

Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez

Adilson Soares¹
Ricardo Fernandes de Menezes²

O mundo acompanhou o início da epidemia do novo coronavírus, e as notícias que vinham de Wuhan, província de Hubei na China, preocupavam autoridades de saúde pública e governos, depois da confirmação do primeiro caso em 31 de dezembro de 2019. Em 5 de janeiro se confirmavam 44 casos e duas semanas após a doença acometia 2.798 pessoas, sendo 2.761 (98,7%) na China (Brasil, 2020a).

Tratava-se de um acontecimento sanitário que nos remetia por suas dimensões ao fenômeno dantesco que se constituiu a Gripe Espanhola no biênio 1918-1919, porém agravado por vivermos em um mundo interconectado, o que levou a Organização das Nações Unidas a afirmar: nenhum país pode resolver esse problema sozinho e – destacamos – nenhuma parcela de nossa sociedade pode ser desconsiderada se quisermos efetivamente enfrentar este desafio global (Bachelet; Grandi, 2020).

No Brasil, a notícia da circulação do novo coronavírus havia se manifestado há algum tempo e os rumores sobre casos se deram no início de janeiro de 2020 com relatos de 7.063 suspeitos, sendo todos descartados. Em 22 de janeiro de 2020 foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus e a preocupação com a doença acendeu o sinal de alerta, quando foram notificados 10 casos, sendo 1 caso em Minas Gerais considerado suspeito, o qual, após investigação, foi descartado (Brasil, 2020a).

O mundo passou a se preocupar com a capacidade de contaminação e poder letal do novo coronavírus e a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, e decretou em 11 de março estado de pandemia para o novo coronavírus (Sars-Cov-2). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) em 3 de fevereiro de 2020 declarou estado de emergência em saúde pública, em 20 de março o país reconheceu estado de calamidade pública em função da situação provocada pelo Sars-Cov-2, e em 9 de abril o MS obrigou o registro das internações por covid-19 em todos estabelecimentos de saúde no país.

A proximidade do carnaval no mês de fevereiro, diante da ausência de evidências da circulação do vírus no país, levou as autoridades a manter o evento e recomendar à população

¹ Economista, Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO e Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES. asoares@saude.sp.gov.br

² Médico sanitário, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Doutorando no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. rfdmenezes@uol.com.br

cuidados básicos de higiene e evitar o contato próximo com pessoas que retornavam das áreas mais afetadas (Cimini *et al*, 2020). Foi neste período que se confirmou o primeiro caso da doença covid-19 no Brasil, na cidade de São Paulo, em homem de 61 anos com histórico de viagem para a Itália, notificado à autoridade sanitária em 26 de fevereiro de 2020. Posteriormente, em 12 de março se deu a confirmação da morte de uma mulher internada no Hospital Municipal do Tatuapé, localizado na zona leste da capital do Estado de São Paulo, primeira vítima fatal da covid-19 no país.

Assim, a escolha do perfil epidemiológico da covid-19 como objeto de estudo se impõe em função da preocupação mundial com esta emergência em saúde pública, pela percepção de que há muitas indagações sobre o assunto e insuficiência de análises que explicitem a intrínseca relação entre o processo saúde-doença e as dimensões políticas, econômicas e sociais a ele associados.

A tese defendida é de que o enfrentamento insensato e descoordenado da epidemia do Sars-Cov-2 no Brasil traria reflexos no número de casos e óbitos.

Trata-se de estudo exploratório (Gil, 2008) desenvolvido com base em documentos e análise de dados obtidos em fontes primárias, secundárias, sítios de interesse, documentos técnicos e de domínio público (Spink, 2000). O estudo está apoiado no referencial teórico e nos pressupostos da hermenêutica crítica que nos permite a busca da compreensão dos núcleos argumentais dos textos onde “não há intenção oculta a se procurar detrás do texto, mas um mundo a ser manifestado diante dele” (Ricouer, 1990, p.138), e que “sob a forma escrita, todo o transmitido está simultaneamente aí para qualquer presente” (Gadamer, 1997, p. 568).

