fome, o desemprego, as doenças crônicas, a produção e distribuição de alimentos, a pobreza e não se limitar somente em medicamentos, respiradores ou leitos de UTI. Isso não significa negar a importância dos mesmos, mas o real enfrentamento da Covid-19 exige um olhar mais amplo, que estabeleça relações da Covid-19 com doenças não transmissíveis, também com fatores sociais, culturais e econômicos.

Tanto o ano de 2020 como o de 2021 foram marcados por profundas violações ao direito humano à saúde, no marco da sindemia da Covid-19, seja por omissão, seja por práticas de violação. O Fórum DH Saúde – através da parceria entre a Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH), a Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) – produziu dois documentos relatando algumas dessas violações: *Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19* e *Denúncia de violações dos direitos*

à vida e à saúde no contexto da Covid-19 no Brasil. Esses documentos contribuíram na identificação, documentação e sistematização de situações de violação do direito humano à saúde no contexto da pandemia no Brasil. Eles foram apresentados na 48ª Sessão Ordinária do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, para denunciar a crise da Covid-19 no Brasil, na data de 30 de setembro de 2021; na audiência pública na Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA), para denunciar uma série de violações ocorridas durante a pandemia no Brasil, na data de 25 de outubro de 2021; e entregues à Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI da Covid-19, para representantes do Legislativo Federal e para a Procuradoria Geral da República. Além disso, seus resultados foram apresentados no Seminário Internacional Situação dos Direitos Humanos na Pandemia Covid-19 no Brasil, em novembro de 2021.

Movimentos sociais, entidades populares, conselheiros e lideranças sociais reinventaram suas práticas no contexto pandêmico, como já relatado na edição de 2020. Da mesma forma, em 2021, foram intensas suas lutas não só pela vacina, mas pela comida no prato dos/as brasileiros/as, pelo emprego, defendendo todas as vidas e dizendo não às inúmeras práticas genocidas. Denunciaram violações, seja por parte do Governo Federal, do Judiciário ou do Legislativo, seja por práticas abusivas ou pela omissão quando da necessidade da presença de todos os Poderes.

Alinhadamente com essas várias denúncias e anúncios, o conjunto de entidades do Fórum DH à Saúde participou dos *Seminários Estaduais em Defesa do SUS*, promovidos pelo CEAP, em parceria com o CNS e apoiados pela *Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde* (Opas/OMS) no Brasil. Esses seminários, além da defesa do SUS, apresentaram uma agenda de luta no Brasil no ano de 2021. Por esse motivo, tomou-se a decisão de que o *Relatório DH à saúde no Brasil 2021* deveria ecoar algumas dessas

falas, tanto de pesquisadores/as como de movimentos sociais, preservando, acima de tudo, o “lugar” de fala de cada participante.

Esta edição terá duas partes. A primeira trata de questões macroestruturais e contará com dois capítulos, abordando o conceito de “sindemia” e os desafios para a atenção básica do SUS. A segunda parte, resultante das falas de pesquisadores/as e de movimentos sociais, lideranças populares nos Seminários Estaduais em Defesa do SUS, abordará os desafios do SUS, o neoliberalismo, a criminalização do controle social, a defesa da democracia, a crise sanitária, econômica, social, ambiental e política; ainda, a reforma sanitária e alguns temas conjunturais de 2021. Ao mesmo tempo que formam um todo, cada seção tem um sentido próprio e único, revelando-se um conteúdo rico, diverso, singular e muito oportuno para as ações político-formativas. Há muita “vida” nesta edição do Relatório.

Assim como as edições anteriores, o *Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2021* é uma iniciativa do Fórum DH à Saúde e conta com o apoio da Misereor. Constituído a partir de um processo participativo, sua feitura significou um aprender, num exercício permanente de troca de saberes e reconhecimento da diversidade.

Reiteramos o nosso desejo de que este Relatório, feito a várias mãos, fortaleça e nutra nossa esperança de estarmos sempre em movimento e comprometidos com o SUS, a luta pelos direitos humanos e um mundo melhor para todas e todos.

Parte I

1. A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde no SUS: caminhos, desafios e atualidades

Ligia Giovanella¹

“O Brasil precisa do SUS. Há robusta evidência de que sistemas públicos universais, gratuitos e de financiamento fiscal são superiores em qualidade, eficiência e equidade quando possuem como pilares estruturantes a organização de uma APS integral, com a prestação e o financiamento predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal e igualitário.”

¹ Médica, mestre (1989) e doutora (1998) em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), com estágio sênior na Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit (2012-2013), pós-doutorado no Institut für Medizinische Soziologie da Universidade de Frankfurt (2003-2004). Foi consultora do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) (2011-2015) e secretária executiva da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul (RedSalud ISSS) (2005-2009). Atualmente, é pesquisadora sênior da ENSP/Fiocruz e participa do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Atua no campo da saúde coletiva nas linhas de pesquisa: Avaliação de Políticas, Sistemas e Programas de Saúde, com foco em atenção primária à saúde e saúde da família; Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada. Integra a Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

É impossível iniciar a discussão de qualquer assunto, a partir de 2020, sem mencionar a crise sanitária e humanitária vivenciada durante esta pandemia de Covid-19. Até setembro de 2022, são mais de 680 mil mortes por Covid-19 no Brasil. Uma grande parte dessas mortes poderia ter sido evitada; decorrem do negacionismo do Governo Federal e de uma política deliberada de deixar a população morrer, insistentemente expressa pelo Presidente da República em suas falas: “gripezinha”, “mimimi”, “covardia”, “se tomar vacina, vira jacaré”, “as vacinas são experimentais”, “os vacinados desenvolvem AIDS mais rápido”.

Nenhuma grande campanha de comunicação foi realizada, nem para manter o distanciamento social quando imprescindível, nem para uso de máscaras de proteção (comprovadamente efetivas), nem para adesão à vacinação. Embora a grande maioria da população brasileira (pelo menos 96%) quisesse ser vacinada, não havia vacinas disponíveis por atraso na compra e busca de propinas na aquisição. Pesquisa coordenada por Deisy Ventura, da Universidade de São Paulo (USP), evidenciou que há uma clara estratégia institucional de propagação do vírus, liderada pelo Presidente da República. Não se trata de incompetência, é “empenho da atuação da União em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional” (Ventura; Bueno, 2021). Um governo genocida e com cumplicidade de todos os ministérios, incluindo não apenas a Saúde, mas também o Ministro da Economia, como uma figura central.

A CPI da Covid demonstrou a inegável responsabilidade do Governo Federal em relação a grande parte das mortes por Covid-19 no País. Mas quantas mortes poderiam ter sido evitadas? O epidemiologista Pedro Hallal sugeriu, durante a CPI, um cálculo de abordagem simples, bem razoável: considerando que 2,7% da população mundial vivem no Brasil, projetam-se quantas mortes por Covid-19 teriam ocorrido aqui se o Brasil tivesse apresentado um desempenho na média mundial; por esse raciocínio, conclui-se

que centenas de milhares de mortes poderiam ter sido evitadas. Uma situação, de fato, de extrema gravidade!

Esse cenário dialoga com o tema que queremos discutir na sequência: o da **Política Nacional de Atenção Primária à Saúde no SUS**. Para iniciarmos essa reflexão, é importante compreendermos a saúde como direito universal. A Constituição Federal brasileira de 1988 reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde. Estabelece, em seu artigo 196: “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), criado desde então, busca há 30 anos cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Alinha-se, assim, ao espírito da *Declaração de Alma-Ata* de 1978, sobre atenção primária à saúde (APS), que convocou os governos a implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores, a fim de enfrentar os determinantes econômicos, sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política, recursos e incentivando a participação social.

Antes de tudo, precisamos ter clareza sobre qual APS estamos falando. Na experiência internacional, são observadas diferentes concepções de APS que estão sempre em tensão, subentendidas também no debate nacional sobre a universalidade do SUS. É uma imprecisão conceitual que permite abarcar iniciativas com propósitos muito distintos, tendo levado Jairmilson Paim a observar que, dadas essas dubiedades, a APS pode ser considerada quase uma “receita para todas as estações”. Tais imprecisões decorrem de diversas influências, de antecedentes imediatos e remotos de Alma-Ata: no modelo epidemiológico militar vetorial das campanhas de saúde pública; nos programas integrais e de educação

para a saúde com pessoal comunitário; nos programas de medicina comunitária estadunidenses para aliviar tensões sociais e/ou iniciativas dos movimentos sociais; na perspectiva religiosa missional das experiências de saúde comunitária do Conselho Mundial de Igrejas; nas iniciativas de extensão do acesso aos serviços de saúde e aos benefícios científicos a toda a população nos processos de descolonização e democratização dos então denominados “países do terceiro mundo” (Paim, 2012; Rovere, 2012).

Não há uniformidade de abordagens para a APS. A publicação *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*, publicada em 2007, sintetiza pelo menos quatro grandes abordagens de APS: atenção primária seletiva; primeiro nível de atenção; APS integral (APIS); APIS com filosofia – relacionada a processos emancipatórios na luta pelo direito à saúde, como o Movimento pela Saúde dos Povos.

A concepção de APS **integral** origina-se na Carta da Conferência de Alma-Ata (1978). É uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde. Refere-se a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde desenvolvida na Conferência de Alma-Ata, incluindo entre seus princípios: a) acesso universal com base nas necessidades de saúde e uso de tecnologias apropriadas e efetivas – parte de um sistema integrado de saúde; b) o imperativo de enfrentar determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico – inseparável do desenvolvimento econômico social; c) ação e coordenação intersetorial para a promoção da saúde nos territórios; d) participação social. Pode-se perceber que, nessa concepção, há um componente de integração ao sistema de saúde, de cuidado em saúde, e um componente territorial com abordagem no sentido de enfrentar a determinação social dos processos saúde-enfermidade. Essa conferência culminou, no ano seguinte (1979), na recomendação

“Saúde para todos no ano 2000”, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde.

Após Alma-Ata, no contexto internacional, observa-se um embate entre uma concepção integral e uma seletiva de APS. Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento, a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nessa reunião, foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento.

Discute-se que a concepção de APS de Alma-Ata teria um conteúdo muito revolucionário, abrangente, pouco propositivo e de difícil implementação, cunhando-se então a noção de APS seletiva. Esta trata-se de um programa seletivo com cesta restrita de intervenções “custo-efetivas”, limitado à atenção materno-infantil e de doenças infecciosas, focalizado em populações em pobreza extrema, geralmente de resolutividade restrita. Essa estratégia, que era supostamente interina, foi adotada por agências internacionais e se difundiu mundialmente. Esse conjunto de ações custo-efetivas – conhecidas como GOBI, por suas iniciais em inglês – passou a ser difundido entre os países pobres, com especial suporte do Unicef: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). Também de programas conhecidos como FFF: suplementação alimentar (*food supplementation*), alfabetização feminina (*female literacy*) e planejamento familiar (*family planning*). A alfabetização feminina e a elevação do nível de escolaridade das mulheres são tidas como a base de diversas ações em saúde, estando fortemente associadas à redução da mortalidade infantil. É importante dizer que agências

internacionais, como o Unicef, passaram a financiar essas intervenções, que eram consideradas como tendo objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas. Tais ações certamente integram ações de serviços de APS, contudo a APS não pode se restringir a essas ações. Deveriam ser complementares, mas se estabeleceram em contradição aos pressupostos abrangentes de garantia do direito à saúde de Alma-Ata.

Essa implementação de uma APS seletiva levou Mario Testa (1992), que é um planejador estratégico democrático participativo argentino, da medicina social da América Latina, a se perguntar se seria uma atenção primária ou primitiva da saúde? Pois restringia-se a uma medicina pobre para pobres (Testa, 1992).

Nos anos 1990, essa concepção foi incorporada completamente às reformas neoliberais. O Relatório do Banco Mundial 1993 prescreve, de fato, programas focalizados e seletivos em saúde, com responsabilização governamental apenas por cesta restrita de baixo custo. A influência do Banco Mundial contribuiu significativamente na difusão dessa abordagem aqui nas Américas. Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo “atenção básica” para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

Uma outra concepção é uma APS de Atenção ambulatorial de primeiro nível, que compreende serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e, por vezes, ações de saúde pública. Essa concepção está presente nos sistemas universais de proteção social à saúde dos países europeus; ela não é seletiva, no sentido de que não se restringe ao primeiro nível e nem a uma cesta de serviços. Nesses países da União Europeia, está articulada a um sistema universal, de financiamento

solidário com redistribuição. É centrada em médicos generalistas ou com especialidade em medicina de família e comunidade e no cuidado individual, o que leva a uma discussão na medicina social da América Latina: seria uma atenção primária à saúde ou uma atenção médica primária, já que tem um componente muito individualizado e centrado no médico? Caracteriza-se por ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva. Cumpre em parte com os atributos da APS robusta: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família – mas não contempla orientação comunitária e participação social.

Outra abordagem, mais abrangente, é a atenção primária à saúde como filosofia que enfatiza processos emancipatórios na luta pelo direito à saúde, pela criação de sistemas públicos universais de saúde, como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde, como, por exemplo, o Movimento pela Saúde dos Povos – *People Health Movement*.

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Em geral, muito restrita, definindo cestas e grupos populacionais para cobertura. Contudo, a discussão da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, a fim de reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde. Essa é uma perspectiva de movimentos sociais do Sul global em defesa do direito à saúde.

Outro marco histórico recente neste debate internacional sobre atenção primária à saúde é a Conferência de Astana. Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS, o Unicef e o Governo do Cazaquistão organizaram, em 25 e 26 de outubro de 2018, a Conferência Global em Atenção Primária à Saúde com

o objetivo de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS). A Carta de Astana tem como foco a chamada “cobertura universal”, entendida como cada pessoa ter um seguro privado ou público para não incorrer em gastos catastróficos; a APS deixa de ser entendida como o fundamento dos sistemas universais de saúde. Tal perspectiva contrasta com os princípios de equidade e justiça social que orientaram a Declaração de Alma-Ata, que convocou os governos a implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral, em coordenação com outros setores, para promover a saúde.

A universalidade tem alcançado proeminência no debate internacional desde 2005. Uma resolução da 58ª Assembleia Geral da OMS instou os países a promoverem cobertura universal, e a APS tem sido reiterada como estratégia para alcance de tal cobertura. Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da universalidade almejada e ao escopo da estratégia da APS. O que significa essa cobertura universal? Ela tem um componente muito forte da cobertura por um seguro. Na literatura internacional, até meados de 2000, eram utilizados dois termos distintos para “universalidade”:

- a) *universal health care* (“atenção universal à saúde”), mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta e com sistemas universais de saúde;
- b) *universal health coverage* (UHC), (“cobertura universal à saúde”), aplicado em países de renda média e baixa, e em geral referindo-se apenas a uma cobertura de serviços básicos (Stuckler *et al.*, 2010).

A concepção de cobertura universal foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado, como redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de

saúde (Giovanella *et al.*, 2022). Com base no Relatório da OMS de 2010 sobre financiamento em 2011, a Assembleia da OMS aprovou resolução sobre financiamento sustentável e cobertura universal, instando os países a garantirem que o financiamento da saúde evite pagamentos diretos das famílias no ato de uso, recomendando contribuições financeiras antecipadas como forma de compartilhamento de riscos, a fim de prevenir “gastos catastróficos” com saúde, geradores de empobrecimento – e este é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (meta 3.8).

A cobertura tem foco no financiamento por combinação de fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas (a proposta dos planos populares de saúde segue essa perspectiva). A proposta é que cada grupo populacional tenha algum tipo de cobertura, algum sistema de pré-pagamento, para que não incorra em gastos catastróficos. Dessa forma, a cobertura é por alguma modalidade de asseguração, com definição de cesta limitada de serviços a serem cobertos; a população é segmentada por diferentes seguros, com diferentes “cestas”, conforme a sua renda, cristalizando desigualdades.

É importante dizer que privilegiar a cobertura financeira é muito distinto de garantir o direito universal à saúde. A cobertura financeira expressa a titularidade por um seguro: que todas as pessoas possam comprar ou estar afiliadas a algum tipo de seguro (privado ou público), o que não garante acesso e uso quando necessário, nem equidade. Difere do conceito de cobertura de uma medida sanitária que associa prestação com acesso e uso efetivos – por exemplo, cobertura vacinal. A cobertura universal resulta em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais, conforme sua renda.

Aqui no Brasil, essa discussão se traduz nos questionamentos: se o que queremos e defendemos é um SUS só para os muito pobres com serviços restritos ou se é a Constituição Federal de fato, isto é, um sistema universal de saúde gratuito e de qualidade para todos?

Queremos uma APS seletiva focalizada e/ou universalismo básico? Ou vamos construir um SUS que garanta atenção integral orientada por APS integral, inserida e integrada na rede, respondendo às necessidades de saúde da população? Essa é tensão contínua no processo de consolidação do SUS, com dubiedades na política nacional ao longo do tempo.

Essa é discussão crucial. No Brasil, a Fiocruz e o Conselho Nacional de Saúde elaboraram o documento “Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Posicionamento brasileiro (Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde) para a *Global Conference on Primary Health Care*, Astana, outubro de 2018” reafirmando a defesa de sistemas universais de saúde que têm em seu coração a APS integral. Esse documento foi distribuído para toda a representação da América Latina na conferência em Astana. Ademais, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi apresentada no ato de abertura como um exemplo muito exitoso de avanço em termos de acesso universal à saúde com base na APS.

O Brasil precisa do SUS. Há robusta evidência de que sistemas públicos universais, gratuitos e de financiamento fiscal são superiores em qualidade, eficiência e equidade quando possuem como pilares estruturantes a organização de uma APS integral, com a prestação e o financiamento predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal e igualitário.

No entanto, a APS no SUS vem sofrendo constantes ameaças e retrocessos, entre os quais citamos os seguintes: implantação da PNAB 2017, com redução do número de ACS e carga horária dos profissionais; finalização do Programa Mais Médicos, que voltou a deixar centenas de municípios sem médico; definição de uma carteira de serviços restrita e centrada no cuidado individual, referenciando uma APS seletividade; mudanças no financiamento atentam contra a universalidade – focalização do SUS; criação da

Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado, que deslocou a gestão pública da APS para o âmbito privado na esfera federal. A Adaps, em implantação, tem prerrogativas de contratação de empresas privadas para a prestação e formação em APS no SUS, promovendo a mercantilização da atenção básica, que vinha sendo até então o setor de atenção menos mercantil, mais público e mais eficiente do SUS. Ou seja, tende-se à privatização e comercialização da APS no SUS.

A política de financiamento da atenção básica de 2019 “Previne Brasil”, com plena implantação prorrogada para início de 2022, extingue a prioridade para equipes da ESF, abolindo incentivo para ESF; prevê que equipes com profissionais contratados por 20 ou 30 horas sem ACS recebem incentivos financeiros idênticos aos das equipes ESF; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), foram abolidos e não há mais incentivo financeiro para os mesmos.

As transferências financeiras do Ministério da Saúde para os municípios passam a ser por pessoa cadastrada, o que atenta contra a universalidade do SUS. Ao extinguir-se o piso da atenção básica - PAB fixo, os municípios deixaram de receber a única transferência governamental em saúde de base populacional disponível para aplicação com autonomia. O PAB fixo possibilitava a implementação das ações da atenção básica previstas nos Planos Municipais de Saúde, sem o engessamento comum aos repasses federais. A abolição do PAB fixo certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal, que já é responsável por mais de 30% do financiamento do SUS. Ainda que no processo de implementação do Previne Brasil tenha-se reestabelecido uma pequena transferência com base à população (PABinho), já se observa redução de transferências federais para a APS, principalmente em grandes municípios, como estudos do Cosems RJ e Cosems SP haviam estimado.

O Programa Previne representa, portanto, importante ameaça à multiprofissionalidade das equipes ao reduzir ACS e abolir Nasf. Ademais, a política atual confere prioridade ao pronto-atendimento da demanda espontânea e suprime o enfoque territorial e comunitário.

Infelizmente, durante a pandemia, a potencialidade da APS no SUS foi desperdiçada pela falta de coordenação nacional e pelo negacionismo do Governo Federal. No entanto, é fundamental fazer, mais uma vez, a defesa da atenção primária à saúde na rede SUS neste momento de pandemia, pois ela cumpre papel decisivo no enfrentamento de pandemias. Epidemias exigem aliar cuidado individual a uma abordagem comunitária, e nossa APS tem essa integração no cerne de seu modelo assistencial. O modelo assistencial de orientação comunitária da APS do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais, enfoque comunitário e territorial (e que tem apresentado ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população), pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia. Ela teve e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados e no controle da epidemia, através da vigilância em saúde; dos cuidados de usuários com Covid-19 leves e moderados; da continuidade dos cuidados ofertados pela APS; da ação comunitária e de apoio social: para grupos vulneráveis e de maior risco em ação coordenada no território com lideranças e organizações locais; da vacinação; e, sobretudo, dos cuidados no pós-Covid: luto, sequelas, saúde mental, demandas reprimidas (Bousquat *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020).

O recrudescimento da pandemia se observa, em primeiro lugar, nas UBS e UPAs, pelo aumento da demanda de sintomáticos respiratórios: indicador que deveria ser incluído para tomar iniciativas mais restritas de isolamento social. O critério centrado na porcentagem de ocupação de leitos de UTI foi uma aposta na morte! Apenas abrir mais leitos, ainda que necessário, não mitiga

a epidemia; teriam sido necessários critérios de incidência e de taxas de mortalidade para orientar a implementação de medidas de saúde pública mais ou menos restritas para o controle em cada pico. No entanto, o necessário investimento na atenção básica para a vigilância em saúde, e toda a sua rede de cuidados individuais e comunitários, não foi apoiado pelo Governo Federal.

A pandemia permitiu alguns aprendizados, que se colocam como desafios para a APS do SUS: a importância da coordenação estadual do sistema de saúde e a necessidade do redesenho das redes de atenção à saúde (RAS); o fortalecimento da coordenação tripartite, cuja ausência produziu caos; novas formas de cuidado: com aceleração no uso de tecnologias de informação e comunicação com contatos por celular, internet, telecuidado – facilitadores de acesso e comunicação com usuários, familiares e comunidade; a necessidade de aprimorar e integrar a vigilância epidemiológica na ESF com desenho de novos modelos para essa ação integrada; a necessidade de fortalecer a orientação comunitária da ESF com ação coordenada no território, em interação com movimentos sociais, outros setores e órgãos públicos no território: vigilância integral em saúde.

Assim, reafirmamos a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial de APS integral de orientação comunitária como crucial para atenção à saúde de melhor qualidade, menos iatrogênica, medicalizante e consumista no SUS, e para incidir sobre as desigualdades que se aprofundam.

Uma lição básica desta pandemia é que os sistemas de saúde de mercado, voltados para a doença, o cuidado individual, lucros e negócios, não são capazes de enfrentar problemas coletivos, que exigem atuar de acordo com o interesse comum. O sistema de saúde dos EUA, um sistema com base de mercado, tanto no seguro como na prestação, tem piores resultados em acesso, eficiência administrativa, equidade e resultados em saúde.

Então, o Brasil precisa do SUS e nós precisamos avançar na construção do SUS. É hora de defender, com força, a proposta institucional, política e social de sistemas de saúde únicos, públicos e universais, orientados por uma visão da epidemiologia crítica da determinação social da saúde e da vida, em que prevalece a concepção de direitos sociais, animais e ambientais, universais – um modelo de desenvolvimento harmônico com a natureza como na concepção de *buen vivir* dos povos originários de nossa América Latina.

Preocupado com essas questões, o comitê gestor da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) lançou, em agosto de 2022, um manifesto com proposições para a “Atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS”, documento que reproduzimos a seguir.

Atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS: proposições da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco

A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) da Abrasco apresenta proposições em defesa da saúde, da vida, da democracia e do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) abrangente, resolutiva, de orientação comunitária e base territorial integrada à rede regionalizada de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A iniciativa faz parte da Agenda “**Bases para uma APS integral, resolutiva, territorial e comunitária: aspectos críticos e proposições**”, que representa a nossa recusa ao desmonte do SUS! Por meio da Agenda, a Rede de Pesquisa em APS reafirma seu compromisso com a produção de conhecimento científico rigoroso e implicado com a defesa de uma APS pública no SUS. Igualmente promove a defesa constitucional da saúde e da ESF como modelo exitoso de APS em nosso país (<https://redeaps.org.br/>).

Desde 2017, as políticas federais em saúde têm produzido

ameaças e retrocessos na atenção primária no SUS que promovem o desmonte do modelo assistencial exitoso da APS de base territorial e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As políticas do governo atual ameaçam **a multiprofissionalidade das equipes** com redução de agentes comunitários de saúde (ACS) na ESF pela PNAB 2017; com a **abolição do incentivo aos núcleo multiprofissionais de apoio à saúde da família, os Nasf**; com a criação de equipes compostas por médico e enfermeiro sem ACS, as equipes eAP, com contratos por 20 ou 30 horas que a partir do Previne têm financiamento equivalente às equipes ESF. **Extingue-se, assim, na prática, a prioridade para a ESF.**

As políticas atuais, restringem a atenção a um cuidado individual com **prioridade ao pronto atendimento** com carteira de serviços restrita e programas como o Saúde na Hora, que para estender horários de funcionamento das UBS, desorganiza equipes e destrói vínculos, transformando profissionais das equipes em plantonistas.

São políticas que enfraquecem o enfoque territorial comunitário pela: redução de ACS, pela perda do incentivo às equipes ESF e pelo financiamento e cobertura por cadastramento, não mais por equipe e território, comprometendo as ações coletivas de promoção da saúde e restringindo o acesso ao SUS a cadastrados, o que fere os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

São políticas que promovem a privatização e a comercialização da APS no SUS, por meio da criação da ADAPS (Agência de Desenvolvimento da APS) que teria como objetivo o provimento de médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil, e que aboliu o PMM (Programa Mais Médicos) em seus componentes de provimento, formação e infraestrutura. Contudo, as competências da Adaps, uma entidade privada, vão muito além do provimento. A ADAPS tem competências na execução de políticas de desenvolvimento

da APS em âmbito nacional com amplas atribuições, na prestação, no ensino e na contratação de terceiros, privados ou públicos. São políticas que em seu conjunto **rompem com a universalidade do SUS e o direito universal à saúde**: a opção política é focalização e seletividade. Estas políticas se direcionam a uma cristalização da segmentação do sistema de saúde brasileiro. Orientam-se por uma concepção de cidadania restrita: um SUS mínimo para pobres!

Mas, o SUS durante a pandemia mostrou todo o seu valor e também os seus desafios, e entre eles o subfinanciamento agravado pelo congelamento de gastos promovido pela EC 95.

Este é um ano de eleições. Há esperança de mudança. É tempo de ousar e tensionar para a efetiva consolidação do SUS e de uma APS integral e integrada na rede SUS. Assim nos integramos à Frente pela Vida na preparação da **Conferência Livre Democrática e Popular de Saúde** na discussão de propostas para um SUS fortalecido para garantir o direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde conforme necessidade, não da capacidade de pagamento.

A rede APS em um agir coletivo e compartilhado elaborou um conjunto de proposições para o fortalecimento da ESF como modelo de atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária, integrada na rede SUS. A seguir são sintetizadas as principais proposições para alcançarmos as melhores condições de saúde e de atenção da população brasileira, com base nos princípios constitucionais do SUS.

Retomada da prioridade real da ESF como modelo de atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária, integrada na rede do SUS.

Fortalecimento da orientação comunitária de base territorial na ESF, com valorização e apoio à definição de território e de população sob responsabilidade das equipes da ESF. Incentivo ao planejamento local em saúde com base nas características do

território e nas necessidades de saúde da população, garantindo a participação social e a perspectiva intersetorial.

Universalização da APS no País, com a meta de alcançar 100% de cobertura populacional por meio da ESF. Considerando, 40.000 equipes da ESF e 60% de cobertura populacional, estima-se a necessidade de mais 20.000 equipes para alcançar 90% da população. Além de repor carências nas equipes atuais, seria necessário implantar cerca de 5.000 novas equipes da ESF por ano, para obter a cobertura proposta em um período de 4 anos.

Garantia do pleno acesso da população às ações individuais e coletivas, na rede integral, com valorização da demanda aos serviços e das necessidades de saúde do território. O alcance de **cobertura populacional efetiva da ESF requer a adequação do número de equipes** de Saúde da Família, Saúde Bucal e Nasf segundo o grau de vulnerabilidade e necessidades da população adscrita, com redução do número de pessoas por equipe. Por exemplo, pactuar o máximo de 2.500 pessoas por equipe em áreas de elevada vulnerabilidade e até 3.500 nas demais áreas.

Revogação do Programa Previne Brasil, que desestruturou os fundamentos da ESF, destruindo o financiamento de base populacional e os princípios de território e população sob responsabilidade das equipes. Fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e para redução das desigualdades. Retorno do PAB fixo, com ênfase em valor *per capita* de base populacional adequado e do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF.

Aumento progressivo dos recursos federais destinados à APS para fazer frente ao subfinanciamento histórico enfrentado pela ESF e à redução sistemática de recursos para saúde observada desde o golpe de 2016 e da aprovação da Emenda Constitucional 95. Propõe-se no mínimo duplicação do montante atual de cerca de R\$20 bilhões, com aumento progressivo da participação fede-

ral no financiamento do SUS e da APS e redução da sobrecarga financeira dos municípios.

Implantação de uma política efetiva para desprecarizar o trabalho na APS, com o fortalecimento de planos de carreira e a prioridade para concurso público no provimento de pessoal para a APS. Neste sentido, propõe-se a revogação do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. O retorno efetivo desse espaço de negociação e deliberação é essencial para a garantia das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde, especialmente para o enfrentamento da precarização do trabalho. Igualmente propõe-se a **retomada do Programa Mais Médicos** em seus componentes de provimento, infraestrutura, formação e educação permanente, com vistas a beneficiar todos os municípios do país, desde as periferias e favelas dos grandes centros urbanos, até os pequenos municípios e regiões remotas, incluindo indígenas, quilombolas e demais populações vulnerabilizadas.

Retomada da organização do processo de trabalho das equipes da ESF com base na atuação multiprofissional e interprofissional, reafirmando o papel insubstituível de agente comunitário de saúde (ACS) e reconhecendo o protagonismo da enfermagem, da Medicina de Família e Comunidade e da odontologia no fortalecimento da APS e da ESF. Os **ACS** são sujeitos da ação no território, assegurando o vínculo da população com a ESF. Para isso, será necessária a redefinição de parâmetros quantitativos para a presença dos ACS nos territórios e de seu escopo de práticas, que articule atribuições de cuidado clínico, saúde coletiva, ação comunitária e promoção da participação social. Também há necessidade de definir e apoiar o acesso dos ACS aos domicílios e às famílias, conforme situações e contexto local, especialmente em áreas de violência, vulnerabilidade social, com barreiras de acesso (condomínios e edifícios), ou condições ambientais adversas. **A promoção do protagonismo da Enfer-**

magem no fortalecimento da APS, requer o adequado dimensionamento do número de enfermeiras e enfermeiros nas equipes, conforme as necessidades territoriais. A garantia de educação permanente para o desenvolvimento do escopo de práticas clínicas, comunitárias e gerenciais de enfermeiras e enfermeiros para atuação na ESF é também essencial. **A Medicina de Família e Comunidade** necessita de reconhecimento e prioridade como especialidade médica central para uma ESF multiprofissional qualificada. Dadas as carências históricas da especialidade no SUS, propõe-se a valorização dos médicos com atuação na APS há mais de 4 anos para titulação como especialistas em Medicina de Família e Comunidade, com apoio e educação permanente para a realização de prova de títulos. **A ampliação das equipes e valorização de profissionais de Odontologia em SF** facilitam o acesso da população à saúde bucal na APS, particularmente se houver garantia de uma equipe de saúde bucal para cada equipe da ESF. À semelhança dos demais núcleos profissionais, há necessidade de forte apoio à formação profissional e educação permanente de odontólogos em Saúde da Família.

Retomada do financiamento e valorização dos Nasf, reconhecendo seu papel fundamental no apoio matricial, educação permanente e gestão clínica do cuidado nas equipes da ESF. A articulação das atividades e presença de profissionais do Nasf nos serviços de APS aumenta a capacidade resolutiva da ESF e a integralidade do cuidado no território.

Fomento a estratégias de incorporação de práticas de vigilância à saúde no processo de trabalho das equipes da ESF é função das mais relevantes na qualificação da resposta às necessidades de saúde da população. Para isso, será necessário promover a articulação das ações coletivas e individuais de saúde no território, com ênfase no rastreamento, monitoramento, busca ativa e intervenção em problemas de saúde pública relevantes, com especial atenção para condições crônicas de saúde, inclusive decor-

rentes da Covid-19. A vigilância em saúde também é estratégica para a garantia de alcance de elevadas coberturas das vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunização (90-95% da população), além do fortalecimento da disponibilidade de vacinas e realização de campanhas de atualização das coberturas em sintonia com as ações programáticas cotidianas.

Organização das redes de cuidado em saúde do SUS, com fortalecimento da integração da ESF com os serviços especializados, para evitar a fragmentação e garantir a completude do cuidado, com funções de coordenação bem atribuídas e diferenciadas conforme necessidade. A integração da ESF com os serviços de referência, incluindo Telessaúde e ambulatórios especializados, dentre outros, evita que usuários realizem percursos circulares não resolutivos, enfrentando barreiras burocráticas que ocasionam perda de oportunidade e agravamento de suas condições de saúde.

Estabelecimento de uma Política Nacional de Atenção Especializada, com ampliação da oferta pública de serviços em regiões e macrorregiões de saúde e definição de referência e contrarreferência, valorizando o Telessaúde e o apoio especializado às equipes da ESF. Para o delineamento desta política será fundamental o fomento e a divulgação de experiências exitosas na redução da fragmentação, acesso à atenção especializada, melhoria da coordenação do cuidado a partir da APS e de sua comunicação com os demais pontos da rede de atenção.

Atenção aos problemas de saúde mental e abordagem das diferentes formas de violência na APS, com identificação de todas as formas de discriminação de classe, etnia, raça/cor, gênero e orientação sexual. Neste sentido, há necessidade de desenvolvimento de estratégias para enfrentar o racismo estrutural e suas expressões em desigualdades de acesso à saúde e direito à vida no cotidiano dos serviços de saúde.

Garantia de investimentos na melhoria de infraestrutura das

UBS, em construções, atualização de equipamentos e instrumentos clínicos, de tecnologia da informação e comunicação, diversificação das áreas de trabalho, com ênfase em atividades individuais e coletivas, incluindo espaços para educação permanente, supervisão de alunos e reuniões comunitárias. Os investimentos serão igualmente essenciais para garantir plena suficiência e disponibilidade de **vacinas** e imunobiológicos em todo o País e **assistência farmacêutica** plena, com acesso gratuito a medicamentos na APS e demais serviços da rede SUS, nas farmácias municipais e nas farmácias populares. É necessário garantir investimentos na melhoria da **capacidade resolutiva da rede básica**, com aumento da resposta efetiva das equipes da ESF às demandas e necessidades de saúde da população. Esta iniciativa inclui a organização dos serviços e das ações de saúde, com ênfase na qualificação do cuidado às condições crônicas de saúde, não apenas de enfermidades não transmissíveis e sequelas de Covid longa, mas de todas as demandas de longo prazo, incluindo doenças infecciosas e cuidados paliativos.

Igualmente será necessária uma **avaliação complexa de desempenho na melhoria do acesso e da qualidade na APS**, definindo incentivos adequados e suficientes para orientar objetivamente gestores e profissionais nas mudanças necessárias.

Prioridade e instituição de processos rotineiros de educação permanente de todos os profissionais e gestores vinculados à APS/ESF, para melhoria da qualidade da atenção individual e da abordagem comunitária; e por meio da oferta de cursos de pós-graduação senso estrito (mestrado e doutorado profissional), residências, especialização, aperfeiçoamento, supervisão e apoio à prática clínica e às ações de vigilância, monitoramento e avaliação.

Valorização do diálogo entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com fomento à gestão pública, democrática e transparente, capaz de promover

e respeitar os processos políticos de pactuação e consenso entre os entes de governo municipal, estadual e federal e os controle social. Incentivo ao papel essencial das secretarias estaduais de saúde na promoção da equidade em saúde em cada Unidade da Federação e em apoio ao desempenho de excelência das secretarias municipais de saúde e da rede integrada regionalizada de saúde, com ênfase na ESF como base do sistema universal, integral e equitativo.

As proposições apresentadas se somam a um amplo esforço de entidades e instituições do País em defesa do SUS. O momento requer a ampliação de nossas alianças em defesa da democracia e do compromisso de garantir os preceitos constitucionais do SUS, viabilizando um sistema completo 100% público, que garanta o direito universal ao acesso a serviços de saúde de qualidade conforme a necessidade, não conforme a renda e a capacidade de pagamento.

Referências

ABRASCO. **Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS**: Proposições da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO. 2022. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/APS-integral-resolutiva-territorial-comunitaria-e-integrada-a-rede-do-SUS-4-agosto-Conferencia-livre-e-popular-Proposicoes-da-Rede-de-Pesquisa-em-APS-da-ABRASCO.pdf>. Acesso em: 212 out. 2022.

BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa

em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, ago. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/08/30/relatorio-completo-da-pesquisa-desafios-da-ab-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 out. 2022.

FIOCRUZ; CNS. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 434-451, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s130. Fiocruz e o Conselho Nacional de Saúde elaboraram o documento para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 6 set. 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 30 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington: Opas; OMS, 2007. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: ago. 2022.

PAIM, J. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, n. 36, p. 343-347, 2012.

ROVERE, M. Atención primaria de la salud en debate. **Saúde em Debate**, n. 36, p. 327-342, 2012.

STUCKLER, D. *et al.* The political economy of universal health coverage. In: GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEM RESEARCH, 16-19. 2010. Montreux, 2010.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VENTURA, D. F. L.; BUENO, F. T. C. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. **Foro Internacional**, v. LXI, n. 2, p. 427-467, 2021. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59967108006>. Acesso em: 11 jul. 2021.

2. A pandemia no contexto desigual brasileiro: o conceito de “sindemia”²

Valcler Rangel Fernandes³

“A pobreza e a desigualdade atuam de maneira muito sinérgica na pandemia, por isso é necessário acabar com o discurso de que doenças são democráticas. Democráticas não, elas são desiguais. Na verdade, elas resultam da combinação dessas desigualdades sociais estruturais com uma crise urbana, ambiental e societária. A pandemia se enquadra nesse contexto, ela não é somente resultado dele.”

2 Transcrição realizada da fala de Valcler Rangel no Seminário de Formação para a Equipe de Educadores(as) do Projeto de Formação II, OPAS, CEAP e CNS, no dia 28 de abril de 2021. Formações como essa eram realizadas com toda a equipe para qualificação dos/as educadores/as.

3 Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 1985); possui residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz, 1988) e especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH – Fiocruz). Atua na área de gestão e planejamento em saúde. É servidor concursado como analista de ciência e tecnologia da Fiocruz, na área de gestão e planejamento, cedido à Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde. Foi vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz entre março de 2009 e dezembro de 2016. Atualmente ocupa a chefia de gabinete da presidência da Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O termo “sindemia”, em vez de “pandemia”, para referir-se à Covid-19 surge a partir de um artigo publicado por Richard Horton (2020, p. 874), editor da revista *The Lancet*, no qual resgata o conceito de dois autores: Merrill Singer e Emily Mendenhall. Esses autores apresentaram a questão da existência de mecanismos sinérgicos, portanto mais do que simultâneos, que desencadeiam um resultado potencializado. Naquele contexto, os autores, quando falavam de fenômeno sinérgico, se referiam a duas doenças: a AIDS e a tuberculose; elas não eram simplesmente comorbidades, ou uma doença e outra doença: uma potencializava a outra, havia elementos sinérgicos entre ambos e as condições sociais envolvidas nesse processo também deveriam ser consideradas. Richard Horton recupera a discussão desse conceito no referido editorial do *The Lancet*, problematizando: “não estamos em uma pandemia, mas em uma sindemia da Covid-19”.

A Covid-19 demonstra ser uma patologia, uma doença mais complexa do que “uma gripezinha”; sendo uma doença de alta letalidade, inclusive quando comparada a outras doenças respiratórias. Por exemplo, como encaramos a situação de um indivíduo diabético ser infectado com vírus Covid-19? “Ah!! É uma comorbidade que gera uma situação de risco individual...” mas é mais que isso: é possível que haja uma relação de ciclo de causalidade entre uma doença e outra. São situações, do ponto de vista da fisiopatologia das doenças, em que uma interfere na outra. Pode haver interferência, inclusive, no próprio sistema imunológico; ou seja, decorrências da doença nas respostas do sistema imunológico, configurando uma situação muito mais complexa.

Temos observado muito isso nos últimos tempos; por exemplo, o Zika vírus: apareceu como uma virose, uma arbovirose. Lembro

das discussões no Ministério da Saúde – quando estava na Fiocruz, como vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde – nas quais considerávamos inicialmente a Zika uma doença leve, uma doença benigna; outro exemplo, para quem é mais antigo, é o do sarampo, definido como uma doença comum na infância. “Doenças comuns da infância”, mas graves, com uma carga histórica que não é natural, mas é social. A pandemia se apresenta assim: uma doença com uma história social muito complexa. A Zika se apresentou assim no início, como uma doença benigna, depois percebeu-se que era uma síndrome: a síndrome do Zika vírus. Tem consequências neurológicas na infância, principalmente nos bebês, como a microcefalia, entre outras manifestações complexas.

A pandemia está se mostrando mais complexa, o que exige um olhar mais amplo. É sobre isso que tratarei na sequência. É importante dizer que o papel do controle social nessa discussão é de fundamental importância, porque estaremos refletindo sobre o enfrentamento real da “sindemia”, não somente sobre vacina, medicamentos, respirador, testagem, *lockdown* ou uso de máscara. Todos esses componentes são superimportantes e essenciais, mas estão longe de serem suficientes por si só para enfrentar a situação.

A sindemia se dirige basicamente à questão do direito à saúde. O SUS, o direito à saúde, encontra-se em um momento muito desafiador; e um dos desafios é falar da Covid-19 desde a compreensão da sindemia.

Por que precisamos falar sobre sindemia? Para responder essa questão, baseio-me em alguns documentos básicos, principalmente o da comissão coordenada pela revista *The Lancet*. Essa comissão apresentou, em 2020, as seguintes questões para alguns membros da Organização das Nações Unidas (ONU). 1) Há forte interação entre a Covid-19 e condições crônicas, por exemplo, diabetes, hipertensão, câncer, entre outras. Não podemos entendê-las somente como comorbidades, uma potencializa a outra. 2) A pobreza e a

desigualdade vão atuar de maneira muito sinergicamente nesta pandemia. Por isso é necessário acabar com o discurso de que doenças são democráticas. Democráticas não, elas são desiguais. Na verdade, elas resultam da combinação dessas desigualdades sociais estruturais com uma crise urbana, ambiental e societária. A pandemia se enquadra nesse contexto, ela não é somente resultado dele. A pandemia se manifesta politicamente, portanto, fala-se de biopoder, uma questão biossocial. Referenciam-se conceitos de Michael Foucault, de como o poder se apropria dos corpos, como o capitalismo se apropria dos corpos, como as doenças são manifestações de uma crise e, dessa forma, de fazer política dentro do capitalismo. 3) Se concentrarmos a ação somente sobre o vírus, fracassaremos. Sobre esse aspecto, em entrevista, Horton afirma que, se acharmos que só a vacina vai resolver, fracassaremos; é preciso reduzir ou eliminar as desigualdades. (Horton, 2020, p. 874) 4) As barreiras de conversação entre disciplinas reduzem a capacidade de formulação de estratégias. É necessário convidar todos e todas para uma visão mais ampla, abrangendo educação, emprego, moradia, alimentação, meio ambiente e outros elementos. É preciso que as disciplinas interajam simultaneamente.

As origens da Covid-19, que ainda não estão bem esclarecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), precisam de uma abordagem mais multidisciplinar – como exemplo, poderíamos ressaltar o olhar da ecologia sendo de fundamental importância, por estarmos tratando de uma zoonose. Tivemos vários sinais de doenças emergentes: poderíamos falar da HIV/AIDS ou, no início do século passado, da gripe espanhola; mais recentemente, SARS-CoV, influenza (gripe) H1N1, síndrome respiratória do Oriente Médio por coronavírus (Mers), Zika, ebola, entre outras.

Essas doenças são zoonoses, as quais têm fatores efetivamente sociais envolvidos, são resultantes da transmissão de patógenos de populações animais para humanos. Essas doenças também resultam da recombinação dos materiais genéticos dos patógenos em

populações animais, como no caso do H1N1 e, provavelmente, da síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2).

Esses eventos zoonóticos estão se tornando mais frequentes, provavelmente devido à crescente intensidade do contato entre humanos e reservatórios de animais, como resultado de desmatamento, degradação da terra, pobreza, insegurança alimentar e invasão descontrolada de humanos em novos habitats.

Decorrente disso, surge a compreensão de que a Covid-19 não é pandemia, mas sindemia, neologismo que combina “sinergia” e “pandemia”. Como já mencionamos anteriormente, a noção de uma sindemia foi concebida pela primeira vez por Merrill Singer, um antropólogo e médico norte-americano, na década de 1990. Escrevendo no *The Lancet* em 2017, junto com Emily Mendenhall e colegas, Singer argumentou que uma abordagem sindêmica revela interações biológicas e sociais que são importantes para o prognóstico, o tratamento e a política de saúde.

Poderíamos nos questionar: por que surge essa ideia de sindemia? Para tal questionamento, outros devem ser postos, como, por exemplo: alertas após as emergências sanitárias (Sars, Mers, Zika, ebola, entre outras) foram subestimados? Mantém-se um pensamento causa-efeito, sem que sejam consideradas as interações entre problemas complexos de saúde? Será que não temos, ainda na linha da dificuldade de interlocução entre disciplinas, um pensamento causa-efeito? Apesar de já termos discutido muito os determinantes sociais, as questões da Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, apesar disso tudo, ainda temos no senso comum, da saúde pública e do pensamento humano, essa visão de uma perspectiva reduzida do positivismo e do cartesianismo, das relações causa-efeito: “há um vírus; logo, há a doença – e ponto”. Há a necessidade de atuar na causa, que é o vírus, enquanto as outras questões são “acessórias”. Entretanto, a Covid-19 irá mostrar que não se tratam de acessórias: são questões muito mais complexas que isso.

A Covid-19 desvelou uma face da lógica da vida no Planeta. Quando saímos na rua, vemos um monte de pessoas pedindo comida, isso porque, no Brasil, em um ano, nove milhões de pessoas chegaram à insegurança alimentar grave. Então, será que há vulnerabilidades insuperáveis no plano ambiental, urbano, socioeconômico, político? Há fracasso no enfrentamento das condições crônicas? Os sistemas de informação ainda são precários para localizar as vulnerabilidades? O País optou pela maneira mais fácil de iniciar a vacinação, ou seja, pelos idosos, porque são os idosos que têm maior letalidade da doença. O raciocínio é simples. Mas, de algum modo, isso dificulta adentrarmos em algumas discussões colocadas por vários epidemiologistas, na complexificação da ideia do risco na Covid-19. A ideia do risco é questionável. De qual risco estamos falando? Por que são os idosos que morrem mais? Somente pelo motivo de serem idosos? Por terem vulnerabilidades específicas? Com certeza. Mas por que são os idosos mais pobres e negros que morrem? Por que temos consequências para estes diferentes daquelas que atingem outros grupos populacionais?

Quando o senso comum assiste na TV, o tempo inteiro, o bombardeio da contagem de óbitos, precisa identificar que, por trás dessa contagem, há outras situações que não estão tão evidentes assim.

Retomando a compreensão de sindemia, Horton, ao escrever o editorial, afirma que estamos adotando uma abordagem muito restritiva para gerenciar este surto de um novo coronavírus; que a ciência que guiou os governos foi impulsionada, principalmente, por modeladores de epidemias e especialistas em doenças infecciosas, que compreensivelmente enquadram a atual emergência de saúde em termos de pestes seculares. Há duas categorias de doenças que estão interagindo em populações específicas: infecção com síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Essas condições estão se agrupando em grupos sociais de acordo com

padrões de desigualdade profundamente enraizados em nossas sociedades. E a natureza sindêmica da ameaça que enfrentamos significa que uma abordagem mais matizada é necessária se quisermos proteger a saúde de nossas comunidades. Limitar os danos causados pelo SARS-CoV-2 exigirá muito mais atenção às doenças não transmissíveis e à desigualdade socioeconômica do que tem sido admitido até agora. E prestar mais atenção às doenças não transmissíveis não é uma agenda apenas para as nações mais ricas, é também uma causa negligenciada de problemas de saúde nos países mais pobres.

Portanto, conforme Eugênio Vilaça, em uma apresentação realizada no Seminário do Conass-Conasems, prestar mais atenção às doenças na crise, às condições crônicas, constitui-se em agenda necessária para nós. O SUS que defendemos, de algum modo, está fracassando no enfrentamento das condições crônicas e no enfrentamento da Covid-19 por não considerar essa complexidade trazida pelo olhar da sindemia.

Na declaração da comissão *Lancet Covid-19*, por ocasião da 75ª Assembleia Geral da ONU, coloca-se que a carga da doença é muito maior do que as mortes por si só. A Covid-19 é cada vez mais conhecida por causar uma série de doenças crônicas e deficiências; por exemplo, doenças cardiovasculares, neurológicas, pulmonares e psiquiátricas. Além disso, a pandemia tem desencadeado uma crise secundária ao perturbar a oferta e a demanda por serviços de saúde, revelam dados de pesquisas recentes de Bélgica, França e Estados Unidos, demonstrando níveis e sintomas elevados de depressão e ansiedade, juntamente com abuso de substâncias e ideação suicida. Ainda, projeta-se um adicional de 56.700 mortes maternas em um período de seis meses, de 1 a 2 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos, 80 milhões de crianças em risco de doenças evitáveis por vacinas devido a interrupções causadas pela pandemia, de 1 a 4 milhões de mortes por tuberculose de 2020 a 2025, e até 673.000 mortes por HIV na África em 2020.

Sobre os efeitos econômicos, segundo a referida declaração, 90% dos países estavam em recessão em 2020, excedendo a desaceleração econômica da Grande Depressão na década de 1930. O declínio nas horas de trabalho no segundo trimestre de 2020 foi equivalente a 300 milhões de trabalhadores em tempo integral. A renda de remessas, crucial para muitos países de baixa renda, despencou 20%. A fome está aumentando, com previsões terríveis de que, pelo menos, entre 83 e 132 milhões de pessoas podem passar fome extrema em 2020. A declaração aponta ainda que a Covid-19 poderia levar pelo menos 71 milhões de pessoas à pobreza extrema, ou seja, vivendo com menos de US\$ 1 a US\$ 90 por dia. Além disso, um aumento de 1% no coeficiente de Gini de cada país se traduziria em 19 milhões a mais de pessoas caindo na pobreza extrema.

Outra questão importante que esse documento aponta é para o fato de a pandemia de Covid-19 ser a primeira da era digital. E isso não é de pouca importância, pois tem uma influência muito grande, principalmente no mundo do trabalho. Muitas pessoas mudaram, principalmente aquelas de alta renda, para o *home office*; então, há uma desigualdade digital que amplia a desigualdade socioeconômica, porque muitas pessoas não podem trabalhar em *home office*. Os empregos profissionais e gerenciais mais bem pagos mudaram rapidamente para uma versão *on-line* no início da pandemia, mantendo o salário e o emprego. Grande parte do trabalho digital em *e-commerce*, *e-educação*, telemedicina, escritórios e teleconferência pode mudar para uma versão *on-line* permanentemente. Porém, milhões de trabalhadores com salários mais baixos e trabalhadores informais com ocupações realizadas no local (por exemplo, varejo, saneamento, trabalhadores de cuidados) foram dispensados repentinamente. Trabalhadores com salários mais baixos sofreram mais economicamente e em termos de risco para a saúde do que os trabalhadores com salários mais altos. Então, essa divisão internacional e nacional do trabalho, e da exploração, tende a ter uma amplificação: os empregos profissionais, gerenciais

e bem pagos vão mudar para uma versão *on-line*; por outra via, muitos trabalhadores com salários mais baixos estão sendo, e serão, dispensados. Há a perda de empregos de longo prazo para trabalhadores locais e alta probabilidade de desemprego persistente no futuro. Por isso, a necessidade de medidas para acompanhar a transição e as profundas mudanças no mercado de trabalho, como subsídios ao emprego e outros tipos de medidas fiscais e de apoio político. Esse cenário, no Brasil, exigirá do SUS um outro tipo de resposta, uma vez que a demanda será maior.

Na sequência, apresentam-se alguns desafios que o Brasil enfrentará na combate à Covid-19, para algumas populações específicas.

Iniciamos com os desafios para **crianças e adolescentes**. O documento *Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente*⁴, do Instituto Fernandes Figueira, busca responder a provocação de Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, ao afirmar que “os efeitos indiretos da Covid-19 na criança e no adolescente podem ser maiores que o número de mortes causadas pelo vírus de forma direta”, apontando alguns desafios: a) prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento; b) o estresse (e sua toxicidade associada), que afeta enormemente a saúde mental de crianças e adolescentes, gerando um claro aumento de sintomas de depressão e ansiedade; c) aumento da violência contra a criança, o adolescente e a mulher; d) quedas nas coberturas vacinais em todo o mundo; e) queda na cobertura de programas de triagens universais, como o teste do pezinho; f) aumento da epidemia de sedentarismo e obesidade; g) exagero no uso de mídias/telas; h) as consequências do enorme impacto socioeconômico nas famílias; i) aumento da fome e do risco alimentar – em parte, pelo fechamento das escolas e das creches.

4 Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/COVID-19-SAUDE-CRIANCA-ADOLESCENTE.pdf>

Sobre os **povos indígenas**, é possível notar, de modo efetivo, que as taxas de mortalidade são maiores do que entre a população em geral; além de tudo, houve propaganda negativa sobre a vacina junto aos indígenas. Isso gerou divisões nas populações indígenas acerca do reconhecimento da importância da vacinação. Entre os desafios para essa população, destacamos: a) devido ao perfil demográfico jovem e à alta fecundidade das mulheres, importante contingente não será vacinado; b) não inclusão dos indígenas em contexto urbano, o risco de exposição segue mantido; c) decisão liminar do ministro Barroso na ADPF 709: reconhecimento da vulnerabilidade dos indígenas em contexto urbano diante da pandemia; inclusão no grupo prioritário de indígenas com barreiras de acesso ao SUS; alguns municípios e estados estão apenas iniciando a vacinação dessa população; d) na campanha nacional de grupos prioritários, baixa cobertura da população (12% com a 1ª dose e 4,53% com a 2ª dose): dessa forma, mantém-se alta transmissão viral no País; e) necessidade de manutenção das medidas de vigilância e assistência à Covid-19 e apoio ao isolamento social (alimentação e água potável).

Quanto à **população negra**, há a desigualdade nos índices de contaminação em relação à população branca, com taxa de mortalidade aproximadamente 30% superior à verificada entre a população branca. Assim, colocam-se como desafios: a) garantir a integralidade do cuidado das pessoas diagnosticadas com Covid-19; b) orientar prefeitos e gestores para aplicar recursos da saúde considerando o quantitativo e perfil da população negra, de modo a impactar positivamente na melhoria de controle e redução de transmissão da Covid-19; c) apoio das equipes de saúde da família no acompanhamento da população, com iniciativas de educação em saúde sobre medidas de prevenção, testagem para a Covid-19, assistência aos casos mais leves e monitoramento de grupos de risco.

As **favelas**, das quais já falei muito, são locais de maior vulnerabilidade em relação às regiões mais urbanizadas das cidades,

com elevadas taxas de desemprego e informalidade; além de aumento do risco de insegurança alimentar durante a pandemia e escassez de exames para testagem, levando à subnotificação. Enfrentam como principais desafios: a) diminuir a disseminação do coronavírus junto às populações em favela e aumentar a proteção das populações em favela dados os diferentes efeitos da pandemia; b) mitigar os impactos econômicos nas famílias afetadas pela pandemia nas favelas; c) ampliar a vigilância em saúde de base territorial nas favelas; d) capacitar a atenção básica em saúde em ações coordenadas de enfrentamento à Covid-19 nas favelas; e) ampliar a comunicação e informação em saúde nas favelas; f) difundir conhecimento e evidências científicas sobre o enfrentamento da Covid-19 e seus impactos nas favelas; g) estimular a articulação das organizações da sociedade civil baseadas em favelas com instituições de pesquisa e ensino; h) estimular a articulação das organizações da sociedade civil baseadas em favelas com as gestões locais de saúde, educação e assistência social nos territórios; i) auxiliar na ampliação da capacidade de testagem nas favelas.

Sobre a **população quilombola**, há que se mencionar a existência de aproximadamente 5.792 comunidades quilombolas no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019); destas, 404 reconhecidas oficialmente. Há uma maior concentração delas no Nordeste, e possuem baixo acesso a serviços e políticas públicas. Como desafios para essa população, colocam-se a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs), estabelecimento de cronograma de testagem, cadastro para recebimento de alimentos e estrutura para vacinação, além das várias medidas já enumeradas para populações que habitam territórios de alta vulnerabilidade e risco.

A **população em situação de rua** sofreu um aumento exponencial durante a pandemia, além de enfrentar dificuldades de acesso ao sistema de saúde, invisibilização por parte da sociedade como

um todo e barreiras colocadas pelos custos e pela operacionalização dos centros de acolhimento constituídos até agora. Para os povos de rua, os desafios centram-se em: a) disponibilizar banheiros públicos abertos e água potável em garrafas descartáveis; b) manter restaurantes populares abertos com horário mais amplo e entrega gratuita de alimento; c) priorizar pessoas em situação de rua nas campanhas de vacinação; d) aumentar os recursos e ampliar as equipes para os Consultórios na Rua; e) distribuir *kits* com sabão, álcool gel e outros produtos de higiene; f) acomodar em imóveis apropriados as pessoas em situação de rua que precisam de isolamento.

Sobre o **sistema prisional**, ele enfrenta uma situação do aumento da população na última década, com taxas de doenças crônicas e infecciosas mais altas que as da população em geral, pois acaba sendo um ambiente propício à propagação de doenças e com déficit de acesso ao sistema de saúde. Diante disso, os desafios para esse segmento são: a) superlotação (de 140 a 350%), celas coletivas com até 150 pessoas, com pouca ventilação e acesso limitado à água; b) importante parte da população carcerária classificada como grupo de risco para evolução fatal da Covid-19, com maior impacto da tuberculose, doenças cardíacas e do aparelho circulatório, HIV; c) serviços de saúde precários, pouco resolutivos, nenhum médico ou enfermeiros na maior parte das unidades prisionais, além de difícil acesso das populações privadas de liberdade (PPL) a serviços de maior complexidade extramuros; d) não inclusão das pessoas presas nas políticas públicas, as perspectivas de municipalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) e inclusão efetiva no SUS.

No que tange aos **profissionais de saúde**, por mais que, no contexto da pandemia, sejam tratados/as como heróis e heroínas, ainda enfrentam um conjunto de vulnerabilidades, como mostra a pesquisa *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto*

*da Covid-19*⁵, coordenada pela professora Maria Helena Machado, e realizada pela Fiocruz em todo território nacional. Há uma exposição maior ao vírus pelo contato com pacientes. Há exaustão física e mental dos profissionais que atuam na linha de frente, e uma sobrecarga no exercício profissional. Neste sentido, os principais desafios que essa categoria enfrenta são falta de valorização do profissional da saúde, de prioridade a esses profissionais na vacinação e de suporte à saúde física e mental no ambiente de trabalho.

Nós sabemos o que deve ser feito, mas para alguns parece que tudo é só um discurso. Para finalizar, cito Horton quando reconhece que a consequência mais importante de ver a Covid-19 como uma zoonose é sublinhar suas origens sociais, pois a busca de uma solução puramente biomédica para a Covid-19 falhará. Para ele uma abordagem zoonótica fornece uma orientação muito diferente para a medicina clínica e a saúde pública, mostrando como uma abordagem integrada para entender e tratar doenças pode ser muito mais bem-sucedida do que simplesmente controlar doenças epidêmicas ou tratar pacientes individuais (Horton, 2020, p. 874).

Para Horton, nossas sociedades precisam de esperança. A crise econômica que se aproxima de nós não será resolvida com um medicamento ou uma vacina. Mais do que um avivamento nacional, é necessário abordar a Covid -19 como uma zoonose; isso possibilita convidar a comunidade científica, políticos, gestores, sociedade civil e minorias para uma visão mais ampla, abrangendo educação, emprego, moradia, alimentação e meio ambiente.

5 Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>.

Referências

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fiocruz**, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 18 out. 2022.

Parte II

3. A defesa do SUS no contexto da Covid-19⁶

Alcindo Antônio Ferla⁷

“Vamos honrar a memória do SUS, vamos retomar o rumo do avanço da saúde e da defesa das pessoas.”

O tema desta discussão é a relação entre os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) na vida cotidiana e a Covid-19, que se mostrou um indicador muito forte para refletir sobre a temática da saúde pública e sua relevância na vida das pessoas e coletividades.

A Covid-19 teve início no Brasil em 2020, e alguns dados mostram sua relevância e gravidade. No mundo inteiro, até 10 de junho de 2021, havia 174 milhões de casos confirmados de Covid-19; dessas pessoas, mais de três milhões e oitocentos mil vieram a óbito.

6 Texto transcrito da participação de Alcindo Ferla no Seminário Estadual Amapá em Defesa do SUS, realizado em 11 de junho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=_NNcHcENn7A&ab_channel=CEAPRS.

7 Médico, doutor em educação. Professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia Clínica e Social (UFPA), Saúde da Família (UFMS), como pesquisador visitante do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz/Fapeam, como pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural e como pesquisador convidado no Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, da Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Líder do Grupo de Pesquisas Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício). Membro titular da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde.

Esses dados estão reportados à página da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa é a confirmação “*por baixo*”, considerando o grau de subnotificação que temos em vários lugares, inclusive no Brasil. Até o dia 10 de junho de 2021, aproximadamente dois bilhões e cem mil doses de vacina haviam sido administradas no mundo inteiro. O Brasil, onde residem menos de 2,7% da população mundial, tem uma contribuição catastrófica nesse cenário: também até o dia 10 de junho de 2021, foram dezessete milhões de casos confirmados no Brasil, o que significou mais ou menos 10% dos casos do mundo; 476.800 mil mortes, o que significou 13% das mortes do mundo; e 65 milhões de doses da vacina aplicada, o que significou 3% das vacinas que foram aplicadas no mundo.

Isso nos mostra o cenário de uma gestão catastrófica que foi feita da crise de Covid-19 no Brasil. Aliás, próximo de contabilizar esses dados, em 10 de junho de 2021, nós tivemos uma *live* presidencial na qual, irresponsável e criminosamente, o Presidente pedia para as pessoas não usarem máscara, em circunstâncias em que não há vacina suficiente, estando as pessoas submetidas à morte. Temos o maior sistema universal de saúde do Planeta, que funciona de forma descentralizada, e a orientação produzida foi de desorganização e culto à morte.

Oitenta por cento das mortes que aconteceram no Brasil poderiam ter sido evitadas se tivéssemos um desempenho parecido com o do Chile, ou seja, nós poderíamos ter economizado 381.400 mortes, pessoas perdidas, famílias enlutadas. Quiçá, entre eles, algum prêmio Nobel, algum craque do futebol, tantos poetas, profissionais de saúde, intensivistas, agentes comunitários, que ainda teríamos para nos ajudar a cuidar das pessoas no País não fosse sua morte abreviada.

Os hospitais brasileiros tiveram, por conta dessa crise catastrófica, uma convulsão no atendimento, com sinais evidentes de colapso em vários lugares. Tivemos, e continuamos tendo, falta de anestésicos para intubação e oxigênio. Faltou uma ação articulada

entre as esferas de governo; sobraram cloroquina, ivermectina, medicamentos de ineficácia comprovada para a Covid – proliferaram muitas notícias falsas de medicamentos para o tratamento. Sobre isso, é possível ver na internet, algumas vezes, campanhas protagonizadas por pessoas que, aparentemente, se apresentam como profissionais de saúde – custo a crer que o sejam, porque um profissional de saúde que abre mão da evidência científica para orientar o seu atendimento, no mínimo, fez uma escolha equivocada!

Notícias falsas sobre vacinação, sobre ineficácia da vacina também são comuns, contrariando uma das maiores características do SUS, que tem o maior programa de vacinação do mundo, como vimos no episódio da H1N1, quando, em três meses, foi possível realizar uma cobertura vacinal que se espalhou por todo o País e foi reconhecida internacionalmente. Tínhamos um governo que protegia a vida das pessoas e tínhamos Ministro da Saúde com autonomia, sem sabujices com o Presidente. Na mesma proporção, foi, e está sendo, reconhecida internacionalmente a nossa incapacidade em resolver eficazmente a vacinação contra a Covid-19. Notícias falsas sobre a gravidade da doença circulam de boca em boca, nos grupos de WhatsApp, nas declarações presidenciais em redes sociais, e até no contato com os profissionais de saúde. Do outro lado, trabalhadores da saúde nos serviços do SUS cuidam das pessoas, muitas vezes em lógicas de “enxugar gelo”, tendo em vista que a exposição à doença se tornou descontrolada.

A pandemia nos mostrou como é importante a proximidade com as pessoas das quais gostamos. A nossa saúde também se produz com o contato humano. Durante a pandemia, sentimos saudades até daquelas pessoas que nem gostávamos tanto, afinal de contas, a distância de um ano e meio vai nos dando essa sensação de que a proximidade não era tão problemática assim. Ficamos impedidos de abraçar, de encontrar, de apertar a mão, e essa foi uma experiência bem dura. É verdade que era melhor não

termos tido que aprender dessa forma, mas, enfim, ninguém nos perguntou se a pandemia podia ou não podia vir. Então, ela nos ensinou sobre redes de solidariedade que, mesmo sem a proximidade física, nos deram a possibilidade de produzir redes para enfrentar vários problemas cotidianos. Ela nos ensinou sobre a importância de votar e escolher representantes para a vida de todas as pessoas.

A pandemia também nos mostrou, e ela tem mostrado isso ao mundo inteiro, a importância de um sistema universal de saúde, um sistema de saúde que esteja presente na vida de cada um e cada uma. Nesse sentido, é inevitável que eu faça uma homenagem a algumas pessoas que tiveram coragem, lucidez e compromisso ético com a vida lá atrás, de produzir mobilização importante na Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Cito, entre outros e outras, Sérgio Arouca, Jussara Cony e vários militantes que estiveram fortemente envolvidos nessa transformação importante do final da década de 1980. Naquele momento, com o esgotamento da ditadura militar, os movimentos sociais se mobilizaram para um avanço importante no sistema de saúde, que resultou no surgimento do SUS. Os movimentos sociais esgotam e vencem ditaduras; já aprendemos isso na nossa história!

A pandemia tem-nos mostrado, na área da saúde ou no olhar da saúde, também que a iniquidade, a diferença nas condições em que as pessoas vivem, efeito dos mecanismos que a sociedade cria para essas pessoas viverem, afeta o sistema de saúde e a saúde das pessoas e coletividades mais vulnerabilizadas. Então, é fundamental perceber um ponto muito importante que contribui para a exposição às doenças e aos problemas de saúde que nos expõem às doenças e às violências (que produzem demandas grandes para o SUS): o que nos expõe às balas perdidas e às doenças evitáveis não é apenas a condição em que cada pessoa vive, mas também as condições em que o contexto social as coloca. Por isso, não é possível darmos espaço para a fala fascista de quem diz que “as

peças são responsáveis individualmente pela sua saúde”. Toda pessoa que trabalha na saúde tem o dever de denunciar a liberalização do acesso às armas, a produção da fome, o fascismo que vitimiza pessoas e grupos sociais, o preconceito, o racismo, a misoginia: essas questões políticas e culturais produzem adoecimento e morte.

Não podemos pensar que a saúde é feita só pelo comportamento dos indivíduos; embora isso tenha importância, a saúde só consegue produzir e avançar quando se consideram condições mais gerais. A alimentação saudável, por exemplo, é um fator importante para a nossa saúde, e não está na decisão de cada pessoa a quantidade de venenos que se usa na agricultura, por exemplo, para produzir alimentos. A fome é um problema grave para saúde, e as políticas de segurança alimentar não são de responsabilidade das pessoas, das famílias. As vacinas são fundamentais e, sem uma política governamental, nós não conseguiremos ter vacinas para todas as pessoas.

Nesse contexto, ocorre-me que o isolamento físico, esse que é muito recomendado para o enfrentamento à pandemia, não pode ser prescrição de alienação, e que isso não resolve o problema de todas as pessoas: não se pode ficar isolado sem alimentação, sem cuidados básicos à vida. Nós seguimos precisando das pessoas próximas, seguimos sentindo sua falta. O enfrentamento à pandemia nos mostra que precisamos produzir redes colaborativas, redes de solidariedade, redes de vizinhança, redes de quarteirão, redes da escola, redes de unidades de saúde. Redes que consigam substituir as redes virtuais, com robôs falsos, que tentam, com base no grupo da igreja, da família e de várias outras coletividades, disseminar notícias falsas, que vão corroendo a saúde e que vão corroendo a vida. Ao mesmo tempo que mantemos o distanciamento possível, a pandemia nos provocou ao exercício da solidariedade, da compaixão. Provocou-nos a sermos ativos na produção de saúde e cultura. Fazer redes foi uma aprendizagem ainda mais importante

na pandemia, e precisamos estar atentos para defendê-las nesses tempos obscuros.

Existem três redes importantes que são fundamentais para desencadear resistência e apoio à vida nos territórios e para a articulação de temas relevantes. A primeira delas é a rede em defesa do SUS. O SUS foi criado com muita luta, é preciso lembrar do marco importante que foi a 8ª Conferência em 1986. Porém, muito tempo antes, o movimento sindical e os movimentos populares já enfrentavam a ditadura para afirmar a saúde como um direito importante. Enfrentar a ditadura significou a perda de vidas, e honrar a memória dessas vidas que foram perdidas; da mesma forma, agora, neste contexto, precisamos honrar essas lutas que as pessoas travaram para manter essa conquista, porque ela não é só uma homenagem à história: ela é uma necessidade real, concreta e objetiva de cada pessoa.

A defesa do SUS também é, de certa maneira, a defesa da memória do SUS, porque nem todos nós vivemos o arranjo institucional que existia antes da Constituição de 1988, o qual foi tensionado de forma muito contundente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na 8ª Conferência, nós tivemos, então, esse marco que coloca na Constituição Brasileira de 1988 um conceito ampliado de “saúde” e a saúde como direito de todas as pessoas. Cito dois pontos do relatório da 8ª Conferência: “[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante da alimentação, de habitação, de educação, de renda de meio ambiente, de trabalho, de transporte, de emprego, de lazer, de liberdade, do direito de ter liberdade, do direito de ser livre, do acesso e posse da terra e, também, do acesso aos serviços de saúde [...]”; “[...]a saúde é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” Essas falas do nosso querido Sérgio Arouca demonstram que defender o SUS é, também, combater o que asfixia a saúde de cada pessoa e grupo social.

Quando defendemos o SUS, precisamos, por um lado, olhar o sistema de serviço de saúde e, por outro, analisar o processo civilizatório que está por trás dele, o qual produz as demandas. Por exemplo, o déficit de funcionamento do SUS na pandemia: nós não temos o funcionamento adequado do SUS porque tivemos uma prioridade econômica, que é evidente, mas não é inteligente. No mundo inteiro, mesmo os economistas liberais já declaram há algum tempo que, para andar bem, a economia capitalista precisa de pessoas saudáveis trabalhando e pessoas saudáveis consumindo. Temos uma orientação geral de incivilidade e de restrição cognitiva também. Quando as autoridades dizem “nós precisamos defender a economia”, entendo que a melhor forma de defender a economia é ter pessoas saudáveis, pessoas vivas, pessoas trabalhando. Ou seja, a responsabilidade pelo verdadeiro genocídio que a pandemia produziu entre nós foi do discurso governamental que priorizou a economia e “despriorizou” a vida.

Conforme Sérgio Arouca (1987, p. 39) na abertura da 8ª CNS, a participação precisa ser vista como um desafio importante na construção do sistema de saúde e na construção da saúde:

Buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do País e começaram uma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo.

Ou seja, ele está dizendo que a participação de cada pessoa, com sua experiência na reorganização, na mudança, na defesa da vida, no engendramento de experiências comunitárias e locais, era e é fundamental para alterar a lógica de funcionamento que existia no

sistema de saúde, no Sistema Nacional de Saúde, que de uma certa forma permanece – e a pandemia também tem-nos mostrado isso. Para finalizar a transição para o SUS, precisamos de mais participação e mais diversidade na participação na saúde. Arouca apontava também que a Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial administrativo e científico. Isso parece ser fundamental para entendermos a importância dos conselhos e a participação nos conselhos.

Não é predominantemente para substituir o contador, o administrador e o técnico, mas para colocar uma lógica diferente de funcionamento do sistema, segue Arouca, dizendo que o projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

Ocorre-me que esse é um grande alerta em tempos de pandemia, em que a vida de 472 mil pessoas parece não valer nada para autoridades governamentais. É contra essa lógica que precisamos nos mobilizar também por dentro dos serviços de saúde. A 16ª Conferência atualizou esta luta e, conforme a fala do presidente do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Pigatto, no relatório final: “precisamos continuar de cabeça erguida, ainda que o cenário seja de desfinanciamento, principalmente devido à Emenda Constitucional 95, que tem ferido de morte a maior política social que já construímos no Brasil, e a vida dos usuários e usuárias do SUS. Conseguimos retratar, no relatório final da 16ª Conferência, um debate valiosíssimo sobre o futuro das nossas vidas. Com esse documento, que representa uma vitória da saúde pública brasileira, temos muito a fazer. Está em nossas mãos seu melhor aproveitamento; os resultados da nossa conferência não acabaram aqui: dependem de continuarmos caminhando e olhando para o horizonte, acreditando nos nossos sonhos e lutando. Viva o SUS, viva a democracia, viva o povo brasileiro!” (Pigatto, 2019, p. 17)

Hoje, precisamos construir fortes redes de solidariedade, de resistência contra essa objetificação, essa desvalorização das vidas em geral, mas particularmente de algumas vidas. Se prestarmos atenção, a desvalorização da vida de todos começa com a vulnerabilidade de algumas vidas em particular. É preciso um alerta importante porque, além de desafiar, de desfinanciar, de atingir de morte pelo desfinanciamento, nós temos tido a desativação de algumas políticas fundamentais no processo civilizatório que o SUS desencadeou, como, por exemplo, a da saúde mental. O relatório da 16ª CNS deixa claro que não é possível um cuidado que não respeite a liberdade das pessoas. O processo de reforma dos cuidados em saúde mental brasileiro começou com a identificação no mundo inteiro de que o manicômio, de que a lógica manicomial não produz saúde mental, mas adoecimento, morte e extermínio. Lutar contra os retrocessos recentes é reacender a luta dos que nos antecederam para viabilizar as políticas que estão aí.

O que percebemos é que tivemos a substituição do manicômio medieval pelas comunidades terapêuticas, por comunidades religiosas que buscam resolver o problema financeiro das entidades e não a saúde mental das pessoas, usando oportunamente o fato de que a doença mental tensiona a sociedade. Esse não é um problema religioso e moral, esse é um problema sanitário, é um problema de saúde. É no serviço de saúde, é com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) funcionando, é na rede substitutiva que nós poderemos resolver esse problema. Precisamos reativar a defesa da rede de atenção psicossocial e nosso alerta para esses arranjos de serviços que subtraem recursos financeiros e não tratam decentemente as pessoas em sofrimento psíquico.

A atenção básica foi desarticulada de forma muito significativa, no financiamento e na autonomia das esferas de governo. Lembro-me de compartilhar com Jussara Conny uma fala, numa das mesas da 16ª CNS, em que dizíamos isto: a atenção primária, epistemologicamente, não é a mesma coisa que a atenção básica.

Foi contra esse conceito, um conceito biomédico, que nós lutamos na Reforma Sanitária, na 8ª CNS, na Constituição Federal. E isso se materializou porque a nova versão da política e, sobretudo, o Previne Brasil retiraram da atenção básica toda a identidade que ela tem com os territórios, retiraram o único dispositivo que tínhamos preservado de universalidade da atenção: o fato de que o financiamento da atenção básica deve atender a todos no território; acabam substituindo as pessoas pelos cadastros, pelo papel e pela burocratização. Veja que, depois do golpe de 2016, tivemos uma sucessão de transformações que foram acontecendo, as quais fomos achando que, talvez, não seriam tão fundamentais assim. Mas elas criaram um caldo de cultura de ódio e terror. Então, a nossa atenção básica entrou na pandemia de forma desarticulada, desfinanciada e, sobretudo, com uma atenção conceitual que não fomos percebendo – nem vou mencionar a desativação das demais políticas públicas. O Previne Brasil e as orientações federais para a “nova” atenção básica foram responsáveis pela desarticulação das ações nos territórios e, portanto, pelo adoecimento e pela morte de brasileiras e brasileiros.

Cabe lembrar que vários espaços de participação nas políticas públicas no sistema federal também foram desarticulados pelo governo. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os demais conselhos de políticas públicas estão sendo combatidos e aparelhados por uma lógica de costumes morais, de forma cínica, uma vez que os “novos ocupantes” são contrários ao conteúdo das políticas que devem orientar esses espaços. Vejamos o que acontece quanto aos direitos humanos, ao meio ambiente: “passar a boiada” se tornou a grande marca. A institucionalidade democrática fraturada cobra um preço alto das pessoas, e é fundamental que não esqueçamos quem a destruiu.

Essas redes de defesa do SUS não podem ignorar esse conjunto de fatos, nem a relação entre saúde e democracia, por um motivo muito elementar: na saúde, nós temos um grande observatório

de desenvolvimento da sociedade e do processo civilizatório em que vivemos. Por exemplo, quando a criança ou a mulher vítima de violência aparece no serviço de saúde, não é só o hematoma e a lesão que precisamos enxergar, é o contexto em que ela vive. Nessa dimensão, precisa haver articulação entre diferentes instituições e respostas. A defesa da democracia e do SUS não dispensam que se combata a cultura da violência; ao contrário, tornam imprescindível esse combate.

Essa é a orientação da segunda rede que nós precisamos montar, como falei antes, que é a rede em defesa das vidas. A participação social também precisa se expressar em redes de alianças, de amigos, de vizinhanças, enfim, fazendo algumas coisas que protegem e defendem a vida de quem está mais exposto. A rede de combate às notícias falsas é absolutamente fundamental, e é necessária muita coragem para enfrentar, inclusive, os grupos de comunidades religiosas e familiares, que é por onde estão aparecendo boa parte desses fascismos que vimos por aqui, que se deixam tomar, e que, de verdade, não estão associados a saúde. Precisamos também de uma rede forte de proteção física e psicossocial das pessoas. O distanciamento espacial não pode nos dessensibilizar das dores e necessidades de cada pessoa ou grupo que ocupa territórios adjacentes aos nossos. Não é somente avaliar as políticas de saúde que deve ocupar a agenda de cada conselho de saúde; é também o reconhecimento dos territórios e das necessidades que estão aí, muitas vezes invisibilizadas.

Existe um grande contingente de pessoas que não têm condições de acessar medidas de higiene social, como o álcool, o sabão. Aliás, quase 20% dos residentes em saúde que estão em trabalho de campo não conseguiram ter isso no seu trabalho regular durante a pandemia. E o Ministério da Saúde descolou-se a Manaus, como mostrou a CPI, para distribuir remédios ineficazes, porém que interessavam à indústria de medicamentos. Mas existem vários outros problemas que o isolamento produz. Para muitas pessoas,

junto com essa crise econômica indisfarçável, veio o desemprego; elas estão tendo dificuldade de acessar alimentação – é fundamental promover redes para suprir essa demanda. Disponibilizar vacina para todos e máscara para todos é absolutamente fundamental.

A terceira rede é a rede em defesa do trabalho em saúde. O trabalho ético, responsável; não o trabalho que prescreve medicamentos inúteis, ou que resolve o problema da indústria farmacêutica e que se deixa levar por esse discurso do radicalismo e do negacionismo contra a ciência. O trabalho em saúde na modernidade tem como base da sua autonomia as evidências da ciência. O trabalhador que diz que está prescrevendo um fármaco por conta da sua convicção precisa ser questionado: ele está no lugar certo? E não, ele não está no lugar certo. Porque precisamos de duas coisas para fundamentar o trabalho em saúde: a base científica e os saberes tradicionais, que têm sido validados nos últimos 10 mil anos. As práticas integrativas têm uma validação anterior à ciência, mas no enfrentamento à pandemia nós precisamos de muita ciência, de muito embasamento científico. As políticas de educação permanente, a mudança na formação e a proteção do trabalho em saúde precisam estar no horizonte dos conselhos de saúde e dos seus membros.

Para falar da importância desse trabalho, ousamos afirmar o seguinte: o 1º de maio foi criado em 1886 para defender ou homenagear os trabalhadores de saúde que fizeram greve, que fizeram luta para diminuir carga horária, para, enfim, conseguir uma proteção um pouco maior do seu trabalho; os anos de 2020 e 2021 foram os únicos dois anos em que essa data não serviu para homenagear o trabalho que produz riqueza. No mundo inteiro, nós tivemos os trabalhadores da saúde, das áreas essenciais, sendo homenageados em uma versão diferente do que aconteceu em Chicago em 1886, ocasião em que os trabalhadores foram violentamente reprimidos, mas que gerou luta, gerou conquista para todo o mundo. Tem uma mudança de paradigma aqui!

Nesse ano de 2021, nós tivemos duas grandes iniciativas para fazer isso: 1) a Organização Mundial da Saúde produziu uma campanha, o “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência”, sobre o trabalho em saúde e na assistência, e sobre a importância de a sociedade e os governos protegerem e investirem em empregos protegidos e condições dignas para a realização desses trabalhos; 2) o Conselho Nacional de Saúde reeditou a campanha “Proteger o Trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil”, que também aponta a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras como forma de proteger a vida.

Isso, ao mesmo tempo que nós tensionamos a mudança na formação dos profissionais, porque, quando um médico prescreve cloroquina para tratamento precoce da Covid-19, por exemplo, ele está cometendo um crime contra a vida das pessoas, mas também contra a institucionalidade da ciência e dessa prática profissional médica que ele devia estar defendendo. Então, a mudança na formação e um padrão ético de comportamento são absolutamente fundamentais, entretanto a maior parte dos trabalhadores não está fazendo isso. O que a maioria está fazendo é o enfrentamento cotidiano, e por isso acabam sendo atingidos e atingidas de várias formas, ao menos pela pandemia.

Como todas as pessoas que foram submetidas às medidas de contingenciamento, os trabalhadores de saúde também estão com restrição de circulação, também estão com dificuldade de organizar a vida cotidiana. Houve casos de profissionais que moram em situações de maior vulnerabilidade dormindo na sacada para não pôr em risco a saúde dos familiares, dos pais. Os trabalhadores também estão expostos a um risco maior, porque é um trabalhador de saúde que acolhe, que atende, que lida cotidianamente com as pessoas doentes de Covid-19; portanto, têm um risco maior de contágio. Os trabalhadores de saúde também estão expostos à convulsão do serviço de saúde, a sobrecarga de trabalho é absolutamente evidente. E

o caso brasileiro, particularmente, graças a essa irresponsável disputa enunciativa que disse que “não era nada”, que teríamos “imunidade de rebanho” – ora, a imunidade de rebanho que seja preservada para o gado. Pessoas não precisam ter imunidade de rebanho, elas precisam ser imunizadas ativamente com a vacina. Então, não são poucos os casos de assédio, de violência física, que os trabalhadores sofrem, inclusive, graças ao esforço em defesa da vida. Alguns são vitimados pela própria doença porque, no exercício do seu trabalho profissional, são contaminados. É necessária uma rede forte de proteção para as condições de trabalho em saúde. Os trabalhadores e as trabalhadoras precisam ter vínculos estáveis e permanentes, proteção e segurança para que realizem o seu trabalho. Além disso, é necessária uma remuneração mais justa.

Para finalizar, precisamos ter uma agenda forte e precisa para a produção de redes de defesa do SUS e de suas políticas, para proteção desse processo de implementação do SUS, porque em alguns lugares o SUS ainda está em fase inicial. O Programa Mais Médicos deu sua contribuição para isso: ele se expandiu a algumas áreas, e depois foi desfeito. Temos ainda grandes vazios assistenciais, um conjunto grande de lugares onde o desafio é implantar integralmente essa política de 35 anos.

No isolamento espacial, nós precisamos ter proteção redobrada para não adoecer e, portanto, proteger a nossa saúde e das pessoas próximas. Precisamos de uma participação ativa na defesa da vida e da cidadania das pessoas, no bairro, no quarteirão, no coletivo. Precisamos mobilizar ajuda às pessoas que estão em maior vulnerabilidade, apoiar o serviço de saúde dos trabalhadores, pensar naqueles que não podem ficar em casa por causa do tipo de trabalho, por conta da vida e das condições de vida que têm; precisamos defender o SUS, retomar o trabalho do controle social na defesa da vida, da democracia, da institucionalidade democrática. Temos que ler as orientações da 16ª CNS.

Precisamos, também, criar redes de WhatsApp para falar a verdade, para combater a mentira, combater a fala genocida. Não podemos fechar os olhos para a desvalorização da vida que está colocada como a ordem do dia. O que precisamos fazer são redes que expressam o controle social, do Conselho Estadual, do Conselho Municipal, mas também da prática cotidiana de cada um de nós.

Para concluir, vou mobilizar novamente Sérgio Arouca. Ele falava muito sobre o desafio que tínhamos no final da década de 1980 e que, de uma certa forma, está colocado agora novamente. Segundo ele, as transformações no sistema de saúde e na sociedade são “[...] como se estivéssemos andando numa maria-fumaça ofegante, lenta, soltando fumaça, quase caindo pelas beiras da estrada e, sem parar, a transformássemos numa grande locomotiva que nos levasse para o futuro [...]” (Arouca, 1987, p. 42). Nós não estamos numa maria-fumaça, mas ainda falta um bocado para que cheguemos a um trem de alta velocidade rumo ao futuro. Até porque, nos últimos anos, as políticas de saúde retroagiram muito.

Então, parece-me, a defesa do SUS também traduz a nossa capacidade de honrar a memória daqueles que lutaram, alcançaram e construíram as bases do SUS. O SUS que nos trouxe até aqui e que nos permitiu enfrentar valentemente a pandemia. Porque, do outro lado desse discurso genocida, nós temos unidades básicas de saúde (UBSs), trabalhadores fazendo bastante no território, para que nós não estejamos em um cenário de um milhão de óbitos – e eu espero que a gente não chegue. Para isso, precisamos fazer com que passem esses que estão atravancando o nosso caminho. Então, vamos honrar a memória do SUS, vamos retomar o rumo do avanço da saúde e da defesa das pessoas!

Salve o SUS! Salve a democracia e a liberdade!

Referências

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

PIGATTO, Fernando. **Escrevemos mais um capítulo da história do sus. Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª +8)**. 2019. Versão Preliminar. p. 17. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. Acesso em: 18 de out. 2022.

4. População negra e ausência de políticas com equidade⁸

Altamira Simões⁹

“Compomos a maioria da população que ocupa as ruas como ambiente de trabalho ou como espaço de moradia. Também somos maioria dos mortos nesse período de Covid-19.”

Início minha contribuição, neste seminário, “racializando” o debate. Digo “racializar” porque foi um conceito que a branquitude nos impôs como pessoas pretas, de nos definir como raça, caracterizando-nos, inclusive, com alguns elementos discriminatórios e que até hoje têm perdurado em nossas vidas. Cabe dizer que a população negra sofre pela falta de acesso às políticas sociais, incluindo a saúde, em todo o território brasileiro.

Não é só “desprivilegio” da Bahia ou do Rio de Janeiro que a população negra esteja submetida a inúmeras ações de violência,

8 Texto transcrito da participação de Altamira Simões no Seminário Estadual Tocantins em Defesa do SUS, realizado em 12 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=SnmOstrvTkU&t=4329s>.

9 Conselheira Nacional de Saúde, representando a Rede Lai Lai Apejo, Saúde da População Negra e Aids; psicóloga, educadora popular, ativista do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento de Lésbicas e Bissexuais; pós-graduanda em Saúde Coletiva e Vigilância em Saúde e Epidemiologia. Atualmente, coordena a Comissão Intersetorial de Atenção Básica do CNS.

seja pelo Estado, seja pela sociedade racista. São ações que consideramos como política genocida, já que somos nós, mulheres negras, que compomos os maiores índices de violência obstétrica, vítimas de aborto inseguro e morte materna, mesmo no ambiente hospitalar.

Nos índices do IBGE dos últimos anos, a população negra soma a maioria de desempregados ou que não possuem esperança de ter sua carteira de trabalho assinada, os desalentados, com recorte alto para as mulheres negras. Somos a maioria sem esperança, sem perspectiva de retorno ao trabalho formal ou de sair da precarização da mão de obra. Compomos a maioria que ocupa as ruas como ambiente de trabalho ou como espaço de moradia. Apesar da subnotificação e da ausência do quesito raça/cor nos formulários, podemos afirmar que foram as pessoas negras que mais morreram nesse período de pandemia por Covid- 19.

E, juntamente com a Covid-19, outro agravamento emergente nesse governo fascista – que não tem nenhum projeto político a não ser massacrar a população brasileira, inclusive quem votou nele, seus opositores e opositoras – é a fome. A fome voltou com toda força, promovendo insegurança alimentar e nutricional, fazendo do acesso ao prato de feijão, arroz e bife artigo de luxo para maioria da população negra e pobre.

Então, quando pensamos em saúde, reproduzo a frase de Sérgio Arouca dita em 1986, na abertura da 8ª Conferência de Saúde: “Saúde é democracia.” Nós, população negra, movimentos sociais, entendemos que a democracia não permite só o acesso à saúde enquanto assistência, assistência farmacêutica, prevenção, promoção da saúde – que compõem a atenção básica ou a alta complexidade; mas entendemos que essa democracia de acesso à saúde precisa respeitar as especificidades dos nossos corpos pretos. A ciência e tecnologia, a assistência farmacêutica não podem ter esse olhar hegemônico no sentido de ser só para uma determinada população; precisa existir de fato uma equidade.

E equidade significa que o meu corpo, que o corpo preto vai ser manuseado, ele vai ser olhado a partir das especificidades de acúmulos que a gente acarreta. Porque uma população que vive em constante situação de violência, de sofrimento, que tem doenças prevalentes, caracterizadas pela condição de pobreza, não pode ser vista de uma forma hegemônica e igual à de grupos que estão sempre a frente pensando saúde, política. Por mais boa vontade que se tenha, é primordial que pessoas pretas estejam ocupando esses espaços de tomada de decisão, de *advocacy*, de pensamentos de políticas públicas, de execução da política, e também nos seminários, como estes e outros do controle social. Por isso, acredito ser fundamental a minha presença aqui, a fim de que se torne um espaço ocupado por mais pessoas pretas, de modo que haja mais seminários, porque as pessoas precisam nos ouvir e também precisam entender do seu lugar, como pessoas pretas, quais são as estratégias que precisam ser montadas para que elas possam ser vistas como cidadãos e cidadãs, para que elas possam acessar a política a partir das suas identidades, a partir dos elementos culturais e dos princípios que forjam os territórios em que elas estão instaladas.

E, retomando a questão da pandemia, já lá no início, digo isso como integrante do Comitê de Monitoramento da Covid-19, apontávamos quais seriam os grupos que estariam em mais situação de vulnerabilidade. Quando ainda se pensava em produzir a vacina, sabíamos quais seriam os grupos afetados. Porque já vinham de um percurso de desmonte do SUS, dessa política de teto de gastos, que é uma política de morte, a EC 95; por isso o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e todos os movimentos sociais que compõem o CNS sempre debatem estas questões, sempre gritaram “abaixo a EC 95”, por esse entendimento de que as populações mais vulnerabilizadas é que seriam mais atingidas. O desmonte da PNAB, a forma como a PNAB é colocada hoje, limita o acesso das populações a esses espaços, nega esse direito a essa

população. Ou seja, trata-se de um desmonte com a carinha de inovação, mas, na verdade, é de enrijecimento e cristalização da ausência e do comprometimento do cuidado de todos os cidadãos e cidadãs com a equidade.

Portanto, quando pensamos que saúde é democracia, pensamos na redução radical das desigualdades sociais. Sempre digo que há uma intersecção. E é importante pensar em saúde, mas também pensar em luta por moradia, em segurança alimentar e nutricional, em acesso a emprego e renda, em acesso à educação, em uma segurança pública antirracista – isto é, uma segurança pública que não invada os territórios pretos, matando desde crianças até pais de famílias, de modo que a gente não naturalize o corpo preto metralhado pelas forças armadas com 80 tiros, nem naturalize crianças sendo assassinadas nas portas de suas casas, seja na Bahia, seja no Rio de Janeiro, no País inteiro. Não se deve naturalizar a forma como a população indígena é tratada neste país, que vem também de um histórico de maus-tratos, de violações e que, neste momento, neste governo fascista, é potencializada.

Que não sejamos as pessoas que irão dizer que a CPI da Covid vai “virar pizza”. Precisamos acreditar e nos juntar aos inúmeros grupos que estão à frente na luta por direitos para toda a população. E, quando formos falar “eu sou uma pessoa ativista do SUS, e eu defendo o SUS incondicionalmente”, que introduzamos a esse debate também “eu defendo a redução da desigualdade, eu defendo um SUS com princípios de equidade para toda a população”.

Deixo aqui meu muito obrigado, espero que tenha sido entendida, e reforço que a Rede Lai Lai Apejo, juntamente com várias outras entidades, está, desde março de 2020, à frente de campanhas de alimentação, de agasalho, de distribuição de insumos. Cabe lembrar que essa luta precisa ser, principalmente, para nós, que somos ativistas da saúde, possamos entender que o PIB, de fato, ele não acessa as populações mais vulnerabilizadas; posso

afirmar que o feijão, o arroz e o bife também não: inúmeras pessoas estão passando fome, muita fome de fato. Esse governo fascista resgatou uma situação gravíssima da população brasileira, que há muito tempo não víamos: pelas ruas, crianças pedindo, pessoas pedindo o tempo todo “me arranja uma cesta básica, me arranja um pacote de soja, me arranje algo para comer, porque eu não tenho nem sal dentro de casa”.

5. Em defesa do SUS¹⁰

Antônio Lacerda Souto¹¹

“Precisamos lutar contra a Emenda Constitucional 95, que é um grande mal para as políticas públicas brasileiras, e seus efeitos são perversos para a saúde pública.”

Nesta oportunidade, irei destacar alguns elementos que contribuem para refletirmos sobre o momento que vivenciamos hoje no Brasil. Primeiro, faz-se necessário compreender qual é o papel do Estado, qual sua função como provedor de políticas públicas. Hoje, mais do que nunca, neste momento de crise sanitária e política que o País vivencia, precisamos das políticas públicas. O Brasil está vivendo uma crise sanitária muito grande, mas também uma crise política, pois não há uma coordenação nacional no Brasil, por exemplo, no combate ao controle à pandemia da Covid-19. Estudos apontam que, se houvesse uma coordenação política, muitas mortes teriam sido evitadas.

Há, também, em curso uma crise ambiental muito grande. Temos acompanhado, pela mídia, todo o desgaste que tem sido, sobretudo, com os nossos biomas, em especial a Floresta Amazônica, o desrespeito com os nossos irmãos indígenas que, inclusive,

10 Texto transcrito da participação de Antônio Lacerda no Seminário Estadual Santa Catarina em Defesa do SUS, realizado em 25 de junho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=LqJk8tfqibQ&t=5251s&ab_channel=CEAPRS.

11 Pedagogo, mestre em meio Ambiente e Desenvolvimento Rural (UNB). Assessor de Educação do Campo, Proteção Informações da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultora – Contag.

estão em Brasília numa grande manifestação¹². E há uma crise econômica também. O Brasil voltou a compor o mapa da fome. São as consequências do neoliberalismo, que compreende o Estado como Estado mínimo. Nós, como integrantes de movimentos sociais, do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), precisamos defender um Estado mais forte, mais indutor de políticas públicas, mais controlador dos efeitos maléficos que o mercado, muitas vezes, vem e provoca. Temos que lutar por um Estado que possa prover políticas públicas para incluir, sobretudo, aquelas pessoas que, historicamente, foram excluídas dos processos e dos modelos de desenvolvimento do nosso país. Nós sabemos que o mercado privilegia, na grande maioria das vezes, um lado só: o lado de quem já está incluído, tem muita acumulação.

Destaco duas grandes políticas públicas que foram historicamente importantes para o Brasil. Primeiro, o SUS, que em 2020 fez 30 anos. Segundo pesquisas divulgadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), 77% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS para cuidar da sua saúde. Então, imaginem o que seria da população brasileira se não tivesse o SUS e o Estado brasileiro como provedor importante dessa política pública de saúde. O SUS é referência no mundo todo. Todos os países gostariam de ter um SUS.

Destaco, também, um outro programa, uma outra conquista importante da Constituição Federal de 1988, que se somou ao SUS na política de seguridade social: o Sistema Único de Assistência Social (Suas). Hoje estamos com uma campanha nacional dos movimentos sociais, lançada recentemente, que é “Vacina no braço e

12 Referência ao ato realizado em junho de 2021, por grupos indígenas em Brasília, contra a votação do projeto de lei 490/2007, que dificulta a demarcação de terras indígenas e estava na pauta da Comissão de Constituição de Justiça (CCJ). Disponível em: <https://cimi.org.br/2021/06/povos-indigenas-ocupam-cupula-congresso-nacional-contra-pl-490/>.

comida no prato”. Então o SUS e o Suas, através de programas de inclusão social, foram muito importantes no nosso país.

Ademais, cito o Bolsa Família, o Programa Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), dentre outros. Fato é que foram criadas muitas políticas para aquela população que ainda não tem acesso às políticas públicas de geração de renda e que muitas vezes ainda tem dificuldade para conseguir um emprego. Esses cidadãos e cidadãs precisam de um programa nacional, de uma renda mínima, para poder garantir aquele direito que é universal e é o básico: o de ter comida no prato. Então, por isso, é muito importante estarmos trabalhando o resgate e o fortalecimento das políticas públicas sociais.

Na campanha “Vacina no braço e comida no prato”, temos lutado pelo pagamento dos R\$ 600,00, para que neste momento da pandemia possamos criar as condições para as pessoas ficarem em casa. É muito fácil dizer para as pessoas não irem para a rua: mas sem comida no prato, elas precisam ir para a rua atrás de comida – por isso a importância desse auxílio. É fundamental lutarmos por uma renda para que essas famílias possam ficar em casa, não gerar aglomeração nas ruas e garantir o isolamento físico das pessoas. Porém, para isso, precisamos contar com políticas públicas e o mínimo de garantia para que elas possam, pelo menos, ter comida no prato.

Nessa formação para o controle social, em defesa do SUS, é importante resgatar o conceito ampliado de “saúde”, não o reduzindo somente ao cuidado da doença. Para isso, não podemos cuidar da saúde das pessoas sem ter à disposição outras políticas públicas que possam evitar que elas fiquem doentes. Por exemplo, a questão da segurança alimentar e nutricional é fundamental. Então, precisamos ter políticas públicas que garantam a questão da saúde alimentar e nutricional para a nossa população. Por isso, é muito

importante que, nessa formação para o controle social, a gente lute pelas políticas de saúde, mas também por outras políticas públicas que garantam a inclusão produtiva, que garantam a segurança alimentar e nutricional da nossa população.

Quero destacar, ainda, algumas políticas públicas e conquistas importantes dentro do SUS para nós, que representamos a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, mas também as populações que vivem nos bairros pobres das grandes capitais, nas favelas, nos centros urbanos, os moradores em situação de rua, enfim, esse conjunto de pessoas que precisam do SUS. Devemos continuar lutando para que elas permaneçam e sejam fortalecidas. Queria destacar a atenção primária à saúde (APS), uma política fundamental para trabalhar essa questão do conceito de “saúde” atrelado não somente ao curativo, mas também ao cuidado para que as pessoas não fiquem doentes. Então, atenção básica é uma política fundamental, foi uma conquista fundamental. Os agentes comunitários de saúde (ACS) não são só agentes que tratam da saúde nas comunidades; eles são importantes porque, para além de ACS, eles são agentes de desenvolvimento da comunidade também, eles articulam outras políticas para a comunidade.

Também queria ressaltar, em memória da nossa amiga, colega e parceira Simone Leite, a importância das práticas integrativas e complementares em saúde. São uma política fundamental, que dialoga também com os saberes, a cultura dos povos e comunidades tradicionais, dos povos do campo, das comunidades urbanas. Articulam-se, e são um casamento perfeito, com atenção primária em saúde, dentro desse conceito de que precisamos cuidar das pessoas, cuidar da saúde – não só curar a doença.

A pandemia nos mostrou que o Brasil também não está preparado para cuidar da doença. Quantas pessoas morreram porque não tinham uma estrutura hospitalar que pudesse atendê-las? Não havia medicamentos de intubação, não havia UTIs. Então, se todo

mundo ficar doente, com certeza, vai morrer muita gente. O que a gente precisa é cuidar, evitar que as pessoas fiquem doentes. E a atenção primária e as práticas integrativas são fundamentais e cumprem um importante papel nesse cuidado.

Só pra fechar, também dizer que a atenção primária e as práticas integrativas têm, sim, que se articular e se integrar à educação popular em saúde, até para que os nossos conselheiros e conselheiras do Brasil todo se apropriem delas. Precisamos formar e capacitar cada vez mais os nossos conselheiros – dos Conselhos Municipais, Estaduais e, inclusive, do Conselho Nacional. Só assim vamos ter conselheiros e conselheiras atuando mais proativamente pelo controle social das políticas públicas e, em especial, das políticas públicas de saúde no Brasil.

Precisamos lutar contra a Emenda Constitucional 95, que é um grande mal para as políticas públicas brasileiras, e seus efeitos são perversos para a saúde pública. Por isso, precisamos lutar para revogar essa emenda.

6. O acesso à informação durante a pandemia¹³

Abrahão Nunes da Silva¹⁴

“Enfrentamos, como movimento popular, muitas dificuldades e muitos desafios nesse cenário de atividades virtuais durante a pandemia. Isso porque temos dificuldades de conhecimento, de manuseio, de adaptação, de acesso à internet e muitos não possuem celulares ou estes não tem recursos para fazer uma reunião on-line.”

Para nós, do movimento popular, estas mudanças de comportamento na sociedade que envolvem os processos virtuais têm-se apresentado como um desafio. Enfrentamos, como movimento popular, muitas dificuldades e muitos desafios nesse cenário de atividades virtuais durante a pandemia. Isso porque temos dificuldades de conhecimento, de manuseio, de adaptação, de acesso à internet; e há movimentos populares ligados à Central de Movimentos Populares (CMP), principalmente nas moradias das periferias das cidades, que não possuem um celular, ou o celular que possuem não tem recursos para baixar um aplicativo para fazer

13 Texto transcrito da participação de Abrahão Nunes da Silva no Seminário Estadual Alagoas em Defesa do SUS, realizado em 27 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=odwVJMI_t_mo.

14 Abrahão Nunes da Silva é coordenador adjunto da Central de Movimentos Populares (CMP) e representa a entidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

uma reunião *on-line*. Então, nossa ação de luta enfrenta também esse desafio do acesso ao meio digital.

Muitas vezes, a comunicação e relação que conseguimos estabelecer é com grupos de WhatsApp. Gostaria de reforçar esta questão: se estivéssemos em outro patamar, em outro nível da sociedade, em que não houvesse tamanha desigualdade social, com certeza a nossa comunicação seria diferente, e a inclusão também.

Tenho uma crítica muito séria a essa forma de comunicação que estamos usando hoje; como por exemplo, a internet: porque ela desassocia a sociedade e, conseqüentemente, criamos uma nova coletividade, o que, por vezes, pode ser muito perigoso. Mas no momento da pandemia foi o instrumento que tínhamos, e usamos da melhor forma possível. E estamos fazendo isso, só que existem alguns problemas de comunicação, por exemplo, com as nossas bases, porque muitos não têm acesso a essas tecnologias.

Quanto à pandemia, primeiro precisamos recordar que nós temos, além do Butantan, da Fiocruz, outros espaços que poderiam ter contribuído significativamente com a questão da produção de vacinas para vacinar nosso povo. Mas, infelizmente, temos no poder esse governo genocida, que não investe em tecnologia e em meios de produção de pesquisa. Se houvesse investimentos, o enfrentamento da pandemia seria diferente e não precisaríamos ter enfrentado tantas mortes e sofrimentos. O Butantan e a Fiocruz, ambos teriam dado conta produzindo as vacinas e, no momento que estamos vivendo agora, para o final de julho de 2021, teríamos vacinado mais de 80% da nossa população. Mas esse desgoverno que temos, que pensa em lucrar, em ganhar dinheiro e massacrar o povo pobre, nos levou a essas condições. E estamos em uma realidade hoje em que, segundo cientistas e pesquisadores, aproximadamente 400 mil mortes poderiam ter sido evitadas com investimentos tecnológicos. Parece que, desse povo que morre – e a maioria esmagadora é preto e pobre –, tornam-se mortes aceitáveis para esse governo.

Falar do SUS é sempre uma alegria para nós, pois viemos participando desta luta desde antes da Constituição de 1988, e para garanti-lo na Constituição de 88, e na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O desenho que temos desse sistema de saúde, se colocado em prática de fato, permite vacinar perto de 3 milhões de pessoas por dia. Logo, se tivéssemos insumos e materiais necessários para vacinar, nós conseguiríamos vacinar toda a população brasileira em quatro ou cinco meses. Isso é uma coisa extraordinária. Nenhum outro país no mundo tem essas condições, nem a rede de saúde que temos, com tal porte de atendimento para uma população como a do Brasil, e com profissionais muito qualificados – que não são mais qualificados porque o governo atual não investe na formação profissional, é uma tragédia. Como a ciência e a tecnologia avançam, os profissionais precisam acompanhar suas atualizações, mas infelizmente o governo que temos não investe nisso. Mas o SUS resiste e vai continuar existindo porque vamos lutar, resistir até as últimas consequências para mantê-lo de pé.

Além disso, vamos seguir lutando para tirar esse governo genocida do poder, destruindo o SUS, a educação no nosso País, além de outros setores. Logo, precisamos nos articular muito para assegurar um país bem educado, bem formado, com a ciência trabalhando, com a pesquisa funcionando. Com certeza, não vamos ter o vexame que passamos nessa pandemia.

Para a Central do Movimento Popular, somos defensores, lutadores e estamos na campanha “Fora Bolsonaro”, na campanha em defesa do SUS e em outras campanhas pela educação, pela moradia popular. Visamos assegurar as condições de vida digna.

Precisamos que os nossos cientistas, pesquisadores se debruçam um pouco mais na área da saúde, para compreender e aprofundar a questão das práticas integrativas complementares de saúde (PICs). Atualmente, há uma série de terapias que precisam ser desenvolvidas, temos condições de melhorar o custo, melhorar a qualidade do atendimento do SUS, além de baratear

o custo em função de avançar naquilo que é nosso. E o Brasil tem muitas condições de pesquisar e produzir novos medicamentos, remédios a partir das plantas nacionais, com base em nossos recursos minerais e vegetais, para que possamos ter mais condições.

7. A construção do SUS em tempos de neoliberalismo, austeridade fiscal e pandemia¹⁵

Clair Castilhos¹⁶

“Porque a luta nossa, do controle social, é basicamente retórica, conceitual e argumentativa. Nós temos que ganhar pessoas para a causa e, ao mesmo tempo, para defender a nossa causa, nós precisamos de argumentos e de uma certa formação, tanto do ponto de vista histórico como conceitual.”

O tema central deste debate se inicia com um levantamento histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), dos impasses que acontecem dentro das políticas neoliberais, do porquê da tal da austeridade fiscal – que, na verdade, é um “austericídio” – e das consequências da pandemia. Fazendo primeiro uma breve abordagem conjuntural, tanto do ponto de vista internacional

15 Texto transcrito da participação de Clair Castilhos no Seminário Estadual Mato Grosso do Sul em Defesa do SUS, realizado em 9 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=UyonIgfUmlw&t=5248s&ab_channel=CEAPRS.

16 Professora aposentada do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde e da Casa da Mulher Catarinense.

como nacional, entraremos, então, na nossa questão local, centro da minha fala.

Entendo ser importante, dentro de um processo de formação como este, termos também a noção de onde surgiram essas coisas todas que afetam o SUS e a nossa vida. Porque a luta nossa, do controle social, é basicamente retórica, conceitual e argumentativa. Nós temos que ganhar pessoas para a causa e, ao mesmo tempo, para defender a nossa causa, nós precisamos de argumentos e de uma certa formação, tanto do ponto de vista histórico como conceitual. Então, eu me propus a isso. Claro que é uma coisa mais ou menos rápida, não tem a profundidade que deveria, mas é do jeito que eu acho que é possível colaborar aqui com o nosso trabalho.

O primeiro tópico que irei abordar é sobre a construção do SUS.

Quando nós iniciamos a questão do SUS, é importante um breve recorte histórico dos anos de chumbo, do tempo brutal da ditadura militar e de um falso ufanismo que andava naquela época, que era tipo “Brasil: ame-o ou deixe-o”. De 1969 em diante, depois do Ato Institucional 5 (AI-5), houve o chamado “pente fino” da repressão à nossa resistência. A guerrilha do Araguaia e os movimentos revolucionários, com uma profunda crise e uma intensa repressão, tomaram conta do País inteiro, e qualquer manifestação de repúdio ou de resistência à ditadura era punida severamente.

Em 1974, ocorreu a crise do milagre econômico, quando as grandes exportadoras e produtoras de petróleo fizeram aquela espécie de *lobby internacional*, um conchavo, isto é, um conjunto de grandes produtoras de petróleo subiram o preço do petróleo, o que desencadeou uma crise mundial do ponto de vista econômico. O Brasil entrou nessa crise também.

Em 1975, começamos a presenciar outras coisas. Naquele ano, por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o ano internacional da mulher, e aí começaram as contradições também. Em 1978, Karol Wojtyła, o João Paulo II, tornou-se papa com uma agenda completamente anticomunista e contra as políticas de gênero,

enquanto entrávamos no Ano Internacional da Mulher. Importante ressaltar que o pontífice não era contra apenas as políticas de gênero, mas ao próprio conceito de “gênero” que o movimento feminista usa.

Em 1979, Margaret Thatcher tornou-se a Primeira Ministra do Reino Unido. Em 1981, Regan tomou posse no EUA. Entraram, então, dois expoentes da política e do pensamento neoliberal nos principais polos de referência do Brasil à época, que eram os Estados Unidos e a Inglaterra. François Mitterrand assumiu a França em 1981, com um programa comum da esquerda francesa: que eram as estatais, salário-mínimo maior, férias de cinco semanas. Foi um fracasso total e, em 1982, ele deu pra trás.

Entre 1984 e 1985, Thatcher enfrentou a primeira greve dos mineiros, quebrou a espinha dorsal do movimento sindical e ainda os chamou de “inimigos internos”, “perigo para a liberdade”. Isso é algo básico, são dois pilares do neoliberalismo: acabar com o sindicalismo, com a organização da classe trabalhadora, e mitificar isso com o nome de “liberdade”. Nessa visão, liberdade é compreendida no sentido do capital.

O período foi de uma restauração conservadora enorme, derrota da esquerda e vitória liberal. Entraram em coma as ideias de políticas alternativas. O que se falava era a sigla TINA: *this not is alternative* – em tradução livre, “não há alternativa”.

Porém, voltemos a 1978, quando tivemos a conferência de Alma-Ata, que deu início à questão das ações primárias de saúde, toda essa mudança que levou depois à municipalização, aos movimentos de ações simplificadas de saúde – simplificada a ação, não que fosse para as pessoas simples, mas sim em relação aos diagnósticos. Naquele mesmo ano, no Brasil, houve o movimento pela anistia – porque depois de 1974 tivemos uma profunda crise do sistema. Começaram as lutas pela redemocratização do País e o movimento Diretas Já. Cresceu imensamente o chamado Movimento pela Reforma Sanitária. Nesse contexto, em torno de 1979, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) se formou.

Iniciaram, então, vários movimentos: o movimento da reforma, o movimento de renovação médica, o movimento estudantil, o movimento feminino pela anistia, o movimento feminista em 1983 – atuando já dentro do Ministério da Saúde (MS), com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) e a criação do Conselho dos Direitos da Mulher em 1985.

Foi um contexto de crise estrutural e global que ocorria dentro do País. Era a crise do milagre econômico que, no fim, não era milagre, era um engodo econômico para o País, com uma falência total. Crise de governo que perdeu legitimidade – nunca teve, mas forçava. Crise da previdência com uma dívida brutal. Crise da saúde com questionamento da lei 6229 – que consagrava a dicotomia entre ações curativas e ações preventivas. Isso tudo, aliado à exaustão do povo e da nação com o autoritarismo e com a ditadura. Aí veio o maior movimento de massas contra a ditadura militar e pelo restabelecimento da ordem democrática: a campanha pelas eleições diretas. Essa campanha foi algo fantástico, e a sua principal palavra de ordem era a convocação da Assembleia Nacional Constituinte precedida da queda do regime militar.

Nessa trajetória toda, é claro, a saúde também tem uma caminhada importante pós-conferência de Alma-Ata e a necessidade de racionalizar a assistência à saúde em função de superar a lei 6229. Citamos algumas propostas de racionalização: o PrevSaúde, que teve, parece-me, sete versões mas nenhuma foi implementada, juntava a previdência com a saúde (o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, Conasp); as conferências de assistência de saúde e planejamento, em 1981; a estratégia da assistência integral de saúde (AIS), que ocorreu de 1983 a 1985. Em 1985, começou a chamada Nova República, depois da campanha das Diretas Já, com José Sarney assumindo após a morte de Tancredo Neves. Sarney assumiu de uma forma muito contestada e ilegítima, precisando se fortalecer junto ao povo, dada a grande comoção popular com a morte de Tancredo. Foi, então, que ele

tomou atitudes liberalizantes e mais democráticas. Nesse cenário, o Movimento Sanitário ocupou cargos estratégicos; por exemplo, Sérgio Arouca se tornou coordenador da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), Ézio Cordeiro assumiu a Previdência Social e formou-se uma comissão da reforma sanitária.

No governo Sarney, em 1987, estruturou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), um precursor do SUS. Ele ainda não era um sistema único, era um sistema unificado: cada ministério tinha seus programas, mas que se unificavam num programa único.

Daquele período, 1986 aproximadamente, o grande destaque, histórico até hoje, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a formulação da Política de Saúde como resultante. Em 1988, na Assembleia Nacional Constituinte, praticamente foram acatadas e garantidas na Constituição as grandes teses da 8ª Conferência Nacional de Saúde: a reforma do sistema, a mudança do financiamento, a mudança do conceito de “saúde”, que passou a ser ampliado. A Constituinte de 1988 garantiu e consolidou o modelo assistencial do SUS.

No entanto, teve início a necessidade de regulamentar aquilo que a Constituição garantia. Surgiram as duas leis orgânicas da saúde, a 8080 e a 8142, em 1990, período em que o Presidente da República era Fernando Collor de Mello. Ele vetou vários artigos da lei 8080, os quais passaram a fazer parte da lei 8142, porque o governo não resistiu a nossa luta pela regulamentação. Então, tudo foi consolidado nas duas leis orgânicas da saúde. Na 8142, havia principalmente a questão do financiamento e do controle social, o que fora retirado anteriormente. Depois, foram criadas algumas leis da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Mediante isso, houve uma reação conservadora, que aguardávamos que viesse. Os chamados gêmeos de *Bretton Woods*, que eram o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), colocaram o SUS na conta-corrente da hegemonia nacional. Tanto

que Collor fez a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foram publicadas as leis orgânicas com muitos vetos, como mencionado, mas ele sofreu *impeachment*; assumiu o vice, Itamar Franco. Itamar iniciou a implementação do SUS com a Norma Operacional Básica (NOB) 93. Discutiu-se a lei dos genéricos nessa época.

Em 1994, Fernando Henrique Cardoso ganhou a eleição, e ocorreu algo brutal contra o País, que foi a chamada Reforma do Estado; ou seja, a preparação do Estado brasileiro, da máquina do Estado, da estrutura estatal para a entrada com tudo do capital internacional e da hegemonia neoliberal no País. Tivemos as privatizações em massa dos bancos, das estruturas, da Vale do Rio Doce – considerada a joia da coroa –, a quebra do monopólio do petróleo. No setor saúde, passou-se a adotar as recomendações do relatório do Banco Mundial de 1993 “Investindo na Saúde”: um dos principais pontos é que o órgão não aceitava, como não aceita até hoje, a vinculação de recursos federais. Então, o financiamento do SUS passou a ser questionado, também o da educação; enfim, o financiamento do capítulo da seguridade social, à qual muitos recursos estavam vinculados.

Em 2003, Lula venceu as eleições e, até 2006, foram muito boas as alterações sofridas pelo SUS: ampliação, participação social, várias conferências de saúde. Para nós, do movimento feminista, foi bárbaro porque, de 2003 em diante, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher passou a ser a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que fez com que o cuidado fosse muito ampliado.

Em 2006, veio o Pacto pela Saúde, que foi um avanço em alguns pontos, mas ele voltou, de novo, a caracterizar o financiamento em várias “caixinhas”, como comumente falamos. Até que nós entramos no chamado golpe de 2016, que foi o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff.

Isso tudo ocorreu dentro do panorama político no Brasil influenciado pelo exterior, em uma luta contra a social-democracia, que era

o máximo que tínhamos. Nunca houve comunismo, nem socialismo no Brasil. Chegamos perto da social-democracia, mas a social-democracia foi um projeto bem-sucedido na Europa e seu apogeu foi entre 1945 e 1960, logo após a II Guerra Mundial. Era uma ideologia e um movimento que defendia o uso dos recursos do Estado para assegurar alguma redistribuição a favor da maioria da população: expansão dos sistemas de saúde e educação, níveis de rendimento garantidos ao longo da vida, através de programas de apoio às necessidades dos grupos sem-emprego e programas para minimizar o desemprego. Chamou-se a isto de “Estado de bem-estar social”. E era uma ideologia que refletia o ponto de vista segundo o qual o capitalismo podia ser “reformado” e adquirir uma face mais humana. Foi um sucesso na Europa Ocidental, Grã-Bretanha, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e nos Estados Unidos (onde falava-se dos democratas do *New Deal*, segundo Immanuel Wallerstein).

A luta contra a social-democracia e o Estado de bem-estar deu origem à expansão neoliberal. Começando nos Estados Unidos, durante a administração Carter, o neoliberalismo expandiu sua influência através da administração Ronald Reagan; e, no Reino Unido, através da administração de Thatcher, para se tornar uma ideologia internacional. Para a América Latina, o marco foi o consenso de Washington, na década de 1970. O Brasil entrou na etapa neoliberal do capitalismo em 1990, nos anos Collor.

O que que tudo isso que vimos até agora tem a ver com a luta do SUS? Primeiro que, com o neoliberalismo, os governos passaram a condicionar suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal, e está aí a lei do teto e do equilíbrio orçamentário entre receita e despesa, que restringe a participação do Estado na economia e faz com que as políticas sociais passem de universais a políticas focalizadas – tornam-se destinadas aos pobres e não à totalidade. Isso quebra totalmente o princípio do SUS, da universalidade, equidade e integralidade. Tudo isso, em preparação para ditadura do capital.

A ditadura do capital quer o Estado mínimo para o social e máximo para o capital. No Brasil de hoje, com esse desgoverno, e desde 2016, após o golpe, só têm ocorrido medidas para atender essas imposições. Portanto, o financiamento é uma das coisas mais difíceis de se conseguir, e a mais agredida. Então, nós temos a PEC do teto, a reforma trabalhista e a terceirização dos trabalhadores, a reforma da previdência; agora, estamos aí com a reforma administrativa, que é uma das coisas mais ambicionadas pelo governo, porque ela completa o ciclo de desigualdade, de opressão aos trabalhadores e de perda consecutiva e ampla de direitos. E as privatizações... a partir das quais se entrega todo o patrimônio público para os capitais internacionais, e mesmo para o capital nacional.

Para que isso aconteça, precisa haver um desmantelamento das políticas de proteção social, que dependem diretamente da atuação do Estado, o qual precisa se posicionar no financiamento e na implementação dessas políticas. Aqui no Brasil vimos o desmantelamento das políticas de saúde, de educação, de previdência, de assistência social, de habitação, de saneamento, de enfrentamento da criminalidade. Os princípios do SUS, então, são devastados em relação a isso.

Os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade apontam para a construção da solidariedade e da responsabilidade social do Estado, por meio do modelo de desenvolvimento socioeconômico realmente republicano. Diante disso, percebemos que vamos ter de lutar arduamente pra conseguir implementar aquilo em que acreditamos dentro do SUS: são ideais constitucionais, e incompatíveis com as políticas neoliberais – excludentes, centralizadoras, desfinanciadoras, que se consolidam, de certa forma, com o golpe de 2016.

O que queria o golpe de 2016? As intenções e propostas do grupo que chegou ao poder sem passar por uma eleição, para a saúde e

para o SUS, estão no documento emitido “Ponte para o Futuro”. Segundo entrevistas de Moreira Franco, na época, e com base em projetos de lei de lideranças desse grupo, a prioridade “zero” é enfrentar a crise no campo da política econômica, tudo de médio e longo prazos. Não se pensava em política social e pública. Como eles queriam atender isso? Ora, com a venda de ativos, com as privatizações, com o Estado deixando de atuar como agente econômico (no petróleo, por exemplo) e com a redução de gasto público. Isso tudo, depois, nos leva lá pra Lava Jato e para toda a barbaridade que assistimos.

O que acontecerá com o SUS? Temos algumas pistas de eventos que já estão se concretizando. Com o golpe, o SUS está mais subfinanciado. Ele teve redução dos seus recursos para os serviços existentes e a redução desses serviços. Há uma demanda maior do que a oferta, um aumento do tempo de espera, filas, déficit de atendimento, insatisfação crescente com o sistema público, a população teme a crise e gera um alto grau de insatisfação com o SUS. Então, 2016 foi o momento ideal para aprovar medidas como a “transferência de ativos, parcerias para complementar a oferta de serviços públicos”. E aí voltam as políticas focalistas da década de 1990.

Essa diminuição de recursos para a saúde causa grande impacto, por exemplo, acabando com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e educação; estabelecendo um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB, através de lei. O movimento sanitário, depois de muita luta, tinha conseguido aprovar a Emenda Constitucional 29 em 2000, garantindo que, a cada ano, os recursos de saúde aumentassem conforme a variação do PIB e a inflação. Só que hoje, por mais que historicamente tenha sido a realidade, acentuou-se brutalmente o subfinanciamento do SUS. E o governo teria privatizado tudo e destruído o SUS se não fosse a pandemia.

E aí entra aquela questão de dialética: veio uma grave crise sanitária, uma tragédia sanitária, um genocídio massivo, e onde o povo foi encontrar ajuda, atendimento e apoio? No SUS. Todo aquele trabalho que tiveram esse tempo todo de descaracterizar o SUS, de deslegitimar, de falar mal do SUS na imprensa, nos programas de TV, mostrando filas de hospitais, leitos nas enfermarias, pessoas morrendo, corrupção, remédio pra cá e pra lá: tudo na conta do SUS. E agora vimos que não tem conta do SUS nenhuma. Que era o sistema privado, na maioria das vezes, fantasiando para que pudesse ser privatizada toda a estrutura do SUS.

Voltamos a discutir aquilo que nós discutimos na 8ª Conferência Nacional de Saúde: o relatório final dizia que saúde é a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Somada a toda essa campanha contra tal deslegitimação, já havia alertas anteriores de saúde pública chamando a atenção. Já aconteciam no País epidemias de dengue, Chikungunya e Zika; o ressurgimento da febre amarela; o aumento da incidência de sífilis, por exemplo, em Santa Catarina (que é o meu estado): a incidência aumentou 40% entre as mulheres; o aumento do risco de meningite, da mortalidade infantil, da mortalidade materna; a fome endêmica passando para epidemia de fome – e essa desgraça toda foi coroada com a Covid-19, com a pandemia. O sistema já estava mais ou menos pressentindo e avisado sobre a necessidade de um sistema público de saúde e com ações integrais de saúde.

Mas eis que estávamos na antessala do golpe de 2016, em 2013, nas jornadas de junho. Nas jornadas de junho, independentemente das intenções individuais de cada participante ou protagonista, e mesmo do juízo sobre as insatisfações que grassavam em relação ao governo Dilma Rousseff, surge aqueles do MBL, o “Pato

Amarelo” da Fiesp, as mulheres tipo a Carla Zambelli e a Joice Hasselmann, dos movimentos Vem pra Rua, outros indignados *on-line*. Todos foram para a rua sequestrando símbolos nacionais, com as nossas bandeiras verde e amarelas, cantando o hino nacional brasileiro. Mas essas jornadas constituíram a base política e agruparam um largo espectro social de insatisfeitos – dentro e fora dos partidos –, que nos trouxeram até a tragédia institucional que estamos vivendo hoje no Brasil. O *impeachment* é filho daquelas jornadas, e Bolsonaro é o seu produto mais especial.

Passados quatro¹⁷ anos do *impeachment*, o Brasil está bem pior. Sob o governo golpista, retrocedemos anos. A meta parece ser destroçar conquistas sociais e submeter o País a interesses externos. Aturdida, a população assistiu a avalanche de prepotência, arrogância e desrespeito; mas começam, finalmente, a ressurgir com alguma força os sindicatos e movimentos sociais, atuando de forma mais ativa – suas mobilizações já estão repercutindo na sociedade.

Qual foi o produto formado dessa movimentação de 2013 e do golpe de 2016? Herdamos e recebemos: um Presidente cheio de ódios e ressentimentos, que parece não saber onde está; um processo de destruição do mínimo de Estado social que nós temos; uma distorção profunda nas funções do Sistema de Justiça, dos Ministérios, das áreas principais de governo, com quadros despreparados e fundamentalistas religiosos ou integrados por pessoas com visíveis perturbações psíquicas. Eis uma síntese generosa do que é o governo atual, cuja engenharia começou lá naqueles movimentos aparentemente espontâneos.

Quero fazer um breve parêntese para a questão do fundamentalismo religioso, porque tem como principal estratégia essa pauta de costumes, ao mitificar e afirmar que “não pode haver política de gênero”. Não existe ideologia de gênero, isso foi uma coisa in-

17 Considerando que o ano, em que Clair, realizou este seminário foi o de 2021.

ventada pelo Cardeal Ratzinger, depois bispo, o Bento XVI, que era assessor de João Paulo II – porque não aceitavam o movimento feminista, os movimentos LGBTQIA+. Eram completamente contra, como são até hoje, contra as políticas sobre o aborto, a mortalidade materna, as políticas de contracepção e regulação da natalidade – era uma completa tentativa de apropriação do corpo das mulheres. Fecho parênteses.

O mosaico da perversidade e da loucura é que o governo se organizou em blocos de ministros. Então nós temos: os lunáticos, que são os ministros de relações exteriores, educação e direitos humanos; os predadores, que são os ministros do meio ambiente, da agricultura, os militares de pijama; os economistas, que são os “Chicago Boys”, todos uns velhos que já deviam ser “Chicago Old”, a serviço do entreguismo e contra a soberania nacional; os invisíveis, como o ministro de ciência e tecnologia. Isso tudo, assessorado, coordenado e articulado pelo gabinete do ódio. E o Presidente da República também segue ignorando isso tudo, seguindo à risca as determinações dos gabinetes paralelos.

As ações e consequências disso são o avanço do desemprego, a guerra contra as universidades, contra a cultura, contra a ciência, contra a tecnologia, a indústria estagnada, a inadimplência que bate recordes, o desmonte da economia, o avanço do agronegócio, os agrotóxicos (capital da morte) – com destruição dos grandes biomas nacionais, como é a Amazônia, do cerrado e de toda aquela área do Pantanal virando pasto de boi e plantação de soja –, a contaminação dos lençóis freáticos. Acima de tudo, na questão da pandemia, o negacionismo como política de enfrentamento dessa tragédia sanitária.

Além disso, temos a liquidação do patrimônio nacional com a venda da Embraer base de Alcântara, de urânio, da Petrobrás, da Eletrobras, do Banco do Brasil, da Caixa Econômica, dos Correios. É esse o ideário dos negacionistas e dessa elite perversa e predatória que tomou conta do nosso país. Parece que é coisa de

invenção de política, invenção do Partido dos Trabalhadores (PT), dos comunistas, que o negacionismo não é uma prática sanitária. Mas é, porque o Centro de Pesquisas e Estudos Sanitários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e a Conectas Direitos Humanos, em 21 de janeiro de 2021, lançaram uma edição especial do boletim *Direitos na Pandemia – Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil*, em que fazem uma afirmação contundente: “nossa pesquisa revelou a existência de uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo governo brasileiro, sob a liderança do Presidente da República”.

Hoje, o Brasil é um dos países mais afetados pela Covid-19, e não tem um cronograma nem uma campanha da vacinação confiável. Aliás, não há vacinas suficientes e as perspectivas de consegui-las estão cada vez mais difíceis. Diante disso reforça a nossa necessidade sempre e permanente de lutar pelo SUS e pela Democracia.

8. A Covid-19 e a construção do SUS¹⁸

Emerson Merhy¹⁹

“A concepção de saúde para quem considera a vida uma mercadoria é uma concepção do ‘não direito’, da ‘não democracia’ e da ‘não vida’ igualitária, ou seja, para quem considera a vida mercadoria, há logo de saída uma ruptura com os princípios do SUS.”

Início parabenizando o Conselho Nacional de Saúde, pela luta neste momento tão crítico que estamos passando aqui no Brasil.

18 Texto transcrito da participação de Emerson Merhy no Seminário Estadual Minas Gerais em Defesa do SUS, realizado em 28 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wTFXA_JWgLk&t=2644s.

19 Professor titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 2012, *campus* Macaé. Professor doutor *honoris causa* da Universidade Nacional de Rosario, Argentina, desde 5 de novembro de 2019. Tem desenvolvido estudos no campo da psicossociologia crítica, comunidades ativas e a produção cotidiana como território de construção das redes vivas de existências, dando foco aos processos de subjetivação e aos devires-vidas, humanas e não humanas. Constitui como questões centrais para os estudos as relações intercessoras entre micropolítica, educação permanente, subjetivação e produção de conhecimento, e tem desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de avaliação compartilhadas. É coordenador dos Grupos de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, e Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde, que se estendem a UFMG, UFF, Unirio, Ufes, UFPB, USP, Unicamp, UFMS, UERJ, UEL, entre outras instituições. Mantém vínculo de ensino e pesquisa com o Instituto de Salud Colectiva, da Universidade Nacional de Lanus, Argentina; teve relações de intercâmbio científico com a Universidade de Bolonha pelo Centro de Saúde Internacional.

Vivenciamos experiências de genocídios contra vários coletivos sociais, ou seja, temos nos constituído em uma sociedade que cultua e pratica a morte alheia como política de Estado, e essa é uma das lições que a pandemia do Covid-19 trouxe à cena. Na sequência, vou tentar trabalhar sobre o que a pandemia do Covid-19 nos ensinou sobre tudo isso.

Destaco um dos elementos que a Covid-19 evidenciou: estaríamos muito pior se não tivéssemos minimamente conquistado a construção do Sistema Único de Saúde. Não é uma construção qualquer, o SUS foi erguido sobre princípios muito diferentes daqueles praticados pela sociedade brasileira. Não é fácil no Brasil lutar por uma política social da vida, e frisar que todas as vidas têm o mesmo valor. Não é fácil porque o Brasil é um país muito desigual e, via de regra, no imaginário da maior parte dos brasileiros e brasileiras, não há essa noção, pois no imaginário predominante considera-se que algumas vidas são melhores e que, quanto a outras vidas, tanto faz. Essa já é uma ideologia muito clara na cultura brasileira. E, inclusive, faz parte, infelizmente, dos próprios grupos que são vitimizados por essa discriminação e desigualdade. Neste sentido, pontuo que a luta pelo Sistema Único de Saúde sempre foi uma luta contra a maré dessa história brasileira: de extermínio de indígena, de perseguição e extermínio dos povos negros, de extermínio dos pobres, de extermínio da população trans. Vale lembrar que essa não é uma prática que começa com o tema da Covid-19, é uma prática bem estrutural no Brasil.

Por isso, anteriormente, na nossa geração, quando lutamos pelo Sistema Único de Saúde, uma das questões centrais era como tentar mudar a nossa história, como olhar para o passado e romper com esse passado. E, nessa luta, construímos uma imagem que construir um sistema de saúde deveria ser um sistema único pelo País inteiro; organizado a partir dos locais e das regiões; que tivesse uma intimidade profunda com a relação saúde e democracia, porque só com democracia seria e é possível defender que

qualquer vida vale a pena ser vivida e defendida. E, neste sentido, entendíamos que **o Sistema Único de Saúde deveria compor uma política de Estado que considerasse a composição de uma rede de proteção social. Ou seja, que a política de saúde deveria compor a seguridade social, a qual seria um conjunto de setores de políticas sociais que, juntas, teriam como grandes questões a proteção das vidas e a qualificação do viver, sendo assim um instrumento efetivo de luta contra a desigualdade. Além de ser, em si, uma aposta na construção de uma outra máquina estatal, aberta à presença das forças sociais na busca de seu controle social.**

Não foi fácil lutarmos por isso. Na Constituinte, tivemos embates enormes, mas conseguimos, pelo menos, inscrever na Constituição Brasileira essa questão. Todavia, sobrava-nos o desafio de construir o SUS. Esse desafio foi vivido por todos, muitos de nós e muitas de nós, todos, todas e todes que viveram esse momento sabem que a construção foi árdua. Mesmo porque – e a Covid-19 não só não nos deixa esquecer como evidencia –, mesmo que já tivéssemos essa experiência, o SUS não foi igual por todo o território nacional, pois sempre dependeu muito, mesmo tendo uma política nacional de Estado, de costuras das forças regionais e locais. E, diante dessa desigualdade e das disputas, essa experiência da construção do SUS foi mais exitosa em algumas regiões e menos em outras. De fato, o êxito da construção do Sistema Único de Saúde estava sempre ligado à existência de governos municipais ou estaduais, ou até mesmo o nacional, que identificavam que apostar na vida como a maior riqueza desse país faria uma diferença incrível na construção da política do SUS, porque haveria deslocamento de financiamento para construção de redes de cuidado, para produção de equipes de trabalhadores multiprofissionais, para produção de vínculos entre essas equipes e os territórios da vida das pessoas.

E esses locais que tinham essa “costura íntima” entre governantes mais progressistas, que identificavam na construção do SUS

uma linha correta para mudar nossa história, foram os locais onde o SUS mais avançou. Então, tivemos regiões nesse país em que a construção das redes de cuidado foi muito ampla. De outro lado, ao contrário, houve regiões onde as apostas “antivida” se afirmaram, as quais consideram que a vida é uma mercadoria, e que pode simplesmente interessar só ao mercado. A concepção de saúde para quem considera a vida uma mercadoria é uma concepção do “não direito”, da “não democracia” e da “não vida” igualitária, ou seja, para quem considera a vida mercadoria, há logo de saída uma ruptura com os princípios do SUS. Eles não são universalistas, eles não apostam na equidade e na integralidade, eles não apostam no direito à saúde. Ao contrário, apostam no comércio. Então, essa é uma questão que atravessa o SUS na sua longa história, uma briga estrutural entre sistema pleno de saúde, em que a vida é a maior riqueza e é o parâmetro da igualdade, e aqueles que apostam na financeirização da saúde, na comercialização da saúde, na privatização dos serviços de saúde.

A Covid-19 faz emergir isso que estava escondido debaixo do tapete como uma questão central. E é um mérito seu: escancarar, evidenciar, “desocultar” posições de grupos sociais até então “camufladas”. A associação entre a existência da pandemia e um governo nacional declaradamente discriminatório, em relação aos vários grupos sociais mais vulnerabilizados em sustentar suas forma de vida, abriu a possibilidade política, por parte deste governo e seus aliados, de apostarem na destruição das redes de proteção social, tão caras à construção central da Constituição de 1988, em torno da sua visão do direito social como eixo para a defesa da vida de qualquer brasileiro ou brasileira ou brasileira.

Além disso, a Covid-19 nos ensinou e ensina muito sobre o “cuidado em saúde” e contribui para o entendimento sobre as tecnologias do cuidado. Há produções dizendo que as tecnologias de cuidado são de três tipos: 1) tecnologias “das mãos”, que são tecnologias de materialidade dura, mais materiais e palpáveis,

como, por exemplo, Raio-X, tomografia, ecografia, exame de laboratório de análise clínica; 2) tecnologias relacionais do encontro que acontece nos processos de cuidado; 3) tecnologias “da cabeça”, que são as tecnologias dos saberes que possuímos, como a clínica, a epidemiologia, por exemplo. E a pandemia evidenciou essa questão ao problematizar que tipos de saberes tínhamos para enfrentar a situação, quais tecnologias duras nos interessavam. A vacina como tecnologia dura ou o leito da UTI no setor privado, com grande lucratividade, nos interessa? Os exames de laboratório, muitas vezes inúteis, deveriam ser gerados para uma grande lucratividade, ou os testes, que são bem mais baratos, deveriam ser o foco para podermos rastrear o próprio processo da pandemia?

Ora, a pandemia nos colocou em educação permanente para podermos compreender que a combinação das “tecnologias relacionais de cuidado” com as “tecnologias de cuidado da cabeça” e as “tecnologias de cuidado das mãos” demonstra que há uma disputa nuclear para a organização do arranjo tecnológico que deve ser construído a fim de cuidar, definindo, inclusive, quem seria o operador, organizador e gestor desse processo. Há uma disputa brutal entre domínio público e privado sobre tais arranjos. Há disputa entre um modelo de cuidado centrado na vida do outro/outra/outr e suas necessidades, ou centrado nos atos profissionais biomédicos que impõem seus interesses acima da vida do outro/outra/outr e.

Vale como um importante foco de atenção, neste processo, a tecnologia relacional do cuidado, que a pandemia trouxe fortemente para a cena do cuidado, a qual classifico também como “tecnologias do encontro”, porque são aquelas que só existem quando nós encontramos uma outra pessoa que está vivendo um problema de saúde. Por exemplo, se olharmos um profissional de saúde, veremos que no ato de cuidar há sempre um encontro com um paciente, o qual, de fato, pela Constituição de 1988, deve ser visto sempre como um cidadão. Essa tecnologia é essencialmente relacional e se faz

presente e necessária quando escutamos o que a outra pessoa fala, acolhemos o que ela traz, produzimos um vínculo com ela, quando nos responsabilizamos na relação de cuidado com qualquer pessoa, sem construção desigual entre as várias vidas.

A pandemia permitiu analisar essa combinação, desses três campos tecnológicos, e vem mostrando que a disputa entre os setores que apostam no capital, no financeiro, na vida como mercadoria, tem sido uma aposta em um modelo de cuidado muito privatizado, centrado no cuidado hospitalar e com baixa responsabilização pela vida de qualquer pessoa e de sua existência em âmbito coletivo, em sua comunidade. Houve, neste processo, um esforço enorme para impedir o cuidado no território da vida, ali na comunidade onde efetivamente vivemos. Com isso, tal modelo foi muito incompetente do ponto de vista do enfrentamento à pandemia.

Por outro lado, o Brasil tem sido um laboratório interessante se olharmos as disputas que foram sendo construídas para se contrapor àquele eixo de um modo de agir de baixa eficácia. Muitas forças sociais foram criando pressão para que fosse construído outro modo de enfrentamento da pandemia de maneira que todos estivessem bem protegidos e cuidados. Dentre essas disputas, emergiram a luta para vacinação, pelo isolamento social, para o uso mais efetivo e positivo das tecnologias relacionais entre trabalhadores de saúde e comunidades organizadas. Nesse quesito, das tecnologias relacionais, há dimensões bem interessantes a serem observadas: elas não são só uma ação de imposição ao outro sobre um certo modo de se cuidar; elas abrem, com a força da presença da outra pessoa no ato de cuidar, espaços fundamentais para ações de efeitos educativos profundos, principalmente se colocarem como central o respeito ao saber da outra pessoa, combinando-o com os saberes dos profissionais de saúde, independentemente do perfil profissional – inclusive abrindo uma crítica positiva ao prejudicial ato de biomedicalização da vida de outre.

Mas sabemos que, em plena situação de fracasso das medidas do Governo Federal, as ações que eram implementadas, aumentando a ineficácia de sua atuação, custando milhares e milhares de vidas perdidas, iam pelo caminho da destruição: das equipes nos territórios e dos serviços do território, fragilizando e precarizando a vida dos trabalhadores e trabalhadoras dos territórios, piorando suas condições de vulnerabilização.

De um modo geral, nesse modo de agir incompetente, em termos de proteção das vidas em geral, apostou-se, como já falei, prioritariamente no cuidado centrado no hospital, e para uma pequena porcentagem da população. Não que essas pessoas não deveriam ser cuidadas nos hospitais, mas é que, se nós tivéssemos invertido isso, cuidando no território e segundo as necessidades próprias de cada comunidade e pessoa, não chegariam tantas pessoas adoecidas aos hospitais; e, se chegassem, não estariam em estado tão grave. Temos experiências que a Covid-19 apresentou ao mundo sobre isso: alguns países que apostaram no cuidado no território e em empoderar as equipes no território tiveram sucessos muito maiores nesse tipo de processo.

Então, a pandemia é um analisador incrível desse tipo de proposta: veio nos ensinando que não é qualquer SUS que nos interessa construir, não é simplesmente botar um serviço dentro de um município, como, por exemplo, uma UPA isolada, ou um serviço de especialidade isolado, ou um serviço hospitalar municipal isolado, não é isso que é construir o SUS que queremos. Construir o SUS que nos interessa é construir uma rede de cuidado, que articule o cuidado no território, com o cuidado no campo das especialidades, com o cuidado no campo hospitalar e com uma grande produção de tecnologias relacionais como comandantes das linhas de cuidado. E não ser comandado pelas redes hospitalares, não ser comandado pelas especialidades.

Ora, essa situação vem ficando muito clara para nós e vem impondo que identifiquemos os grupos que são contra esse processo, como, por exemplo, a minha corporação: a corporação médica.

Por exemplo, é um absurdo o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e o Conselho Federal de Medicina apoiarem a destruição das redes de cuidado no território. Esta postura ultravoltada para uma medicina privatista, comercial chega ao absurdo de se expressar de uma maneira completamente antiética nas ações do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, ao apoiar o processo de perseguição quem está atuando nas redes substitutivas antimanicomiais em Belo Horizonte, optando por reforçar a manicomialização como estratégia central para o cuidado em saúde mental. Isso é um absurdo! Nós já provamos por décadas que o cuidado antimanicomial é muito mais humanizado, que o cuidado antimanicomial produz muito mais vida nas vidas vividas, que ele parte do princípio de que todas as vidas valem a pena ser cuidadas, ser protegidas. Em vez disso, o Conselho Regional de Medicina, em torno de interesses mercadológicos de psiquiatras e seus sócios, que são donos de manicômios, ficam fazendo aposta no contrário: no aprisionamento, no cuidado na clausura. Hoje, chegamos ao absurdo de ter um Conselho Federal de Medicina que bancou e banca o chamado “*kit Covid*” do Ministério da Saúde, o qual comprovadamente não serve para nada e ainda é um grande risco para quem o utiliza, tendo como carro-chefe a cloroquina como medicação de escolha.

Então, é impressionante poder ver essas alianças espúrias entre algumas categorias profissionais, em especial a da medicina, com um governo necrófilo e necropolítico. Essa é uma aprendizagem fundamental para nós, porque temos que nos espelhar em todos aqueles sistemas únicos de saúde que foram muito consequentes, que aliaram de forma positiva a construção das equipes de cuidado no território com uma relação positiva e relacional de linhas de cuidado com os outros níveis de atenção. Apostar naquelas

construções do SUS que sempre consideraram a democratização do controle social como sendo fundamental para o sistema de saúde. O SUS não é só um conjunto de profissionais de saúde fazendo boas práticas; é também um ambiente social que precisa ser profundamente democrático, são os canais de fluxos de interesses positivos entre os coletivos que necessitam de cuidados e as redes de cuidado.

Essas experiências nos posicionam de novo: para combater a pandemia, precisamos ter democracia. Porque aqueles grupos sociais que foram abandonados, aqueles que estão tentando sobreviver porque foram destruídas as redes de cuidado no território que eles habitavam, foram obrigados a inventarem por si, ali no seu risco, o próprio campo das tecnologias relacionais, e assim fizeram para persistir na vida. Não é pouco o que a pandemia já mostrou em várias ocupações urbanas, favelas desse país: calcula-se que mais de 50 milhões de brasileiros vivem nessas comunidades de forma muito precária – e muitos desses coletivos só continuam vivos porque se reinventam em termos de cuidado. Então, na ausência das redes de cuidado, os grupos se juntam e começam a fabricar máscaras e a partilhar informações. E, mesmo em situação de risco, saem de casa porque têm que trabalhar, porque não têm apoio social para poderem se resguardar. As vacinações hoje são muito mais precárias nesses grupos do que entre os grupos de classe média e da elite. Em São Paulo, há uma evidência incrível: a diferença é brutal da cobertura vacinal contra a Covid-19 entre a zona leste, em sua periferia, e as regiões de classe média e alta da cidade. É ridículo termos que presenciar esse tipo de situação em nosso país.

Os números oficiais mostram cerca de 550 mil mortos em decorrência da Covid-19, no entanto sabemos que temos mais de 700 mil mortos, porque existe uma subnotificação brutal. Existem mortos “escondidos”, corpos ocultados, ou mortes por Covid não diagnosticadas.

Isso nos obriga a tomar uma posição, como a de assumir o lugar de grande indignação, porém com o desafio de transformá-la em um direcionamento, em ter um rumo para seguir e batalhar. E este rumo/direcionamento, para nós da área da saúde, existe dada a nossa a experiência positiva do Sistema Único de Saúde, porque temos grupos muito guerreiros, como os vários coletivos que compõem o Conselho Nacional de Saúde, grupos guerreiros como os conselheiros dos vários Conselhos Municipais, como os coletivos organizados nos territórios, como os componentes da luta antimanicomial, como os componentes da luta contra o extermínio das populações vulneráveis, como os movimentos sociais organizados que cada vez mais formam um opinião mais favorável à existência do SUS e sua importância. Então, nós temos coletivos muito importantes que sabem o rumo, que apontam para o rumo, mas um rumo que não está no “norte” da América, um rumo que está no Sul da nossa América. O Norte (América do Norte) nunca nos deu norte (rumo/direcionamento), como imaginamos; ao contrário, ele sempre esteve ligado a uma aposta muito destrutiva para nós em termos de saúde e democracia, sob a ótica dos direitos.

Temos que apostar na composição profundamente rica desta nossa América Latina, naquilo que pode se construir de muito potente na mescla das sabedorias dos povos negros e indígenas com os setores sociais que estão profundamente urbanizados em situações precárias, mas que constituem **sabedorias incríveis para defender suas próprias vidas, procurando constituir alianças mais estreitas com os setores da saúde que não apostam na vida como mercadoria, mas tomam-na como a maior riqueza que temos no nosso país e na humanidade.** Não só a nossa vida, mas toda e qualquer forma sob a qual se expressar: humana e não humana.

É fundamental termos clareza de que a construção do Sistema Único de Saúde nessa experiência que a pandemia vem gerando mostra que ou construímos o SUS como um dos eixos da rede de proteção social, com modelos de cuidado centrado nas tecnologias

relacionais centrado no princípio da riqueza da vida de outre, ou iremos sucumbir a um modelo de cuidado mercadológico, médico-centrado, hospitalocêntrico, em que algumas vidas (aquelas que têm valor-capital) vão ser defendidas e protegidas em detrimento da imensa maioria das vidas, que serão deixadas de lado para sobreviverem ou morrerem – isso pouco importa para uma boa parte desses setores que apostam na vida como mercadoria. E essa experiência é uma experiência vital.

Não há como combater a pandemia no Brasil, não há como ter um Sistema Único de Saúde no Brasil se não construirmos a democracia plena. Uma democracia que não seja somente constitucional, mas uma democracia que seja molecular, que exista no território das vidas, ali em cada serviço de saúde, no interior das equipes de saúde, de modo que não haja um/uma que mande e outros que obedeçam. Todo modelo de cuidado tem que ser profundo e intimamente democrático; só assim poderemos enfrentar de uma maneira clara, no território das tecnologias de cuidado, as melhores combinações entre as tecnologias leves que produzem acolhimento, vínculos, responsabilização e trocas de saberes com as tecnologias da cabeça e as tecnologias duras.

Sem essa possibilidade, não se faz uma inversão dos modelos de cuidados equivocados que apostam na centralidade do profissional de saúde sobre a vida de outre, na privatização dos serviços de saúde, na manicomialização do cuidado das pessoas, na exclusão da imensa maioria das vidas altamente vulnerabilizadas. Logo, acredito que a pandemia não inventou a desigualdade no Brasil, ela não inventou esses setores que apostam nas vidas das mercadorias, mas ela tornou isso muito transparente e abriu uma luta nítida entre quem aposta na vida e quem aposta em só algumas delas.

Hoje, a gente sabe dar nome às pessoas que são necrófilas, seja no serviço de saúde, nos esportes, na política, na vida cotidiana, nas vizinhanças, seja nos governos; a pandemia trouxe uma

transparência que nós precisamos utilizar a nosso favor. Nós que apostamos que qualquer vida vale a pena e que a nossa contribuição do Sistema Único de Saúde é qualificar essas vidas com mais vidas vividas nelas, e que sabemos que o modo de cuidar tem tudo a ver com isso, não podemos nos calar.

ABRASUS.

9. O SUS e a participação popular no contexto da Covid-19²⁰

Leandro Araújo da Costa²¹

“Temos a obrigação de ser solidários, de denunciar as mazelas existentes e anunciar a esperança.”

“Necessitamos de um tempo que plante ideias e pratique ações transformadoras.
Que desmonte as ordens de quem escraviza.
Que provoque desejos desmedidos.
Que humanamente eduque as gerações.
Não aceitamos mais as diferenças faces da mesma dor,
a morte da sensibilidade, a concentração de direitos,
o não tempo para o amor, a prisão da liberdade!”
(Diva Lopes. *Concentração de Direitos*)

Começo inspirado por essa poesia da nossa luta, para dialogarmos sobre a situação que estamos vivenciando na saúde, na

20 Texto transcrito da participação de Leandro Araújo da Costa no Seminário Estadual São Paulo em Defesa do SUS, realizado em 22 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=QB62zi1xnTg&t=2413s&ab_channel=CEA-PRS.

21 Educador popular e médico de família e comunidade. Diretor de Medicina Rural da SBMFC. Supervisor do Programa Mais Médicos pelo Brasil e do Programa Médico da Família Ceará, integrante do setor de saúde do MST e da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares.

política, na economia em nosso país. É importante lembrar que estamos vivendo uma grande crise. O Brasil e o mundo vivem uma grande crise econômica, sanitária, ambiental, climática, política, ética e sociocultural. E, acima de tudo, uma disputa territorial, como temos visto também principalmente nas regiões da Amazônia e do Pantanal, com os constantes ataques aos nossos companheiros, os povos originários do nosso país. Então, é um momento em que precisamos realmente estar de pé nessa luta. E um dos lugares em que necessitamos estar muito bem posicionados, neste momento de crise sanitária, é a saúde.

É importante lembrarmos que, desde 2016, com o golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, temos presenciado uma agenda de destruição, de redução de direitos; entre eles, o direito à saúde, que foi afetado diretamente com a aprovação da Emenda Constitucional 95, principalmente no que se refere ao financiamento. Precisamos discutir sobre isso; trago o assunto a este debate porque repercute também nos territórios e no processo do cuidado da nossa população.

Nesse contexto latino-americano, foram praticados outros golpes, não somente no Brasil, conforme vimos nesse período. Por exemplo, destaco os contextos da Bolívia e de Cuba: ocorreu a tentativa, mais uma vez, do império em querer se apropriar das riquezas e interferir na soberania dos povos latino-americanos, levando a situações de instabilidade política vivenciadas pelos países latino-americanos. Diante disso, é sempre importante manter a nossa resistência. Nas circunstâncias desses “golpes”, explodem os valores do individualismo, do egoísmo, enfim, valores do capitalismo, os quais devemos de forma permanente combater, porque não cabem dentro da coletividade e de uma proposta de sociedade mais justa e igualitária. Devemos, sim, combatê-los cotidianamente, ao mesmo tempo que devemos ir construindo novos valores, como a coletividade, a solidariedade, o cuidado com a vida. Os valores humanistas são fundamentais para fortalecer uma sociedade participativa, empoderada

e emancipada; nós, como movimento popular e como Conselhos de Saúde, seja local, regional, estadual ou nacional, devemos ter essa clareza histórica do nosso papel social.

É importante demarcarmos o nosso território de resistência. E os movimentos populares têm muito a nos ensinar sobre isso. Mas podemos nos perguntar: como resistir diante de tantas “pancadas” que temos levado neste momento de luta?

Precisamos olhar para um tripé estrutural que é fundamental para mantermos essa resistência. É importante que estejamos organizados e, quando falamos de **organização popular**, estamos falando da sociedade civil organizada, movimentos populares da cidade e do campo, porque é desse contexto que nasce o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a partir de organizações populares que nasceu a própria proposta de participação popular presente hoje no SUS.

Porém, mais do que organizados, é preciso que estejamos em espaços formativos estratégicos, pois a **formação** é fundamental. Se não tivermos esses espaços de formação contínua, permanente, teremos dificuldades para lidar com aqueles e aquelas que dominam o conhecimento. Então, é importante a Formação em Movimento, nos espaços formativos fundamentais para nossa prática popular. É necessário que tenhamos uma práxis, alinhando nossa teoria com uma prática que possa estar “molhada” pelos valores humanistas e com a coerência da justiça social. E este espaço formativo instigado e produzido aqui pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), é fundamental e necessário que ele ocorra nos vários estados com esses seminários. É importante que os movimentos populares estejam inseridos e juntos nesse processo formativo também. Isso possibilita a produção e socialização de conhecimentos para fortalecer nossas organizações.

Outro elemento desse tripé estrutural é justamente a nossa **luta**: a luta em defesa do SUS e de uma sociedade mais justa e

igualitária. Não podemos, em nenhum momento, ficar esperando que essas mudanças ocorram “de cima pra baixo”; pelo contrário, temos visto que nessa verticalização (“de cima pra baixo”), do espaço governamental para a sociedade, o que existe, na maioria das vezes, são políticas públicas que não satisfazem as necessidades do povo. Sabemos que há boicote financeiro que nos impede de executar os ideais que defendemos, como políticas públicas que realmente atendam os territórios a as reais necessidades ali vividas e sentidas. Inclusive, algumas das que conseguimos construir em luta atualmente estão ameaçadas, e outras foram retiradas nesse contexto em que estamos vivendo.

Nós tivemos, nas últimas duas décadas, a construção das políticas de equidade da saúde, que foram fundamentais para que todos pudéssemos garantir que outros grupos populacionais estivessem inseridos dentro das políticas públicas do SUS. E o que temos visto dentro disso é a ameaça constante contra essas políticas de equidade, entre elas, falando aqui do Movimento Sem Terra, podemos dar o exemplo da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Sendo assim, é importante criarmos mecanismos para podermos fazer o enfrentamento coletivo à crise sanitária e à crise econômica que estamos vivendo.

Nessa oportunidade, trago algumas reflexões e experiências; por exemplo, a formação dos agentes populares de saúde do campo, e que também tivemos na cidade. Os agentes populares são uma forma de trabalharmos a vigilância popular, a participação popular, a partir das pessoas que estão no território e que podem se somar às ações das equipes de saúde dos territórios em muitos momentos. Assim, temos o povo também cuidando do nosso povo. Isso é importante para termos pessoas qualificadas, capacitadas, que possam lidar com esse momento de crise sanitária – foi o que deu origem aos agentes populares de saúde em Pernambuco, no Ceará, e em outros estados do Brasil. Esse mecanismo, porém, não serve somente para tratar da questão da pandemia da Covid-19. Temos

discutido outros direitos e outras lutas a partir dessa formação – como o direito à água, o direito às políticas públicas de saúde, o direito a ter uma educação ambiental que promova o cuidado do nosso território, principalmente diante de uma ameaça que vivenciamos hoje com relação às florestas e aos biomas.

Junto com tudo isso, é importante que a gente resgate a nossa solidariedade, a exemplo do Projeto Mãos Solidárias, inserido dentro de um contexto de participação popular dos movimentos sociais. É uma maneira de poder ajudar, colaborar, solidarizar-se com as populações durante a pandemia, podendo proporcionar acesso aos alimentos e garantia ao direito de comer.

Precisamos cuidar do nosso Planeta. Nós estamos vendo várias chuvas torrenciais, tempestades, na Europa, na China, que levaram a vida de muitas pessoas; fenômenos que, comparados aos de registros históricos ocorridos há muitos anos, estão sendo, talvez, os mais significativos do século. E é importante falarmos sobre isso, pois estabelecemos essa situação com a crise ambiental que é consequência do aquecimento global. Precisamos pensar em saúde, em saúde planetária. “Saúde planetária” significa cuidarmos dos nossos territórios e, também, do nosso planeta. Isso significa lutarmos contra o modelo de desenvolvimento capitalista, principalmente o capitalismo periférico selvagem, que destrói a natureza, o ambiente e deixa suas mazelas, principalmente, para as populações vulnerabilizadas, como as dos territórios do campo, da floresta, das águas, bem como as populações periféricas nas cidades, que, conseqüentemente, são as que mais adoecem, em decorrência disso tudo.

Por isso, a luta pela saúde planetária não é simplesmente uma luta de quem está nesses territórios, mas é uma luta também de quem ocupa esses espaços de formação que promovemos aqui para poder salvar a nossa Mãe Terra – que é redonda e não quadrada (sabemos muito bem disso, claro; o que quero dizer é que ela precisa de cuidados também). Nesse contexto pandêmico que

estamos vivenciando, é importante também para a participação social no SUS, e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra traz isso também: são as nossas novas formas de comunicação e de cuidar das pessoas. Há que observar que a comunicação e a saúde se tornam fundamentais para dialogarmos com os diferentes territórios. Por exemplo, como é que eu chego no território e enfrento essas *fake news* que têm chegado em relação à vacina, em relação ao cuidado com a pandemia e tudo mais?

É importante trazer experiências de comunicação que cheguem ao nosso povo. Cito como exemplo o programa Comida de Verdade, que denuncia a questão dos agrotóxicos no campo e traz a possibilidade de produzir alimentos agroecológicos, da agricultura familiar, saudáveis para o nosso povo, uma produção em harmonia com a natureza. É importante relembrarmos que a arte, a poesia, a música também são formas de cuidar. Por exemplo, o nosso programa Cantores de Varanda traz esse momento para o nosso cuidado, o cuidado com a nossa espiritualidade e dos nossos momentos de lazer, de cultura como forma de promoção da saúde. Inclusive, é muito válido podermos reproduzir essa mística nos nossos espaços de formação, como forma de ânimo para podermos, todos os dias, estar renovados e seguir nossa luta na busca de nossos sonhos.

Não podemos perder o nosso horizonte como movimentos populares. Falo especificamente de nós do MST: sofremos diversas formas de repressão na luta, todas as agressões que o capitalismo pode trazer, mas em nenhum momento desistimos de lutar. Em nenhum momento, desistimos de olhar para o horizonte, porque, quando olhamos para aquela terra, quando olhamos para aquelas pessoas que viviam sem ter a possibilidade de sonhar com um mundo melhor, mas que, ao romperem as cercas, como as do latifúndio, da educação, da saúde, do conhecimento, passaram a acreditar que, sim, é possível mudar a realidade. E assim é possível ver que, após noites escuras, o Sol vem brilhar com sua luz. Quando eu ouço as falas, quando eu vejo que tem

gente aqui nesse processo formativo junto conosco, me dá uma energia, uma mística tão grande de podermos continuar essa luta juntos. Porque a gente acredita no SUS e numa sociedade mais justa e igualitária.

E acreditar não é simplesmente esperar que isso aconteça. A gente acredita porque a gente faz a luta, a gente acredita porque está num espaço formativo como este, com pessoas que se dedicaram meses, preparando materiais, preparando todo este espaço, para que nós pudéssemos fazer este momento acontecer. Então, gostaria de parabenizar os companheiros e as companheiras por proporcionarem momentos como este e por trazerem os movimentos populares para ajudar nas reflexões.

Fazer dos espaços de conselhos de políticas públicas espaços de participação efetiva é possibilitar a nossa inserção na disputa de projetos de sociedade e mundo, pois os Conselhos Nacionais, Estaduais e Locais de Saúde também são fundamentais. Precisamos ocupar esses espaços de participação institucional e fortalecer a participação popular, sejam os espaços formais, sejam os não formais, como a Vigilância Popular em Saúde. Resgatar e fortalecer práticas populares de saúde é importantíssimo, empoderando os territórios nos espaços do campo, da floresta e das águas, com seu resgate e sua valorização.

Gostaria de falar da importância da luta pelas vacinas para todos, fundamental ainda para as populações quilombolas, para as populações do campo, as populações ribeirinhas, as da periferia – para todas as populações. Precisamos lutar para que todos os brasileiros e brasileiras possam ser vacinados. Então, o elemento central da nossa luta durante a pandemia é “vacina no braço e comida no prato”. Para isso, nossa participação popular é fundamental.

E, como agenda dos movimentos populares para seguirmos, nesse campo da participação, é importante pensarmos novas formas de luta. Sabemos que existe uma pandemia, que precisamos

ter todo o cuidado, por isso estamos fazendo mobilizações, inclusive com cartazes maravilhosos em defesa do SUS, em defesa da vida, em defesa de um mundo melhor. O SUS tem aparecido muito agora na bandeira dos nossos povos.

Às vezes, paro para pensar: há pouco mais de 30 anos, não tínhamos o SUS; hoje temos a oportunidade de dispormos de um sistema de saúde que pode garantir a todos e todas a vacina e os cuidados no enfrentamento à crise sanitária. Precisamos, a cada dia, nos entusiasmar com o SUS e com o que ele representa para o povo brasileiro, para cada vez mais defendê-lo. A cada dia nos orgulharmos mais e lutarmos para não perdermos nenhum pouquinho desse SUS. E que ele possa melhorar cada vez mais.

Podemos, então, dentro dessa nova forma de luta, organizar nosso espaço de cuidado, com o espaço formativo, ainda que seja à distância; e, caso seja presencial, podemos pensar nas medidas de cuidados como o distanciamento adequado, garantindo o uso de máscaras e todas as recomendações sanitárias. Nas ruas, também, seguimos essa orientação; tenho visto isso: a grande maioria das pessoas usando máscara, buscando respeitar o distanciamento, tendo todo um cuidado para evitar as aglomerações desnecessárias. Organizar o nosso povo é tarefa fundamental de todos nós. Temos que organizar o nosso povo, temos que fazer atividade de formação como essa do CEAP. É tarefa nossa. Povo organizado, povo em formação e em luta é um povo que não permitirá que um genocida permaneça no poder.

O MST tem o objetivo de plantar, em 2021, um milhão de árvores para poder ajudar a cuidar do Planeta. É a tarefa do movimento em todos os nossos espaços, com o Planeta, a solidariedade entre nós, os povos; a solidariedade da humanidade é uma tarefa fundamental. Como Cuba nos ensinou, solidariedade não é dar o que nos sobra, mas compartilhar o que a gente tem.

Finalizo dizendo que nós temos a obrigação humana de sermos sujeitos solidários, de denunciar as mazelas existentes e anunciar

a esperança, e esperança de “esperançar”, de ação, para que a gente possa fazer as mudanças necessárias.

Companheiros e companheiras, engraxem suas botas, preparem os chinelos, os sapatos, porque a luta só começa ou, melhor, ela continua agora. Estamos juntos nesta grande batalha em defesa do SUS e por uma sociedade mais justa e igualitária.

10. A defesa do SUS no contexto da sindemia da Covid-19²²

Lúcia Souto²³

“O Brasil precisa do SUS e nós precisamos aprofundar essa compreensão para que seja possível a construção de novas ideias: de solidariedade, de inclusão e de felicidade na sociedade brasileira. O Brasil será muito melhor do que foi até o momento.”

A questão da defesa do SUS se coloca como central, principalmente neste contexto da pandemia que o País vivencia. Para nós, da saúde pública, que assistimos e “sentimos na pele” e “na carne”, apresenta-se como um enorme desafio. Já perdemos meio milhão de pessoas, que morreram vítimas da pandemia. Essas pessoas não podem ser esquecidas, precisamos construir um memorial em respeito a elas, com seus nomes e sobrenomes. Mas também não podemos esquecer que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Estima-se que o Brasil perdeu 70% de mortes evitáveis.

22 Texto transcrito da participação de Lúcia Souto no Seminário Estadual Santa Catarina em Defesa do SUS, realizado em 25 de junho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=LqJk8tfqibQ&t=5251s&ab_channel=CEAPRS.

23 Médica sanitária e pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Presidenta do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes).

Isso, por conta de um projeto que está hoje governando o País. E eu vou começar por aí.

Entendo que estamos vivendo a maior calamidade da história do Brasil. Essa crise sanitária, econômica, política, social, cultural e ambiental é de grandes proporções, e cada um de nós, quer esteja no Conselho Municipal, atuando no território ou no município, precisa cada vez mais compreender por que o Brasil chegou a essa situação de ser considerado o país com a pior gestão da pandemia no mundo. Isso é deprimente e repugnante, pois o Brasil teria tudo para ser um país exemplar no enfrentamento da pandemia. Nós temos um Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da luta de gerações de brasileiros que cravaram, na Constituição de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Tivemos a luta enorme do movimento da reforma sanitária brasileira, que na época se colocou na contramão até do que diziam agências internacionais, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, para defender a saúde como um direito. Para termos presentes as tensões enfrentadas já naquele contexto, na década de 1970, nós estávamos aqui no Brasil construindo a saúde como direito de cidadania e a Margaret Thatcher, que era a primeira ministra da Inglaterra, fez a famosa afirmação de que “*era o fim da sociedade e a era dos indivíduos*” – elucidando um pouco o tensionamento que vivemos no mundo entre democracia, políticas de bem-estar social e essa coisa do indivíduo, o indivíduo que é indivíduo empreendedor, a questão da meritocracia. Quer dizer, a Margaret Thatcher colocou naquele período que os indivíduos fazem tudo isoladamente, como se a sociedade não existisse mais.

Mas o que é a sociedade? Sociedade é exatamente a soma da potência coletiva dos indivíduos em torno de um projeto comum. Então é inútil a Margaret Thatcher fazer essa afirmação, porque é apenas uma mentira. Mas há também aquela ideia, por ela defendida, de que não há outra alternativa: a única possibilidade é esse projeto, que é o projeto ultraneoliberal, o qual demoniza a ação

do Estado e as políticas sociais. Estou trazendo isso para o debate hoje pois é muito importante, porque a pandemia, no Brasil, é a expressão do fracasso desse projeto ultraneoliberal; fracasso de um projeto que concentrou renda. Só para vocês terem uma ideia de como isso é grave no Brasil, nesse contexto da pandemia, o número de bilionários cresceu 44%, isto é, de 45, em 2020, para 65, em 2021. Juntos, eles detêm 219,1 bilhões de dólares, aproximadamente R\$ 1,2 trilhão, valor que corresponde a quase o PIB do País. Quer dizer, então, que esse é um projeto premeditado, em que poucos enriqueceram diante dessa situação crítica da sociedade brasileira.

Tem um fio condutor nessa história, ao qual precisamos também prestar atenção; é o fio condutor da história de um país estruturado à base da escravidão – não conseguimos, ainda, ter a consciência plena no País do que isso significa. Há autores no Brasil, como Jessé Souza, que colocam muito bem isso. O Brasil, toda vez que tem governos minimamente comprometidos popularmente, e que querem fazer uma distribuição que é, eu diria até, um fio de cabelo de distribuição de renda, eles são violentamente até abatidos. Foi assim com Getúlio (Vargas) na década de 30 quando começou um processo de industrialização do Brasil, contra toda uma oligarquia agrária digamos assim, e que faz a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a industrialização do Brasil. Foi assim no governo do Juscelino (Kubistchek), foi assim no governo do Jango (João Goulart), foi assim nos governos populares de Lula e Dilma também. Quer dizer, isso é um fio de uma história de genocídios enormes que o Brasil nunca conseguiu enfrentar pra valer, essa coisa de um poderio dos grandes proprietários, dos bilionários que impõem a sua agenda e que tentam desmoralizar, digamos assim, tudo que vem do povo.

Jessé (de Souza) coloca duas questões muito importantes. Ele faz uma crítica a alguns intérpretes do Brasil, como é o caso de Sérgio Buarque de Holanda, também de Raimundo Faoro, que demonizam o Estado brasileiro, colocando-o como se fosse objeto de corrupção,

quando na verdade isso oculta essa tese do patrimonialismo. Oculta na verdade que quem quis/quer se apropriar da riqueza produzida e que é expressa nas políticas que o Estado promove – políticas de bem-estar, de cuidado – é exatamente o chamado “mercado”. E a mesma coisa ocorre com outra chave de interpretação do Brasil, muito utilizada, a chave da interpretação do populismo: tudo que é originário, oriundo das classes populares é desdenhado e desmoralizado. Cria-se um complexo na população brasileira como se ela fosse, por exemplo, mediante os Estados Unidos, que supostamente têm a capacidade da razão, da racionalidade, um Brasil que é organizado pelo “jeitinho”, como dizia o Roberto DaMatta, o “jeitinho brasileiro”, como dizia o outro (Sergio Buarque de Holanda), o Brasil do “homem cordial” do Brasil. Quer dizer, como se essas relações não ocorressem no mundo inteiro. E colocam isso, na verdade, como os mitos nacionais que todo mundo sabe. Quem é que não ouviu falar: é o “jeitinho brasileiro” a lei de Gerson? Como se isso fosse a marca da nação brasileira, o que sabemos que não é verdade.

Isso é pra ocultar sempre aqueles que se apropriam, como estou mostrando com esse dado da concentração da riqueza: 65 bilionários aumentaram suas fortunas com a crise e têm praticamente o PIB do Brasil nas mãos.

Então, essa situação é realmente um confronto que nós estamos vivendo nessa crise sanitária, em relação à qual não temos a menor dúvida que é a maior calamidade da nossa história, se não o projeto do genocídio, o projeto do extermínio da população brasileira. Ontem²⁴, vimos o Presidente realizar um ato repugnante, tirar a máscara de uma criança pequena – imagem que está rodando o mundo. Essa imagem desrespeita uma criança, uma pessoa que não tem a menor condição de se defender daquela situação. Somos um país em uma discussão absolutamente inadmissível, parece a época da inquisição contra Galileu Galilei, que foi obrigado a dizer

24 Referência a 24 de junho de 2021.

que a Terra não era o centro do sistema solar, que o Sol o era; e foi obrigado a abjurar, dizer que não, que não era verdade – quer dizer, um negacionismo que é parte de um projeto.

O Sistema Único de Saúde (SUS), esse bem público da sociedade brasileira que foi construído, como eu falei, por muitas gerações que contrariaram aquela determinação da Margaret Thatcher e a tendência hegemônica no mundo naquele momento, buscando construir um país que tivesse a saúde como um direito universal. E nós conseguimos fazer essa construção exemplar no Brasil, mesmo desfinanciado.

Desde o início da pandemia, várias entidades – algumas inclusive que integram o Conselho Nacional de Saúde, Cebes, Abrasco, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Bioética, o próprio Conselho Nacional de Saúde, através do seu presidente, o Fernando Pigatto – organizaram a Frente Pela Vida. Começamos a fazer uma marcha virtual a Brasília no ano passado, em 2020. Nessa marcha, nós fizemos um manifesto entregue ao Congresso Nacional e Judiciário; ao Poder Executivo, naquela época nem conseguimos. Depois, para além dessa ação da Frente Pela Vida, que nós criamos, também começamos a fazer uma grande mobilização: acreditávamos que, como entidade da saúde pública coletiva brasileira, tínhamos a obrigação de, para além da denúncia, fazer propostas, e fizemos isso, fizemos o Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19. Esse plano foi construído coletivamente, está disponibilizado em nossas redes sociais. Fizemos um resumo executivo, é um plano de 120 páginas. Muitos municípios utilizaram, apoiaram-se no nosso plano de enfrentamento à Covid-19, que foi entregue ao Ministério da Saúde, à secretaria executiva do ministério e a vários integrantes do primeiro escalão do Ministério da Saúde. Nele, colocamos todas as medidas que nós considerávamos indispensáveis para uma coordenação nacional, como uma articulação, um alinhamento do Governo Federal com estados e municípios para que pudéssemos promover uma estratégia de enfrentamento que

nós sabemos fazer. Mas o SUS foi amarrado, desfinanciado em 2021, e tudo o que nós sabemos fazer foi impedido de ser feito. E seguiram a estratégia totalmente proposital e equivocada que conhecemos. Obviamente que poderiam ter feito o rastreamento utilizados os agentes comunitários e a atenção primária. Mas, em vez disso, o Governo tenta o tempo inteiro destruir essa atenção primária, a estratégia da saúde da família - ESF, que é a chave para a reorientação de um modelo de atenção à saúde e que nós queremos implementar ainda. Essa estratégia de reorientação com essas 40 mil ou mais equipes, para fazer uma cobertura de 100% da população brasileira com a ESF e o SUS no território, de modo que a gente possa fazer vigilância em saúde para valer, isso é possível: o Brasil sabe fazer isso, o Brasil tem tecnologia, o Brasil tem experiência, tem tudo pra fazê-lo.

Então, isso dói mais ainda porque nós sabemos que poderíamos ter tido um desempenho que seria hoje uma referência positiva no mundo, e não a pior gestão da pandemia do mundo. Isso mostra essa potência que o Brasil tem, e que, graças a essa potência, porque ninguém forma quadros da saúde como nós formamos durante gerações, de uma hora para a outra, o SUS pôde cuidar e acolher, mesmo precarizado, mesmo com profissionais aviltados. O Brasil teve, no ano passado, a maior morte de profissionais de saúde do mundo, porque nem equipamentos de proteção individual as pessoas tinham. Por exemplo, aquele escândalo de Manaus que foi a negligência criminoso de não garantir os insumos necessários diante daquela estratégia radicalmente equivocada, de não apostar no rastreamento, no isolamento, na vigilância. Esse projeto equivocado teve um custo altíssimo à população, foi um genocídio mesmo.

Então, esse desafio que nós temos do SUS hoje é o desafio realmente que representa o que queremos do Brasil. O Brasil que nós queremos é um Brasil de políticas de bem-estar e cuidados. Sabemos hoje que saímos da bolha, pois o SUS, pelo qual até pouco

tempo muita gente não tinha tanto apreço, quando a pandemia veio com essa força toda, a população brasileira passou a reconhecer a importância do Sistema Único de Saúde.

Nós fizemos a Frente pela Vida no dia 15 de dezembro de 2020, porque no dia seguinte iria ser votado o orçamento no Congresso Nacional e nós pleiteávamos um orçamento que mantivesse o que havia sido incorporado ao orçamento de emergência: R\$ 40 bilhões de reais. Para que a gente não tivesse a permanência do desfinanciamento do SUS, fizemos naquele dia 15 um ato político chamado O Brasil Precisa do SUS. Esse ato foi o lançamento de uma campanha, escrevemos uma pequena carta ao povo brasileiro. Importante a gente conhecê-la e divulgá-la porque nela colocamos o que queremos e o que compreendemos sobre a necessidade do SUS para o Brasil. Colocamos junto com a carta, ao povo também, a petição pública do Conselho Nacional de Saúde que exigia tanto a revogação da EC 95 como o orçamento adequado para o SUS no ano de 2021. Essa campanha que o Brasil precisa do SUS continua. Naquele momento, nós tivemos a adesão de inúmeras pessoas, desde artistas até pessoas que nunca se movimentaram para dizer a frase “o Brasil precisa do SUS”, e essas pessoas se movimentaram: Chico Buarque, Gilberto Gil, Caetano Veloso, todo mundo, artistas conhecidos do Brasil, populares que diziam “o Brasil precisa do SUS”. Essa campanha está em pleno desenvolvimento; é uma campanha que todos nós e principalmente os conselhos precisam abraçar.

Nós também precisamos, cada vez mais, e por isso a formação da consciência é importante, compreender por que essas pessoas, por exemplo, deram o golpe de 2016 no Brasil. Nós sabemos que, desde que a Constituição de 1988 foi aprovada, havia uma resistência a esse pequeno momento de democracia social no Brasil e que ela representou um pacto pela democracia social, baseado na ideia do bem-estar e dos direitos universais. Mas já lá atrás, em 1988, o então presidente Sarney dizia: “se for aprovado o capítulo da ordem social na Constituição, é impossível financiá-la”. Depois

assumiu o Collor e, na sequência, Fernando Henrique Cardoso: sempre o discurso era o seguinte: “a democracia não cabe no orçamento, os direitos universais não cabem no orçamento” – claro, porque a gente vê que 65 bilionários têm praticamente o PIB do país. Quer dizer, não cabe no orçamento porque eles querem se apropriar dessa riqueza do País.

O golpe de 2016 era contra a democracia, os direitos sociais e a soberania, e tinha três dimensões. Resumidamente, uma era a EC 95. É importante esclarecer que o Brasil é o único país do mundo que tem uma emenda nos moldes da EC 95, e ela é consequência direta daquele golpe contra a democracia, os direitos sociais e a soberania.

Outra dimensão são as contrarreformas trabalhista e previdenciária, que devastaram o País. Hoje nós temos 14 milhões de desempregados; há pesquisas que dizem que podem chegar a 19 milhões. Há 40 milhões de trabalhadores precarizados. Há profissionais da saúde vivendo numa situação de precariedade absoluta, enquanto sabemos que política de saúde deve ser uma política de Estado, profissionais de saúde precisam ter carreira de Estado, para que sejam asseguradas à população brasileira uma paridade e uma estabilidade na sua atenção e no seu cuidado à saúde.

A terceira dimensão é a questão das privatizações e a desnacionalização do Brasil. O que nós estamos vivendo hoje é a universalização do mal-estar, e nós precisamos construir o bem-estar da população brasileira, de políticas de cuidados. O SUS, com toda a sua história exemplar, com toda essa construção que confirmou na Constituição brasileira que a saúde é direito de todos e dever do Estado, é hoje a expressão da política de bem-estar e cuidados do Brasil.

Para finalizar, importante frisar que também estamos articulando e construindo a associação “Vida e Justiça” para lidar com os efeitos da Covid-19 sobre a população brasileira. Serão inúmeros os efeitos, e que afetarão gerações; então estamos também traba-

lhando para a taxaço dos “super-ricos” de modo a construir um fundo para políticas públicas de reparaço, àqueles que foram afetados, que são milhões de pessoas – temos meio milhão de mortos, quantos órfãos haverão da Covid? Quantas pessoas terão sido afetadas?

Então, para encerrar, o Brasil precisa do SUS e nós precisamos aprofundar essa campanha, aprofundar essa compreensão para que a gente construa novas ideias na sociedade brasileira e para que superemos este momento: ideias de solidariedade, de inclusão e de felicidade entre nós todos. O Brasil está sendo empurrado para esse abismo, mas nós podemos ser muito melhores. Nosso país será melhor do que isso, eu confio plenamente, até porque aprendemos muito e acho que, com esse aprendizado, vamos estar preparados para, inclusive, sermos exemplares como fomos, em 1988, na construção do SUS e da Constituição quanto aos direitos universais de cidadania.

11. Defesa do SUS no contexto da pandemia da Covid-19²⁵

Márcia Leão²⁶

“Precisamos olhar para a unidade de saúde, para a necessidade de cada um que está lá; é em relação a isso que temos de lutar: por políticas que sejam cada vez mais inclusivas e permeiem a discussão sobre o financiamento, o acesso e a integralidade da saúde.”

É um prazer estar aqui com vocês, com o CEAP e, de novo, nesse processo que vocês têm feito de capacitação continuada junto ao Conselho Nacional de Saúde, o qual é de extrema relevância para o controle social e para ações, principalmente, da sociedade civil, apoiando todas as questões junto ao SUS e as iniciativas que permeiam todas as ações do controle social pela ótica dos usuários.

25 Texto transcrito da participação de Márcia Leão no Seminário Estadual Bahia em Defesa do SUS, realizado em 15 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=gJ2Asm4xNrw&t=3983s&ab_channel=CEAPRS.

26 Advogada, ativista, coordenadora executiva do Fórum ONG Aids RS e integrante da coordenação executiva da parceria brasileira contra a tuberculose Stop TB Brasil.

O Moisés²⁷, na fala inicial, e o doutor Fausto²⁸ nos trouxeram realmente excelentes elementos para pensarmos num debate. Irei pontuar alguns desde o meu lugar de fala, como representante da sociedade civil, dos movimentos sociais.

Entendo que o Moisés traz um ponto muito importante na apresentação inicial dele, que é quando fala sobre a postura do Conselho Nacional de Saúde mediante as ações da questão do licenciamento compulsório para as vacinas. Nós protagonizamos, durante todo o ano de 2020 e agora, durante o ano de 2021, um processo de trazer esse discurso, que sempre foi tão árido, sobre o que é propriedade intelectual, quebra de patente e licenciamento compulsório, isto é, uma democratização e uma liberação do conhecimento para que as pessoas e a sociedade pudessem acessar isso de uma forma mais compreensível. Por que isso? Por que trago isso numa discussão do SUS? Porque o SUS se faz de forma que nós consigamos levar a saúde a todos. E não tem como pensar a questão de vacinas – e nem só as vacinas, mas todas as tecnologias que permeiam a resposta a uma grande pandemia (como a de Covid-19) – se não pensarmos nisso, nessa liberação do conhecimento, nesse acesso compartilhado, de modo que possa ser feito para que consigamos atingir o maior número de pessoas. Quando a gente discute a questão da liberação do conhecimento, do licenciamento compulsório, temos que lembrar que a base daquilo que a indústria desenvolveu está resguardada nos direitos de propriedade intelectual. Os direitos de propriedade permanecerão resguardados nessas legislações. O que está se propondo, nesse momento, é o licenciamento compulsório decorrente de declaração de emergên-

27 Márcia faz referência ao Conselheiro Nacional de Saúde Moisés Toniolo, que apresentou a agenda de ações e atividades do ano de 2021 do CNS na primeira parte do Seminário.

28 Márcia faz referência ao professor Fausto Santos, da Fiocruz Minas Gerais, palestrante convidado que a precedeu na discussão do Seminário Bahia em Defesa do SUS.

cia de saúde pública de importância nacional ou internacional. O licenciamento compulsório é temporário, enquanto essa emergência em saúde durar, e isso possibilita que o país adquira de diversos fabricantes medicamentos, vacinas, exames e outras tecnologias úteis. Um exemplo é o caso do remdesivir, medicamento que tem apresentado os melhores resultados, em estudos, no tratamento da Covid-19: o tratamento de cinco dias, produzido pela indústria que detém a patente, custa 2.340 dólares (em torno de R\$ 12.200); o mesmo medicamento, se for fabricado por diversas indústrias, pode chegar a 600 dólares (algo como R\$ 3.100,00). Com o licenciamento compulsório, a economia para o SUS seria de milhões. Outro fato para pensarmos é sobre a capacidade de produção da indústria detentora da patente, como no caso de vacinas. As vacinas terão que ser produzidas em um quantitativo que dê conta de toda a população, e uma só indústria não conseguiria fazer isso, impedindo que o acesso se dê para toda a população – somente alguns terão acesso, tanto pelo custo como pela disponibilidade. E esse licenciamento compulsório prevê um pagamento para a desenvolvedora da patente, em um percentual menor, mas ainda reconhecendo o direito de quem desenvolve o produto.

Por que trago isso? Porque foi todo um movimento da sociedade civil, principalmente dos movimentos de saúde, que têm toda a sua estruturação baseada na criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, quando se pensou a participação comunitária como estruturante do SUS, perpassando desde a parte dos conselhos, das conferências, mas que também se faz presente naquelas ações dos comitês gestores das unidades de saúde. A sociedade civil levou essa discussão para dentro do legislativo, pedindo por uma legislação que pensasse, no Brasil, nesse licenciamento compulsório. De que forma isso se deu? Com alguns projetos de lei que foram propostos na Câmara Federal; sim, foram projetos que tiveram iniciativa da sociedade civil levados aos parlamentares. Então, nós tínhamos dois polos grandes discutindo isso e conseguimos

que um deles fosse aprovado, que foi o Projeto de Lei 12 de 2021 do Senado, o qual, após aprovação nessa casa, foi remetido à Câmara, também com todo o apoio da sociedade civil. O texto teve várias contribuições da sociedade civil e foi aprovado na Câmara, retornando ao Senado porque teve alguns ajustes de texto. Isso se faz importante de ser salientado, nesse espaço de controle social, porque trata-se de uma ação que o Conselho Nacional de Saúde tem apoiado, sendo nosso parceiro desde que iniciamos a campanha Vacina para Todos, e também porque nós precisamos da participação popular para que, quando sair do Senado agora, depois da votação do texto que a Câmara colocou e for pra sanção presidencial, tenhamos força pública dizendo da necessidade de que o País responda isso de forma diferente.

E o que que isso tem a ver com SUS? Simplesmente tudo; principalmente com a questão do desfinanciamento do SUS. Como é que vamos pensar uma resposta a uma pandemia como a da Covid-19 tendo um SUS que está sendo desfinanciado por conta da EC 95, e por todas as outras questões que o doutor Fausto muito bem trouxe para nós, se nós não conseguimos sequer ter condições de adquirir o quantitativo suficiente não só de vacina, mas de outros insumos – porque a legislação não trata só de vacinas: ela trata de vacinas e de outros insumos que respondam conjuntamente à questão da pandemia. Então, nós precisamos reduzir esses custos também para conseguir fazer com que o SUS se sustente. Por isso é importante que a população se vincule a essas discussões. Aqui é só uma breve sinalização de uma coisa que nós, da sociedade civil, precisamos nos apropriar melhor. Há vários documentos e outros materiais sobre isso no *site* do Vacina para Todos (www.vacinaparatodos.org.br), vinculado à Associação Brasileira de ONGs (Abong).

O outro ponto que queria trazer é sobre a necessidade de pensar um pouco como é que vai ficar esse SUS pós-pandemia, uma vez que temos tido uma redução na questão do acesso e assistência.

Como é que fica isso com essa redução de atendimentos que está acontecendo?

Outro elemento que trago para a discussão é sobre a questão HIV/Aids e tuberculose. Em 2020, os movimentos sociais de tuberculose, de AIDS protagonizaram um estudo em que se fez o levantamento de dados com os segmentos de gestores, trabalhadores de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde, com foco nas políticas de HIV e Aids e tuberculose, nos 26 estados e no Distrito Federal. Levantaram-se vários indicadores; um desses indicadores foi de que, sim, havia reduzido não só o acesso aos serviços para os usuários, mas principalmente, quando são analisadas as respostas dos gestores, as respostas dos trabalhadores, confirma-se muito fortemente com a visão que o usuário tem, é de que reduziu o número de pessoas dentro dos serviços especializados para o atendimento tanto do HIV/Aids quanto da tuberculose. Houve uma redução do recurso de investimento nas políticas específicas em função da questão da pandemia, houve uma redução da capacidade laboratorial para as análises todas feitas, e houve também uma redução na disponibilização dos tratamentos. Esse estudo foi dividido em política de tuberculose, política de HIV/Aids, ações gerais e políticas sociais. Esses dados têm uma riqueza muito grande para a luta. E o levantamento foi realizado de forma fracionada durante o ano, então o último levantamento é do final do segundo semestre de 2020, trazendo um bom recorte; ele nos apresenta, assim, como está a população brasileira mediante a Covid-19. Conseguimos, por exemplo, visualizar, a questão dos problemas sociais: 31% dos usuários conseguiram auxílio emergencial e 28% dos usuários, quase o mesmo número de quem foi acessar o auxílio emergencial, tiveram que buscar amparo e apoio na sociedade civil, nas ONGs, nas redes de apoio constituídas pela sociedade civil, porque não conseguiram acessar as políticas públicas brasileiras. Somente 12% dos usuários entrevistados conseguiram o acesso ao Bolsa Família e

7% do número total de usuários que têm acesso ao benefício da prestação continuada. Eu volto a dizer: o nosso recorte populacional eram os usuários do Sistema Único de Saúde, nós falamos só com pessoas que estavam em tratamento ou acompanhamento dentro do Sistema Único de Saúde, nós não pegamos o recorte da população que utiliza o serviço privado.

Isso mostra bem em que patamar está o nosso Brasil, como a saúde está sendo vista. Isso porque nós desvinculamos, em algum momento, a questão da proteção social como problema da saúde, ferindo, inclusive, o que a própria Constituição prega ao constituir a seguridade social. A nossa seguridade social ela é feita naquele tripé de seguridade, SUS e Suas (a assistência social), mas nós não estamos conseguindo fazer isso dialogar, porque as pessoas não conseguem ter acesso às medidas mínimas de proteção social que vão responder diretamente pela sua qualidade de saúde e pelo seu tratamento ali adiante. Esse levantamento de dados que fizemos e que traz, inclusive, dados sobre a questão do acesso específico aos tratamentos, ele está disponível no site do Fórum Ong Aids RS (www.forumongaidrs.org), na sessão *Download*. O relatório consegue subsidiar muito bem essas discussões que estamos trazendo, mostrando como o acesso ao direito à saúde para a população vem sendo muito reduzido.

Outro ponto que gostaria de abordar é o de que, durante a história do Brasil, tivemos muitos avanços no que se trata de controle social. Se nós pensarmos, em 2021, faz 110 anos da criação do primeiro conselho, que foi o Conselho Superior de Ensino. E, apesar de fazer 110 anos das estratégias de conselhos e do controle social, mesmo quando não formalizados ainda pela Constituição, em 2019 nós tivemos uma derrocada imensa, um dos maiores retrocessos na história na questão da participação popular junto às políticas públicas do País: o Decreto 9759/19. Esse decreto encerrou vários espaços de diálogo da sociedade civil junto à gestão pública. Foram mais de 120 coletivos extintos; e eu não estou

falando só dos conselhos de direito ou dos conselhos temáticos, mas também de comissões, grupos de trabalhos – todos espaços nos quais a sociedade civil conseguia articular com a gestão. Vários desses espaços extintos estavam dentro da área da saúde, porque, além do Conselho Nacional de Saúde, na estrutura com a qual o Ministério da Saúde trabalhava as políticas públicas, eram criados vários comitês e GTs que assessoravam essa análise das políticas, inclusive subsidiando as comissões específicas dos conselhos, tanto do Conselho Nacional de Saúde quanto dos conselhos estaduais ou no âmbito mais local; e essas comissões, esses grupos de trabalho foram extintos com tal decreto. Então, quando completávamos mais de 100 anos promovendo a questão da interlocução e, de certa forma, pensando a participação popular junto às políticas públicas, tivemos um retrocesso desses, extinguindo vários momentos, vários espaços de diálogo. Esse é um dos principais sinalizadores do atual momento que a gente vive na política.

Nós temos um SUS, sempre gosto de frisar muito isso, que não tem problemas: o SUS não é um problema, o SUS é a solução de tudo aquilo que a gente precisa. O problema se dá na gestão da política pública, na implementação dessas políticas que existem e na não afirmação de políticas que sejam para fomentar melhor as questões do SUS. O SUS é a solução para aquilo que precisamos. Vocês conseguem imaginar o que teria sido do País durante a pandemia, que já teve mais de 500 mil mortos, se nós não tivéssemos SUS? Imaginemos como estaria toda a questão do Brasil, não só na resposta do atendimento à saúde por uma questão de assistência, mas em todas as questões sanitárias e em todo o restante que a saúde engloba nesse conceito ampliado da OMS – de que saúde não é só ausência de doença, mas um estado de bem-estar. Nós não temos como pensar isso num país da dimensão do nosso e com o próprio problema de distinção entre as classes, com essa imensa diferença que temos entre as pessoas que fazem parte do nosso

país, sem pensar num formato de saúde pública e num formato de saúde integral. Nós precisamos ter um olhar muito atento para todas as formas que tentam fragilizar cada vez mais o nosso SUS, precisamos ter sempre a consciência, e puxar esse discurso, que diga que o SUS não é problema: o SUS é a solução, o problema está na gestão das políticas públicas que vão amparar o SUS.

E, um último ponto, não podemos esquecer nunca que é no território, na ponta e junto com o usuário que o SUS acontece. Então, é lá que o nosso olhar tem de estar, seja como conselheiro de saúde, seja simplesmente como movimento social que apoia as questões da saúde ou, principalmente, seja como cidadão. Precisamos olhar para a unidade de saúde, para a necessidade de cada um que está lá; é em relação a isso que temos de lutar: por políticas que sejam cada vez mais inclusivas e permeiem a discussão sobre o financiamento, o acesso e a integralidade da saúde.

12. Defender o SUS é defender a vida!²⁹

Maria do Socorro de Souza³⁰

“Olhar para esse número de mortes e para o número de pessoas contaminadas é a ponta do *iceberg* do problema, que está em torno da defesa do SUS e da defesa da vida.”

O tema da defesa do SUS faz sentido quando articulado com a principal luta da sociedade brasileira neste momento: a defesa da vida. É a luta pela vida! Nós passamos o ano de 2020 com medo de morrer; o medo, o pânico, gerando sofrimento, depressão, angústia, muitas incertezas. Chegamos a 2021 com uma chance de não morrer ou, pelo menos, acreditando – a partir, sobretudo, da vacina, da ciência, de mais informações, do afeto das pessoas, das pessoas amigas e dos familiares – que nós conseguiremos sobreviver a essa tragédia humana.

Ao analisarmos os últimos 30 anos de construção democrática, de cidadania e de um sistema político que dá à população o

29 Texto transcrito da participação de Maria do Socorro no Seminário Estadual São Paulo em Defesa do SUS, realizado em 22 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=QB62zi1xnTg&t=2413s&ab_channel=CEAPRS.

30 Educadora. Filósofa e historiadora (Universidade Católica de Pernambuco). Mestre em Política Social (Universidade de Brasília). Doutora em Educação em Ciências e Saúde (NUTES/UFRJ). Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília e docente da Escola de Governo Fiocruz Brasília desde 2015, atualmente integra a equipe do Colaboratório Ciência, Tecnologia e Sociedade e a Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva vinculado ao programa de Pós-Graduação da Escola de Governo Fiocruz de Brasília.

direito de expressão política, percebe-se que há um descaso no contexto político atual. Existe um projeto de desconstrução que marcará toda uma geração, e não somente ativistas, militantes, profissionais da saúde, intelectuais ou lideranças populares. Então, defender o SUS, hoje, é defender a vida. É a principal luta política de uma sociedade tão desigual. Quando se olha para esse cenário de 545 mil pessoas que poderiam ter tido suas vidas preservadas e para mais de 20 milhões de pessoas contaminadas pela Covid-19 (boa parte delas, pessoas negras, pessoas pobres ou pessoas idosas), é impossível não se sensibilizar e defender o SUS e a vida. Abril e maio de 2021 foram meses difíceis para mim, para todos e todas os/as brasileiros/as com sensibilidade e respeito à vida.

Diante disso, digo que não temos só uma pandemia, temos uma sindemia. Acho que a população precisa entender que a pandemia é a doença, mas a sindemia não, é algo além. Sindemia é a Covid-19 engendrada, articulada, acompanhada de um conjunto de outras variáveis que também agudizam mais ainda a desigualdade e os processos de adoecimento. Logo, não só a pandemia tem matado pessoas, mas também a sindemia. Somando-se a pandemia a todas as desigualdades históricas que vínhamos tentando reverter há algumas décadas, percebe-se um retrocesso sistêmico súbito que nos leva, muitas vezes, a questionar se a democracia, a cidadania, o arcabouço e a institucionalidade que construímos tinham, de fato, a sustentação que pensávamos que tivessem.

Olhar para esse número de mortes e para o número de pessoas contaminadas é a ponta do *iceberg* do problema, que está em torno da defesa do SUS e da defesa da vida. Ao atentarmos nosso olhar para o cenário nacional, presenciamos cerca de 25 milhões de pessoas desempregadas; cerca de 12 milhões de pessoas com subemprego; cerca de 19 milhões de pessoas passando fome, subnutridas ou abaixo das suas necessidades nutricionais; 5 milhões de crianças e adolescentes, entre 4 e 17 anos de idade, fora da escola por quase dois anos – acrescentando-se a estes os adultos e

jovens que estão nas universidades; uma inflação que chegou ao patamar de 6%; carestia dos alimentos. A renda mensal da maioria das famílias não supre as necessidades básicas, o que impede que elas vivam minimamente com dignidade. E os problemas de saúde mental impactam em um índice elevadíssimo de suicídios, mesmo que a gente não consiga ver, porque tem muita gente morrendo pela Covid-19, mas também em decorrência da Covid-19.

Não obstante, um cenário que, em qualquer outro país, seria considerado pós-guerra, no Brasil é naturalizado por uma ideologia de ultradireita. Como iremos, enquanto controle social, ativistas, lideranças, educadores, intelectuais, lideranças comunitárias e pessoas cidadãos, dialogar com uma sociedade que não entendeu a extensão da tragédia?

Frisa-se que existe também, de modo intencional, uma omissão dessas informações, desses dados. Não é à toa que não ocorreu o Censo de 2020³¹, não é à toa que houve um desmonte também do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e das universidades. Entretanto, mesmo diante de tal cenário, temos conseguido produzir informações que contribuem para denunciar a dimensão do impacto da pandemia.

E, mesmo com todas as dificuldades, o IBGE lançou recentemente os dados a respeito do desemprego no País. Temos também instituições de pesquisa colhendo a opinião das pessoas em relação à pandemia, à governabilidade e à questão da vacina. Além disso, temos organizações internacionais ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU) que têm contribuído para dar transparência a essas informações, como a Opas, a OMS ou organizações da sociedade civil, como a Oxfam, que recentemente reuniu cerca de 80 economistas do mundo inteiro, com praticamente todos apontando a desigualdade mesmo no contexto pós-pandêmico, e afirmando resumidamente o seguinte: mesmo que a economia

31 O Censo Demográfico do Brasil está ocorrendo neste ano de 2022.

cresça, a desigualdade vai persistir, sobretudo junto às populações negras, às populações etnicamente diferenciadas (como as indígenas, de ciganos, quilombolas), às mulheres, às pessoas LGBTQIA+ e às pessoas com deficiência.

Há uma perspectiva de que, mesmo que a economia cresça, não haverá redistribuição se não houver um plano de enfrentamento, uma redução de tal desigualdade, ou pelo menos a diminuição de sua velocidade. E é importante que isso seja dito, porque a defesa do SUS se materializa como uma política pública e uma política social, ao passo que redistribuímos as riquezas, todos os nossos impostos, as contribuições e as obrigações sociais, à medida que a gente tem participação política da sociedade e o respeito ao arcabouço de cidadania.

É impressionante que hoje a gente já não saiba mais, por exemplo, o que vale, o que tem respaldo na Constituição Federal brasileira. Foram mais de 100 Emendas Constitucionais, mais de 100 alterações. Sem contar que o Congresso Nacional está colocando Medidas Provisórias e aprovando proposições e reformas sem a realização de qualquer debate com a sociedade. A última foi uma tentativa de mudar o nosso sistema político para o semipresidencialismo, ou fazer uma discussão da questão eleitoral colocando o “distritão”, com retorno do voto impresso. O que significa isso? Como defenderemos o SUS em um contexto democrático extremamente ameaçado, e também de uma república ameaçada? À medida também que várias organizações e instituições de Estado estão sendo constantemente desrespeitadas e desmontadas?

Então, acho que não podemos nos fechar na caixinha do controle social, da saúde do SUS, achando que não temos nada a ver com essas grandes lutas gerais.

E, dizer ainda, um ponto importante é a CPI; por quê? O presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fernando Pigatto, falou sobre o quanto foi importante ter entregue a proposta da Frente pela Vida, e como ela está dialogando com vários interlocutores,

inclusive da gestão, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), por sua vez, faz parte também do controle da sociedade. Os representantes que estão lá são senadores, sujeitos eleitos pelo povo, mesmo havendo uma captura da nossa democracia e das eleições pelas empresas que financiam as eleições. Dos onze representantes da CPI, sete, em boa medida, estão representando a defesa do interesse da vida. Entre os demais quatro, está *Ciro Nogueira*, ausente da CPI inclusive; recentemente, ficou explicado por que: foi convidado para ser ministro da Casa Civil. Logo, é necessário o apoio à CPI, pois ela tem descortinado o que significou a política deliberada desse governo contra a sociedade brasileira.

Quando analisamos o *script* da CPI, compreendemos que a questão não foi só incompetência, omissão, mentira ou *fake news*, negação da ciência, da vacina ou da compra da vacina; não foi simplesmente defender a cloroquina como um tratamento precoce. A CPI tem revelado que o resultado no Brasil é ruim porque houve uma política deliberada contra os interesses da sociedade e a favor dos interesses do sistema financeiro. Pensar a possibilidade de empresários comprarem vacinas, ou de empresas intermediarem a compra de vacinas desenvolvidas com recursos públicos, não é só corrupção, isso é uma tentativa também de privatizar o SUS.

Foi visto que, mesmo com o colapso que chegamos na linha mais especializada hospitalar de UTIs, ou de equipamentos para o enfrentamento da pandemia, mesmo com todo o colapso que chegamos a ter no Sistema Único de Saúde, foi o SUS que evitou muitas mortes. É possível notar a importância da atenção básica no território frente a vacinação contra a Covid-19. E essa contradição é característica do nosso sistema: ao mesmo passo que é universal, é também equânime e sofre com o desmonte de desfinanciamento, com a não valorização dos trabalhadores, com a falta de uma

campanha esclarecedora para a população sobre a importância da vacinação. Vivemos a confusão dessa política de vacinação, mas foi o SUS, mesmo com todas as dificuldades, contradições e desigualdades regionais, que deu respostas à pandemia.

Historicamente, nunca houve tanto respeito e reconhecimento à categoria dos trabalhadores e profissionais de saúde, e isso fez com que, por vezes, a classe média – que preferia, ou que opta pelo setor privado de saúde – entendesse a importância de ter um sistema público de saúde como o SUS, inclusive para ela própria.

A pandemia não acabou em países na Europa que já têm um percentual enorme de vacinados, nos quais usou-se máscara, em que se fez *lockdown*; estão vivendo uma 4ª onda, com a variante Delta. No Brasil, olhando os dados de hoje, 22 de julho de 2021, estamos com 43% da população brasileira imunizada com a 1ª dose, 17% apenas da população brasileira com duas doses ou uma dose única, que é a Janssen. Temos uma média de 700 a 800 mil, às vezes até um milhão de pessoas vacinadas por dia. São Paulo tem 642 mil pessoas que não procuraram os postos de saúde para tomar a 2ª dose ou que, quando procuraram, não encontraram exatamente a vacina da 1ª dose –. Isso considerando que São Paulo possui dados muito positivos e sabemos disso, comparativamente com outros estados e municípios. Nós temos hoje quatro vacinas incorporadas ao Programa Nacional de Imunização; elas todas foram testadas cientificamente, todas foram lançadas na sociedade, para uma vacinação em massa na 3ª fase – mas sabemos que precisam de ajustes, e isso certamente tem gerado ainda muito medo e receio. Mulheres grávidas, idosos, muitas pessoas não estão procurando os postos para tomar a 2ª dose, e acredito que esse é um aspecto importante para o controle social também, um desafio.

Não podemos relaxar ainda. O Brasil tem cerca de 1.170 mortes diárias, essa é a média dos últimos dias. Atrás do Brasil, estão somente o Equador e a Indonésia; quando olhamos para o cenário brasileiro, em relação a outros países, por exemplo, há lugares

que exigem certificado de vacinação até para ir ao cabeleireiro, para o restaurante ou para a boate. Em contraponto, o Brasil está discutindo, com 17% da população vacinada com duas doses ou dose única, se as máscaras devem ser retiradas e se as aulas presenciais devem retornar. Esse é um ponto muito delicado para o controle social discutir, porque o enfrentamento da pandemia não se reduz ao setor saúde. A saúde é coletiva e intersetorial, então o debate de volta às aulas está colocado: temos 5 milhões de crianças e adolescentes prejudicados, ausentes, com uma sobrecarga das famílias, sobretudo das mulheres; o orçamento da educação é totalmente travado, não houve investimento na internet, não houve investimento em tecnologias – qual é a condição que nós vamos ter de volta às aulas? É importante frisar que 80% dos municípios não estão ainda com as escolas abertas, mas ninguém discute qual é o orçamento, o investimento e o plano de reabertura das escolas.

Tivemos várias formas de enfrentamento à Covid-19 do ponto de vista do tratamento clínico e da imunização com as vacinas, mas é importante também tratar, por exemplo, do controle pela vigilância. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) teve um papel extremamente importante dadas todas as pressões movidas por interesses de governo e de empresários. Houve muita dúvida, insegurança da população a respeito do papel da Anvisa em relação aos critérios científicos e às normas de vigilância. Na CPI, foi possível perceber que o cargo de presidente da Anvisa não é de interferência direta do Governo Federal: ele é eleito para tal; talvez, se não fosse isso, o presidente da Anvisa não tivesse tido a postura que teve, por exemplo, na CPI – mas sabemos que a vigilância nos municípios e nos estados não goza da mesma autonomia. É importante, sim, ter vigilância nesse momento, principalmente com o retorno do comércio, dos espaços coletivos, das escolas públicas, etc.

Logicamente, temos que pensar no enfrentamento e no fortalecimento da saúde de maneira articulada com outras políticas

públicas, como, por exemplo, com a Política de Assistência Social. Há muitas pessoas passando fome, com uma baixa renda, desabrigadas ou sem condições de pagar aluguel – situações que já existiam e se agravaram com a pandemia.

Mas, também, o controle social tem uma luta no campo legislativo. E a própria fala do Conselho Nacional de Saúde sobre a importância de participar da CPI; temos, sim, que apoiar a CPI. E esta é também uma tarefa do controle social, pois nunca tivemos uma CPI na qual a pauta da saúde fosse tratada desde uma dimensão ética, em que a vida ocupa centralidade – por mais que a CPI ocupe-se das denúncias de corrupção, da questão científica e de outras violações.

Para o SUS, nós temos que ver essa questão dos territórios da atenção básica, da saúde, do SUS que, desde a década de 1990, se colocou muito pela linha da descentralização, da municipalização, da territorialização da saúde. Há que olhar para além da territorialização das unidades de saúde ou do SUS; em 2021, a pandemia desafiou a população a olhar para o território nacional na sua totalidade. A pandemia nos coloca o desafio de olhar os atores, olhar os serviços públicos e os recursos naturais. O vírus que desencadeou a Covid-19 existe há muitos séculos e, até então, era um vírus silvestre, ou seja, ficava muito mais entre plantas e animais. Desse modo, pode-se concluir que houve uma relação de desequilíbrio ambiental que propiciou a transformação do vírus. Logo, a pauta ambiental não é uma pauta somente do setor ambiental, mas também da sociedade, da saúde e do controle social.

A população brasileira ainda possui várias sequelas decorrentes da Covid-19; populações que já eram acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, respiratórios e circulatórios precisarão de acompanhamento, o que exigirá estratégias de enfrentamento por parte do SUS. Para aumentar a qualidade do atendimento ofertado, é preciso mudar o modelo de atenção à saúde, garantir mais recursos

para o setor e evitar que o SUS fique determinado somente pela tecnologia. Esse recurso é importante para apoiar as iniciativas da área da saúde e trabalhar com as necessidades da população, mas a tecnologia não pode ser determinante, porque tal determinação desencadeia um balcão de negócios para as empresas privadas, como ocorreu com as vacinas contra a Covid-19.

Neste momento, o mais importante é o aprendizado de novas formas e experiências na articulação de projetos, a exemplo da Frente Pela Vida, projeto articulado pelo CNS que tem dialogado com a imprensa e com outras instituições da República. Não há defesa do SUS sem ciência, não há defesa do SUS sem democracia, não há defesa da vida sem princípios ou sem valores; e, por mais haja críticas às nossas instituições políticas, é necessário frisar que não se faz democracia sem participação política.

13. Atingidos por barragens e o SUS: solidariedade na pandemia³²

Oswaldo Bernardo da Silva³³

“Temos muito a preocupação de trabalhar com a agricultura familiar, com agroecologia, porque são fundamentais, são pilares fundamentais para que a população brasileira tenha uma saúde de qualidade.”

Minha contribuição neste debate se dá deste meu local de fala: sou um atingido diretamente pela barragem de Acauã, na Paraíba, a qual é a quinta maior em acumulação de água. Água é vida e combate à pandemia. A barragem de Acauã está localizada aproximadamente a 300 km da capital paraibana, João Pessoa, e a 130 km de Campina Grande, que é a segunda maior cidade do estado. Cabe lembrar que foi essa barragem que expulsou de suas terras mais de mil famílias camponesas. E nós perguntamos: que progresso é esse? Por que esse progresso? Ela foi uma grande violação dos direitos humanos, isso está constatado em dois relatórios produzidos em 2007 e 2013 pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos. O

32 Texto transcrito da participação de Oswaldo Bernardo da Silva no Seminário Estadual Paraíba em Defesa do SUS, realizado em 2 de agosto de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=W3Z_VJu_2TE&t=4757s.

33 Oswaldo Bernardo da Silva é representante do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB).

Ministério Público Federal da Paraíba também produziu relatório reconhecendo essa violação. A Procuradoria Regional de Direitos do Cidadão (PRDC) trouxe um antropólogo, para dar mais legitimidade a essa denúncia de violação de direitos humanos; e ele constatou o relatado anteriormente: foram 16 direitos humanos violados, inclusive o direito à saúde, que foi violado pelo próprio Estado brasileiro.

É importante trazer essa informação e mostrar a importância dos movimentos sociais do campo e da cidade, não só o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), mas o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o Levante Popular e os sindicatos regionais, que travaram essa luta, inclusive, em defesa do SUS, em defesa da vida, não tratando a saúde como uma mercadoria, mas como direito humano.

Neste momento de pandemia, na Paraíba, os movimentos sociais do campo e da cidade tiveram a preocupação de serem solidários com as famílias brasileiras. Nós trabalhamos no MAB a solidariedade com as famílias atingidas. Nessa pandemia, tivemos a preocupação com o povo cuidando do povo. Entregamos máscaras e *kits* de higiene pessoal em várias comunidades. Foram mais de mil famílias atingidas. Também tivemos a preocupação de trabalhar com o público urbano, em parceria com as universidades – como a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –, entregando cestas básicas nas comunidades em um momento tão difícil, em que as pessoas estão vivendo com tão pouco.

Vale lembrar que os atingidos por barragens, na Paraíba e no Brasil, já sofreram diversas violações de direitos humanos com a barragem; com a chegada da pandemia, essa problemática tem aumentado cada vez mais, por isso fizemos muita mobilização em Campina Grande. Realizamos uma atividade em defesa do SUS: desenvolvemos o projeto “agentes comunitários de saúde”, realizamos formação e foi muito importante podermos cuidar

um dos outros; conseguimos chegar em algumas áreas periféricas de Campina Grande e de João Pessoa, levando orientações à comunidade.

Outra atividade foi no aniversário do SUS: acampamos essa luta em um ato de solidariedade, reanimando as companheiras e os companheiros trabalhadores do SUS – sabemos que eles estão na linha de frente. A atividade foi uma forma de dar mais energia para esses companheiros e denunciar também esse governo genocida, que não está preocupado com a vida.

Percebemos que o problema da pandemia está trazendo grandes consequências econômicas, por isso em Campina Grande montamos uma cozinha comunitária. Essa cozinha comunitária estava fechada havia oito anos e, com a mobilização dos movimentos sociais do campo e dos sindicatos, criamos um comitê de combate à fome para reabri-la e ajudar essas famílias. O mais interessante é que a própria comunidade está gerenciando esse trabalho. São mulheres das periferias que estão fazendo a alimentação para essas pessoas no jantar; todas as noites de segunda a sábado, são atendidas aproximadamente 700 pessoas – são quase 200 famílias todas as noites. E os alimentos são oriundos da agricultura familiar, dos assentamentos, da reforma agrária – pois não se pode discutir saúde distanciada de uma alimentação de qualidade.

Hoje enfrentamos uma situação muito difícil no País com a liberação dos agrotóxicos por esse governo, e sabemos que o veneno mata. O documentário “O veneno está na mesa” mostra que, em média, cada brasileiro consome, por ano, quase sete litros de veneno. Isso é um complicador para a vida das pessoas e um fator de adoecimento. Temos que trabalhar também com a agroecologia, que é importante para as pessoas terem saúde e não sobrecarregar o SUS.

É fundamental que o SUS, uma política pública tão importante para o povo brasileiro, tenha essa relação com a sociedade civil organizada e com os movimentos sociais, com os conselhos, para que ele possa avançar. Sabemos da importância do SUS, mas a

gente quer que ele melhore cada vez mais; e ele só pode melhorar através da organização social, do povo organizado, mobilizado, tendo-se conhecimento da importância do SUS – embora hoje seja representativa a parcela da população que entende qual é a importância do SUS, como o SUS está salvando vidas (muitas pessoas não davam importância ao SUS). A defesa do SUS ainda é uma luta.

Trata-se de um sistema muito importante para os brasileiros e para as pessoas mais pobres desse país. Os movimentos sociais do campo e da cidade estão nessa tarefa, nessa luta para tentar minimizar os impactos da pandemia, e também sendo solidários com trabalhadores/as do SUS, sabendo que eles foram e são fundamentais nessa guerra que estamos enfrentando, porque não é uma guerra fácil – quantas pessoas, quantos/as trabalhadores/as do SUS perderam suas vidas para salvar vidas!

E a nossa luta primordial, tanto aqui com o MAB da Paraíba como com o MAB Nacional, dos movimentos sociais, é não tornar a saúde uma mera mercadoria; temos que tomar a saúde como direito humano. E os conselheiros e conselheiras são, com certeza, os defensores dos direitos humanos, mesmo que muitas vezes sejam criminalizados pela mídia e pelo governo.

Então, é fundamental o papel da sociedade civil organizada, não temos dúvida disso. O nosso sonho para o SUS é realmente um SUS de qualidade. Temos muito a preocupação de trabalhar com a agricultura familiar, com agroecologia, porque são fundamentais, são pilares fundamentais para que a população brasileira tenha uma saúde de qualidade.

Vemos o agronegócio produzindo alimento em grande quantidade, uma grande exportação e, de outro lado, pessoas passando fome. E não estamos vendo o Estado brasileiro preocupado com a agricultura familiar, com agroecologia, com a comida de verdade, com a garantia de comida na mesa do povo brasileiro. Gostaria de frisar: estamos nessa luta junto com as companheiras, falando da agroecologia, do agronegócio, mas devemos lembrar que o

agronegócio foi realmente um progresso; todavia, um progresso de quê? Que está matando as pessoas? São perguntas que realmente temos de fazer. Contraditório: um local que produz tanto alimento é também o país que está passando por um momento deste, com o feijão tão caro, a soja cara, todo o alimento muito caro. Não se pensa na nossa produção para alimentar a nação brasileira; o povo que produz a riqueza está passando fome em um momento tão difícil.

Então, agradeço demais ao CEAP, aos nossos companheiros e companheiras que estão aqui. E a luta é nossa: a luta por direitos humanos é uma luta nossa, a luta do SUS, pela vida, pela água e pela energia. Não queremos privatizar porque o povo brasileiro tem força para barrar isso. Devemos ter segurança alimentar, autonomia alimentar, porque nós temos boas terras, temos água para produzir energia e plantar, temos um solo maravilhoso, temos sol; o que falta é apenas um Estado brasileiro que dê as mínimas condições para que isso aconteça.

14. Defesa do SUS, papel do Estado e transição ecológica³⁴

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira³⁵

“Oportunidades surgem a partir do momento em que o Estado constrói as possibilidades para que seus cidadãos tenham acesso e direito às políticas sociais.”

Nesta nossa discussão, irei abordar dois conceitos que considero importantes para a reflexão do SUS neste momento da pandemia da Covid-19: o papel do Estado e a importância da formação. Discutiremos o papel do Estado e algumas questões reveladas pela pandemia sobre como pensar a defesa do SUS, o papel dos entes nacionais, subnacionais. Para encerrar, problematizarei um “como fazer?”, já pensando no futuro pós-pandemia. Será que esse futuro é um futuro que está próximo? É um futuro longínquo? Nós temos certeza de que muitos dos que adoeceram – e lastimo

34 Texto transcrito da participação de Paulo Oliveira de Tarso no Seminário Estadual Tocantins em Defesa do SUS, realizado em 12 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=SnmOstrvTkU&t=3376s>. Revisado pelo autor.

35 Psicólogo, mestre e doutor em Saúde Pública (ENSP). Professor associado IV da Universidade Federal do Pará. Membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e do GT da Anppep de Psicodinâmica do Trabalho. Membro da Rede Unida/ Região Norte e ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação da UFPA.

as vidas perdidas desnecessárias – precisarão do Sistema Único de Saúde (SUS) por muito tempo.

Começo, então, com o conceito de Wanderlei Guilherme dos Santos, que diz o seguinte: no Brasil, “a cidadania sempre foi regulada”. Ou seja, a cidadania não é algo nato para quem nasce no Brasil, só tivemos isso com a Constituição Federal (CF) de 1988. O acesso às políticas públicas foi-se ampliando durante o século XX. Ao se pensar a questão do SUS, é possível notar que esse direito vem-se expandindo, paulatinamente, desde a Lei Eloy Chaves e mesmo durante a ditadura militar, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). No entanto, o paradoxo até aquele momento era o de que a lógica dessa legislação era a do Seguro Saúde, da cobertura e assistência à saúde apenas para os que poderiam pagar; no último caso, a garantia ao atendimento à saúde era apenas para os que possuíam carteira assinada.

Somente com a CF de 1988 é que a população passou a ter o direito à saúde garantido como dever do Estado. A saúde passou a tratada no âmbito da seguridade. O direito passou a ser universal. Além disso, na década de 1980, várias políticas importantes no âmbito da saúde foram regulamentadas, em especial a política de saúde mental de caráter antimanicomial e a política de saúde do trabalhador. Para fazer um apontamento importante e necessário, é preciso dizer que o principal livro que temos que defender hoje é a Constituição Federal de 1988, do século XX. Havemos de lutar contra a deslegitimação dos direitos sociais e econômicos que estão cravados na Constituição.

A partir de 1988, em 1990 e 1991, quando lutamos pela lei 8080, a lei 8142, nós consolidamos um processo importante: todo cidadão deixou de pensar na ideia de seguro, ou seja, que só teria direito à saúde quem pagasse ou tivesse carteira assinada, para pensar na ideia de seguridade social: “Agora, eu tenho direito à saúde porque eu sou cidadão, porque eu nasci e sou brasileiro.” Fomos

imbuídos de construir um sistema, e esse sistema começou sem a vinculação de receitas para ele, sem os recursos necessários para mantê-lo; ainda assim, tem-se mostrado superior na proteção comparativamente aos arranjos políticos feitos nas conjunturas anteriores. De fato, a tentativa de substituição do SUS, que está, no momento, ganhando força a partir da lógica do mercado, terá, inexoravelmente, uma diminuição nos indicadores de qualidade vida e de saúde da população. Do ponto de vista formal, há na Constituição de 1988 outros que são essenciais para o arranjo atual do sistema federativo brasileiro, que corroboram a lógica impetrada na política social, especialmente o que dispõe seu artigo 3º a respeito do combate às desigualdades regionais; o artigo 30, por sua vez, dispõe sobre o município como ente federado. Vale ressaltar que, no contexto mundial, estamos vivendo o nascimento forte do “consenso de Washington” e da lógica neoliberal. Essa é a primeira questão importante: o sistema de saúde brasileiro é formado na contramão de uma maré em que o papel do Estado é importante; neste momento, prevaleceu a correlação de forças internas, contra a maré que defende a hegemonia da “mão invisível do mercado”.

No momento em que o neoliberalismo do consenso de Washington da Margareth Thatcher e do George Bush estava crescendo no mundo, nasceu o SUS. Olha que paradoxo! Isso mostra que é possível, com a mobilização social, como a realizada naquele contexto, haver um momento de inflexão, como o da construção do SUS. A história depende da força de homens e mulheres em cada momento; por isso, essa construção foi um contraponto político importante, essencial para a cidadania brasileira.

O segundo conceito importante parte deste ponto: só quem pode corrigir as diferenças injustas é o Estado. A ideia que está em disputa na sociedade brasileira e no mundo de que a mão invisível do mercado dará conta de oferecer as oportunidades àqueles que se esforçarem por seu próprio mérito é totalmente inconse-

quente (para ser delicado no adjetivo), e impossível de se realizar para todos em uma sociedade com as clivagens de classe, gênero, raça, violência sexual, entre outras, que encontramos atualmente. Oportunidades se oferecem a partir do momento em que o Estado constrói as possibilidades para que seus cidadãos tenham acesso e direito às políticas sociais; para isso, seus governos devem acolher a vocalização dos setores sociais que estão em situação de maior vulnerabilidade social.

Vocês podem ver, por exemplo, que tanto durante a crise econômica de 2008 como agora, na pandemia de Covid-19, os Estados Nacionais do centro do capitalismo, especialmente, começaram a investir bilhões ou mesmo trilhões de reais para defender a sua economia, suas populações e suas empresas, como forma de dinamizar a economia. Então, essa ideia de que é necessário ter um gasto restrito é uma ideia também derrotada. Isso aconteceu no centro do capitalismo, fundamentalmente nos Estados Unidos; é o mesmo comportamento protecionista que ocorreu na crise de 1988.

A presença forte do Estado brasileiro na defesa da vida, se for vontade da cidadania brasileira, garantirá o desenvolvimento não só do SUS, como dos/as brasileiros/as e da economia. O Estado brasileiro não é qualquer Estado: é um Estado importante, já tendo sido a 6ª maior economia do mundo. Hoje é a 12ª economia do mundo, faz parte do G20, é um Estado que tem 344 bilhões de reservas (ante os 40 bilhões que tinha lá em 2002). Com isso, percebe-se que somos um Estado com capacidade de dinamizar o mercado interno, o acesso das pessoas à ciência, à tecnologia, à educação, às universidades; e capaz de inovar. A ideia de política de restrição de gastos vai na contramão da constituição das políticas sociais. Esta é a segunda dimensão importante de expor.

A terceira dimensão do debate é o que podemos chamar de “transição ecológica”. Talvez, muitos tenham-se acostumado com o conceito de “sustentabilidade”, mas tal conceito tem as suas limitações, porque você pode, em uma sociedade capitalista organizada,

construir uma sustentabilidade capitalista. Porém, a transição ecológica exige um outro patamar de discussão, ou seja, trata-se daquilo que nós chamávamos, no início do SUS, lá na reforma sanitária, de “os modos de andar a vida”, sobre “como nós vamos construir a vida diante do planeta Terra”. Eu acho que a pandemia também nos colocou esta discussão. Nós vamos continuar com o efeito estufa? Com o aquecimento global? Com o desmatamento? Este último, que possibilita, inclusive, a transmissão de uma quantidade imensa de vírus. Um dado importante é de que, só no século XXI, já vivemos mais de seis pandemias mundiais, contando com a de Covid-19. Iremos discutir e rediscutir as formas de apropriação da natureza que não sejam deletérias à vida humana ou vamos continuar pensando numa sustentabilidade que visa apenas ao lucro do mercado?

Nós vimos nesse momento, por exemplo, o crescimento exponencial da indústria farmacêutica, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontando que os ricos ficaram mais ricos e os pobres ficaram mais pobres. Os que estavam em situação de vulnerabilidade social ficaram mais pobres durante a pandemia. Então é um paradoxo total! Quer dizer: como é que, diante de uma pandemia, os ricos e o mercado financeiro ficam mais ricos e os pobres ficam mais pobres?

Há uma defesa, e aí voltamos àquela frase que eu disse que somente o Estado pode corrigir as diferenças injustas: o que está em disputa é o papel que o Estado pode exercer diante das políticas sociais, de educação, de saúde, de assistência social, e diante das políticas sociais de inclusão da maioria da sociedade.

O Brasil voltou para o mapa da fome, são 14 milhões de desempregados; então, acredito que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) precisa debater a proteção social dos seus cidadãos e o papel do Estado, já que estamos em um fórum promovido pelo CNS e pelo controle social brasileiro. Quando falamos em proteção social, estamos nos referindo a todos os Poderes; a proteção social do ponto

de vista da segurança nacional, da inclusão social e da formulação de políticas inclusivas que busquem discutir e garantir uma vida mais digna às populações. Populações essas que, hoje, estão passando fome por falta de emprego, por causa da “uberização”, da situação do mercado de trabalho, por conta da perda dos seus direitos sociais e trabalhistas. Tudo isso impacta na defesa do SUS e contribui diretamente para o seu desfinanciamento. Logo, não é possível concordar com a Emenda Constitucional 95 (EC 95). Não é possível! Países do centro do capitalismo, os chamados “desenvolvidos”, estão fazendo exatamente o contrário: colocando as suas reservas para dinamização do seu mercado interno.

A quarta questão é a da existência de uma grande capacidade de produção de ciência e tecnologia no Brasil, mesmo com todo o desmonte. Nós temos, por exemplo, o Instituto Butantan em São Paulo, a Fiocruz no Rio de Janeiro, o Instituto Evandro Chagas na Amazônia: patrimônios nacionais. Temos cientistas, virologistas e uma capacidade imensa, do ponto de vista de reflexão, de experiências exitosas construídas nesses últimos 30 anos do SUS. No entanto, o que se viu foi uma incapacidade do governo central em conduzir o processo e nos aproximar daquilo que era necessário para o combate à pandemia no Brasil. Essa incapacidade, não me deterei sobre ela pois já está decantada em verso e prosa pelos nossos cientistas e pela mídia nacional. Há consenso de que nossa capacidade de produção de ciência, tecnologia e inovação é muito grande, mas, para realizá-la, é necessário investimento. Tal capacidade ocorre, também, por meio de uma política de cooperação internacional. Hoje não é possível viver isolado. O nosso Sistema Único de Saúde não vai sobreviver se nós não tivermos essa cooperação internacional entre aqueles que defendem a vida.

Atualmente, devido à pandemia, foi colocado um debate sobre as formas de defesa da seguridade social do ponto de vista planetário, e é sobre isso que estamos falando quando reportamos o conceito de “transição ecológica”. Como é que se produz um modo

de vida potente, que cause aproximação, que seja humanizador, inclusivo e tire as populações da miséria? Do ponto de vista tecnológico e técnico, já existem saídas para isso. A discussão não é essa. A discussão é de classe mesmo, de apropriação de lucros e de riquezas por parte de uma minoria social, o que vai na contramão da defesa da sustentabilidade e da transição necessária para garantir uma vida digna no planeta em que vivemos, inclusive no Brasil.

Apresentarei algumas questões que subsidiarão o debate sobre o momento pós-pandemia. A respeito dos interesses da indústria farmacêutica, é importante nos questionarmos sobre qual papel queremos que ela cumpra no próximo período da história, e dentro do Brasil. Por exemplo, há necessidade, em determinados momentos, de que bens sociais, como vacinas, sejam apropriados, não pensando no lucro, mas na defesa da vida. A quebra de patentes é algo muito importante, mas deve ser acompanhada da cooperação tecnológica necessária para a defesa da vida.

Outro debate relevante é sobre a cooperação internacional, tendo em vista a análise feita também pelos trabalhadores de saúde que foram para a linha de frente. No entanto, tal cooperação precisa superar uma certa xenofobia que foi instalada em alguns países; por vezes, o Brasil comprou essa ideia erroneamente: de que profissionais de saúde não precisam e não podem ir para outro país. Nós encerramos a cooperação com os profissionais estrangeiros que estavam no Brasil, que foram essenciais e demonstraram que mais de 100 mil pessoas deixaram de ter as doenças preveníveis pela atuação da atenção básica (no momento de maior cobertura assistencial, no auge do Mais Médicos). No momento da cooperação do Mais Médicos, tínhamos essa capacidade de atender todas as populações indígenas brasileiras, por exemplo, pela primeira vez na história do Brasil. Então, isso foi fundamental para a produção de saúde. Só que agora estamos diante de um dilema: queremos formar profissionais para quem? Para qual sistema? Para a defesa da vida? Então, temos que trans-

formar radicalmente a formação de nossos discentes e os modelos educacionais que estão implantados no Brasil.

A pandemia de Covid-19 demonstrou a capacidade violenta, no sentido positivo, de produção de vacinas em tempo recorde, de um modo que, até então, a humanidade nunca tinha vivenciado. Isso demonstra que há saídas, desde que mudemos o paradigma de que o mercado controlará e dará direitos sociais que são passíveis de serem fornecidos apenas pela capacidade inclusiva do Estado.

E nós teremos um outro movimento depois da pandemia: para pensar só nela. Sabemos que a pandemia teve impacto tanto do ponto de vista das mortes desnecessárias. No Brasil foram quase ,700 mil óbitos e, dizem os especialistas dessa área, que pelo menos 200 a 300 mil mortes dessas poderiam ter sido evitados se nós tivéssemos começado imediatamente com as medidas não farmacológicas de isolamento social e uso de máscara, e, posteriormente, com acesso imediato às vacinas, desde o ano passado. Além disso, tivemos várias pessoas que precisavam de outros tipos de atendimento e deixaram de ser atendidas; então, há uma mortalidade que ainda não foi computada.

Haverá, ainda, outra discussão importante sobre a pandemia, que engloba o papel da atenção básica, a qual é fundamental. Experiências que deram certo, com medidas não farmacológicas, basearam-se na atenção básica. Então, há uma integração necessária, tendo em vista o âmbito do SUS, entre a necessidade de uma política de atenção básica, a Política Nacional de Saúde Mental e antimanicomial, a defesa do plano Viver sem Limites e a volta do caráter universal do financiamento da atenção básica brasileira – só para citar algumas das políticas que, em conjunto com uma política de saúde trabalhador, são essenciais para romper com o que está posto: a deslegitimação das políticas sociais e do SUS.

Retomando, só o Estado pode corrigir as diferenças injustas. Nós temos reserva suficiente para iniciar esse debate e dinamizar a economia. É necessária a revogação da EC 95 para que se possa

fazer a defesa da vida e olhar para a importância do SUS. Há, inclusive, pessoas que viajam dos Estados Unidos para o Brasil para se tratar, pois aqui a universalidade, ainda que haja toda a desigualdade regional e populações em vulnerabilidade social, ela é um direito, garantido pela Constituição. O Brasil terá de enfrentar o que, provisoriamente, estou chamando de “sequelados da Covid-19”. Isso porque ainda não sabemos qual o percentual de pessoas que vão ficar com problemas, por exemplo, no campo da saúde mental.

Já existem estudos que mostram que a Covid-19 é uma doença sistêmica, inflamatória, que ataca o sistema nervoso central, o pulmão, o fígado e várias partes do nosso organismo. Logo, não sabemos ainda quantos são os “sequelados da Covid-19”. Essa é outra questão estratégica, porque, sem planejamento e financiamento, o Estado não conseguirá se organizar para construir e combater as diferenças injustas. Essa é a disputa que devemos fazer neste momento.

E, por fim, temos uma disputa que é da consígnia fundamental do Sistema Único de Saúde. Apostamos, no Iluminismo, sob a ideia de ordem e progresso, que a ciência nos libertaria e que estaríamos neste ponto da história com o mundo mais desenvolvido e ao mesmo tempo mais equilibrado. Mas estamos vendo que isso não é verdade se não mantivermos um valor fundamental que nasceu junto com a defesa da reforma sanitária: “saúde é democracia”. É fundamental a defesa dos valores democráticos, porque, além de a sociedade precisar ter a garantia dos seus direitos e o acesso às políticas sociais, ela só consegue ter esse acesso se as pessoas viverem uma democracia. Mas uma democracia que não seja apenas a do “direito de ir e vir” ou do “direito a opinião”; é essencial a democracia que garanta o direito das suas populações em situação de vulnerabilidade social aos bens econômicos.

Não comemos Produto Interno Bruto (PIB), comemos bife. Poderemos ter o aumento do PIB, sim, mas com apropriação de apenas 1% da população daquele PIB, e a maioria da população continuar

na pobreza. Um grande escritor e pensador brasileiro, chamado Celso Furtado, nos alertava para isso: o aumento do PIB não significa, necessariamente, o acesso e o combate à desigualdade se tal aumento não for regulado pelo Estado brasileiro, com a apropriação da riqueza pelos mais pobres.

São essas as considerações que gostaria de fazer para pensar-mos, neste momento, sobre o papel da democracia, a defesa do SUS e a transição ecológica: dimensões necessárias para alcançarmos um mundo que mude o paradigma de como se constrói a vida do Planeta, e no Brasil.

Outros pontos importantes são a cooperação internacional e o desafio de transformar o papel da formação dos trabalhadores de saúde. Por exemplo, por que não pensar em uma força mundial de saúde, como o Brasil pensou em uma força nacional de saúde (hoje desmantelada)? Isso, a fim de refletirmos sobre os próximos desafios do SUS e colocarmos esse assunto no campo da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Democracia já! É preciso defender o SUS, a vida e dar maior acesso à população aos bens e serviços, ao patrimônio econômico e cultural. A defesa do fim das desigualdades, a defesa dos nossos povos originários, com a demarcação de suas terras, o combate ao desmatamento e à grilagem de terras na Amazônia e em todo o Planeta. São dimensões importantes para produzir uma transição ecológica e a defesa da vida de nossas populações. Não é possível garantirmos a sobrevivência da espécie humana produzindo um modo de viver deletério como o atual. No caso brasileiro, tais mudanças dependem da garantia da soberania nacional, e isso os três Poderes têm a necessidade de fazer. Mas, essencialmente, precisamos da força do nosso povo.

Obrigado!

15. Os desafios do controle social na defesa do SUS³⁶

Ronald Ferreira dos Santos³⁷

“É fundamental compreendermos como se dá e como se traduz o poder nos territórios, mas é, também, importante compreender como se produzem esses valores morais do nosso tempo e o quanto impactam nele.”

É impossível discutir neste momento os desafios do SUS sem incluir o tema da Covid-19 e todas suas implicações. Atualmente³⁸, estamos chegando a 550 mil mortes provocadas pela Covid-19, mesmo que já estejamos entrando em um processo, sob efeito da vacinação, de termos algumas curvas descendentes, considerando os números de contágios e de óbitos. Porém, percebe-se, desde o início, a tentativa de naturalizar essa tragédia, esse genocídio, isto

36 Texto transcrito da participação de Ronald Ferreira dos Santos no Seminário Estadual Ceará em Defesa do SUS, realizado em 21 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=8QJ8ib5GP1o&t=4576s>.

37 Ronald Ferreira dos Santos é farmacêutico e mestre em farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Foi presidente do Conselho Nacional de Saúde em 2015; atualmente, é presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) e dirigente nacional da Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB).

38 O contexto da fala é de julho de 2021.

é, esse crime contra a humanidade que se cometeu com o povo brasileiro. Acredito que o enfrentamento dessa naturalização seja fundamental. Principalmente porque, como diz Marilena Chauí,

Não notamos a origem cultural dos valores éticos, do senso moral e da consciência moral, porque somos educados (cultivados) para eles e neles, como se fossem naturais ou fáticos, existentes em si e por si mesmos. Para garantir a manutenção dos padrões morais através do tempo e sua continuidade, de geração a geração, as sociedades tendem a naturalizá-los. A naturalização da existência moral esconde, portanto, o mais importante da ética: o fato de ela ser criação histórico-cultural (Chauí, 2000, p. 432).

Ou seja, ela depende das ações humanas.

A partir disso, quero problematizar: quais são os fenômenos do nosso tempo que acabam impactando na definição dos padrões morais, naquilo que tem significado, que é necessário, proibido e permitido? É fundamental compreendermos como se dá e como se traduz o poder nos territórios, mas é, também, importante compreender como se produzem esses valores morais do nosso tempo e o quanto impactam nele.

Estamos vivendo no Brasil e no mundo um processo de convergência tecnológica que traz outro padrão de construção de significados e padrões morais. É a convergência do *byte* com o *nano*, com o *gene*. Ou seja, a ciência produz e trouxe para esse nosso tempo um novo padrão tecnológico, algo também inovativo e altamente dependente de conhecimento e inovação. É importante também visualizarmos que países líderes estão desenvolvendo um novo superior padrão técnico, altamente dependente do conhecimento e da inovação, mas que leva à divisão cada vez mais brutal da inteligibilidade entre os países, aumentando cada vez mais a assimetria

global. Por exemplo, o Paraguai ainda não recebeu a vacina³⁹, assim como diversos países ainda não têm acesso a absolutamente nada, apenas a doações internacionais.

Vivemos também um tempo de forte mercadologização de absolutamente tudo. Os ganhos técnicos transformam tudo em mercadoria. Há uma hiperconcentração econômica, financeirização da riqueza em escala tanto global quanto nacional. Vivemos uma época de superexploração agrícola, mineral, industrial, um colapso ambiental em escala tanto global quanto nacional. E, para contribuir a esse debate sobre o esforço do papel do controle social, há uma crise brutal nos valores republicanos, democráticos, científicos e humanitários, tanto em escala global como nacional, e até local. Há uma crise sanitária sem precedentes. É esse o cenário em que vivemos e que precisa ser compreendido para localizarmos a dificuldade da materialização de muitas políticas públicas, como, por exemplo, do SUS.

É importante dizer que a experiência da construção do SUS tornou-se referência de construção para o mundo, a partir desses princípios da lógica coletiva. Esse projeto SUS produzido ao longo das décadas de 1970, 1980 e materializado na Constituição Federal de 1988, com sua concepção de saúde ampliada e seus princípios, foi, para o Brasil e para o mundo, um salto civilizatório. E o que nós estamos vendo neste momento, impactados por esta realidade, é um salto do atraso, que traz à tona valores que desprezam a vida, que negam a ciência, rejeitam o fundamental, a espinha dorsal do que foi construído em torno do Sistema Único de Saúde.

Isso relaciona-se diretamente com o modo como se dá a divisão da riqueza produzida e o modo como opera o poder em torno da riqueza que uma nação, uma sociedade produz. Nós temos hoje, no Brasil, a vanguarda do atraso, que esvazia o papel do Estado, que confronta diretamente a lógica central que contratamos na

39 Contexto de julho de 2021.

Constituição Federal: a que reconhece a saúde como direito, e não mercadoria, e um direito de responsabilidade do Estado. Só que, quando se esvazia o Estado, ele deixa de exercer seu papel; assistimos constantemente uma série de ações de destruição do Estado e de um conjunto de instituições, que o processo de luta do povo permitiu construir a fim de assegurar o avanço da convivência coletiva e da civilização brasileira.

E esse é o resultado de uma crise. Enquanto alguns países do mundo, como Inglaterra, França e Estados Unidos, buscam alternativas investindo recursos públicos para a garantia de direitos e para o desenvolvimento da economia, no Brasil, temos a vanguarda do pensamento mais liberal, talvez ultraliberal, que tem como consequência esse processo de naturalização da xenofobia, de todos os preconceitos, do racismo, da naturalização da morte, das 540 mil mortes, podendo chegar a 700, 800, 1 milhão. E isso precisa ser enfrentado. Porque essa forma que temos hoje de organizar o poder resulta do modo que uma pequena parcela de uma elite que sempre esteve de “costas” para o povo brasileiro encontrou para assegurar a produção e distribuição de riqueza. E o nível de concentração de riqueza chegou a tal nível que os setores produtivos simplesmente não conseguem mais atender a demanda, precisam retirar a riqueza de algum lugar, e retiram-na justamente da vida e do conjunto dos direitos do povo.

É essa compreensão que precisamos ter neste momento. Já no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, processo que ajudamos construir, falávamos e víamos os dirigentes dos grandes bancos brasileiros comemorando o desemprego, porque, segundo eles, o excesso de oferta de fatores produtivos pode ajudar a economia e impedir o crescimento da inflação. Isso quando estávamos com 12% de desemprego; hoje estamos em 14% ou 15% de desemprego. Portanto, há uma necessidade, neste momento, de construirmos grandes alianças para além da saúde – e a pandemia permitiu isso.

Para ganhar materialidade, a saúde precisa de poder político e, para isso, é fundamental a construção de uma força social e política em torno de outros valores, como a vida, o trabalho, a nação, a democracia – são fundamentais porque, sem esses valores sendo presididos nas construções sociais, seja no bairro, na cidade, no estado, no Brasil, teremos grandes dificuldades para superar essa encruzilhada civilizatória em que se encontra o SUS, em que se encontra a nação brasileira.

Referências

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

16. Os povos indígenas em defesa do SUS⁴⁰

Valdenir Andrade França⁴¹

“Quando se fala em financiamento para a população indígena, principalmente da Amazônia brasileira, é devido às nossas dificuldades. Há locais de difícil acesso, aos quais não é possível chegar em um dia. Nós sofremos bastante durante a pandemia com a situação das pessoas indo para as nossas regiões dizer que a vacina não servia e que a vacina matava.”

Gostaria de iniciar este debate parabenizando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela resistência, por estar sempre articulado e atento às demandas, e agradecer aos nossos parentes indígenas pela resistência em se manterem nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, debatendo, discutindo, acompanhando e sendo vigilantes nas nossas ações.

Para nós, indígenas, o maior problema de saúde com o qual nos deparamos na região da Amazônia é o financiamento. É muito difícil, neste momento em que enfrentamos a pandemia

40 Texto transcrito da participação de Valdenir Andrade França no Seminário Estadual Mato Grosso do Sul em Defesa do SUS, realizado em 9 de julho de 2021, em formato virtual síncrono, pela plataforma *StreamYard* e disponível em https://www.youtube.com/watch?v=UyonIgfUmlw&t=5248s&ab_channel=CEA-PRS.

41 Integrante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), conselheiro nacional de saúde e membro da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

de Covid-19, acompanhar desvios de recursos e outras situações preocupantes.

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) passa, primeiro, pela tentativa de diminuir o que acontece com o nosso sistema de saúde em todo o País. É um alerta para todos os governantes. Deve ser diminuído o desvio dos recursos da saúde, para que, talvez assim, o Brasil alcance um sistema de saúde de maior qualidade.

Quando se fala em financiamento para a população indígena, principalmente da Amazônia brasileira, é devido às nossas dificuldades. Nós temos muitas dificuldades, tem locais de difícil acesso, aos quais não é possível chegar em um dia. Nós sofremos bastante durante a pandemia com a situação das pessoas indo para as nossas regiões dizer que a vacina não servia e que a vacina matava. Discursos assim não nos ajudaram e nem vão nos ajudar, pois precisamos de vida e, por mais que a vacina provoque reações em algumas pessoas, ela salva vidas.

Além disso, nós encontramos muitas dificuldades em diversos casos, o trabalho foi árduo. Os nossos profissionais que trabalham na região foram pessoas que nos ajudaram bastante com as dificuldades de distância e toda a situação. É necessário trabalhar olhando para a frente, articulando como pudermos contra tudo aquilo que está acontecendo atualmente no País.

É preciso ter um posicionamento, um trabalho conjunto entre movimentos sociais, organizações e lideranças. Precisamos nos posicionar e pensar melhor a respeito do que queremos fazer. É necessário esquecermos as políticas partidárias, as políticas de não colaboração e discutirmos políticas públicas para a população, principalmente a nossa população indígena, que é carente de todas essas ações.

A terceirização da saúde não nos agrada. Então, precisamos discutir mais nas nossas bases a respeito de todos esses enfrentamentos que estamos hoje passando.