Na realização do estudo analisa-se a situação epidêmica no primeiro semestre de 2020, no mundo, no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de São Paulo. Para fins deste estudo realizou-se pareamento dos distritos mais desenvolvidos e menos desenvolvidos do município de São Paulo, selecionados pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e elegendo os 15 (quinze) mais desenvolvidos e os 15 (quinze) menos desenvolvidos entre os 96 (noventa e seis) distritos do município, com o objetivo de verificar o número de óbitos, de casos e o perfil de letalidade.

Desta forma, a pesquisa tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da covid-19 nos países onde essa enfermidade se manifestou de forma mais relevante, e a partir desta análise discutir as políticas econômicas, sociais e sanitárias adotadas, no Brasil, diante do quadro pandêmico. No país interessa-nos apreender o perfil da doença, compreender as respostas adotadas pelo governo central à epidemia e seus desdobramentos.

O estudo se inicia pela exposição do perfil epidemiológico da covid-19 e do exame de respostas que países afetados deram à doença. Fizemos isso para localizar o Brasil neste contexto. Em seguida discute-se a sensatez da adoção de políticas para o enfrentamento da pandemia. Destacamos neste capítulo o aspecto político, econômico, social e sanitário com o objetivo de revelar a coordenação, ou não, do processo pelo governo federal e suas consequências. Por fim, analisa-se a doença no município de São Paulo expondo as iniquidades no território do município, decorrentes de construção social histórica, e revelando as consequências de descoordenação central para mitigar os efeitos da doença.

O perfil epidemiológico da covid-19 e a resposta mundial

A pronta resposta que é dada pelas autoridades constituídas para o enfrentamento de situações de emergência em saúde pública, como a epidemia cujo agente etiológico é o Sars-Cov-2, é condição para o seu desfecho. Uma limitação para a pronta resposta é o restrito conhecimento sobre o vírus e a doença, sua velocidade de transmissão e letalidade (Barreto *et al.*, 2020).

Em dezembro de 2019 havia sido detectado quadro clínico de pneumonia de etiologia desconhecida, na citada cidade de Wuhan com seus 11 milhões de habitantes, na China, informado à OMS. O agente causal da pneumonia foi isolado em 7 de janeiro de 2020, sendo identificado um novo tipo de coronavírus, cuja sequência genética a China compartilhou para os países desenvolverem testes diagnósticos, em 12 de janeiro de 2020. A OMS viria a receber informações apontando que o surto estava associado a exposições em um mercado de frutos do mar, na cidade de Wuhan, remetidas pela Comissão Nacional de Saúde da China, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2020 (Brasil, 2020b).

No mês de janeiro, enquanto autoridades sanitárias tomavam medidas buscando proteger a população com o conhecimento então disponível, pesquisadores agiam para esmiuçar o conhecimento científico sobre o vírus, a fim de embasar intervenções eficazes na realidade sanitária.

No enfrentamento da emergência sanitária a partir deste mês (Brasil, 2020c), três experiências se destacaram: a da China, da Coreia do Sul e do Vietnã, com eixos centrais recomendados pela OMS, que nortearam intervenções desenvolvidas nos Estados nacionais afetados pelo Sars-Cov-2 nos meses subsequentes.

A China, o epicentro inicial da epidemia, logo após a explosão do número de casos adotou uma política, coordenada nacionalmente, envolvendo autoridades e comunidades

locais, que alterou as características epidemiológicas do surto em curso, com as seguintes providências:

- a) recomendações de práticas de prevenção e precauções de contato que se provaram efetivas, pois a conscientização da população fez com que mais pessoas se protegessem e buscassem atendimento;
- b) o bloqueio total (*lockdown*), iniciado em 23 de janeiro e encerrado em 8 de abril de 2020, em Wuhan, e outras cidades da província de Hubei, implicando: fechamento das fronteiras da cidade; restrições de viagens e suspensão da circulação de automóveis e transporte público; restrições à circulação de pessoas – somente permitia-se sair de casa para comprar alimentos e medicamentos; instituição de aulas à distância e fechamento de escolas e universidades; cessação do funcionamento de equipamentos públicos e das atividades não essenciais; e cancelamento de eventos públicos;
- c) isolamento de casos suspeitos;
- d) a aplicação de testes diagnósticos para confirmação das infecções pelo Sars-Cov-2 (Barifouse, 2020);
- e) oferta de assistência à saúde;
- f) desenvolvimento de aplicativo para telefone celular a fim de rastrear contatos de casos de covid-19 confirmados.

Pesquisa realizada por cientistas da China, Reino Unido e Estados Unidos da América, de 24 de janeiro a 8 de fevereiro de 2020 em 375 cidades chinesas, publicada na revista *Science*, demonstrou que o isolamento social é fundamental porque, em meio a pandemia, há um grande número de pessoas infectadas que apresentam sintomas leves ou são assintomáticas, as quais, ao se deslocarem dentro de um país, respondem majoritariamente pela transmissão do vírus Sars-Cov-2 (Barifouse, 2020).

A Coreia do Sul, a partir do primeiro caso da covid-19, confirmado em 20 de janeiro de 2020, coordenou política nacional baseada nas práticas de prevenção e precauções de contato; quarentena obrigatória de duas semanas para quem entrou em contato com caso confirmado da enfermidade e priorização de testagem diagnóstica, disponibilizando testes em centenas de locais no país, possibilitando, assim, localizar focos e indivíduos contaminados, bem como rastrear o histórico de sua movimentação e os seus contatos. Essa estratégia possibilita que locais públicos ou unidades residenciais específicas possam ser isolados sem bloquear uma região inteira. Também desenvolveram aplicativo para celular com o objetivo de monitorar as pessoas em quarentena e utilizaram tecnologia de informação para localizar pessoas confirmadas para covid-19 (Rocha, 2020).

O Vietnã, que faz fronteira com a China, a partir do primeiro caso da covid-19 confirmado, em 23 de janeiro de 2020, agiu rápido isolando de imediato o país. Adotou recomendações coletivas e introduziu o uso obrigatório de máscaras; rigoroso distanciamento social; ênfase na testagem diagnóstica e rastreamento de contatos. Priorizaram campanhas de conscientização da população, envolvendo artistas e recursos tecnológicos, baseando-se a intervenção sanitária em quatro níveis: a) paciente com covid-19 confirmado (nível 1: isolamento e tratamento em hospital); b) contatos próximos do nível 1 (nível 2: isolamento em estruturas montadas pelo governo); c) contatos próximos do nível 2 (nível 3: autoisolamento em casa); e d) bloqueio (*lockdown*) do bairro, vilarejo ou cidade onde o paciente com covid-19 mora (nível 4).

Também elaboraram aplicativo para celular visando propiciar às pessoas atualizarem seu estado de saúde e utilizaram redes sociais e jornais locais a fim de buscar pessoas que tenham estado em contato com paciente acometido por covid-19. Em abril de 2020 estabeleceram bloqueio total do país por 22 dias (COMO..., 2020).

Em 10 de agosto de 2020 na China, na Coreia do Sul e no Vietnã, respectivamente, registravam-se 85.345 (6,1 por 100 mil habitantes), 14.626 (28,25 por 100 mil habitantes) e 841 (0,87 por 100 mil habitantes) casos confirmados e 4.648 (0,3 por 100 mil habitantes) 305 (0,59 por 100 mil habitantes) e 13 (0,01 por 100 mil habitantes) óbitos. A importância das intervenções desses países pode ser vista a partir da comparação com os indicadores mundiais contidos na Tabela 1.

Tabela 1. Covid-19 – Comparativo entre óbitos, casos, letalidade e testes diagnósticos em países selecionados com maior número de óbitos.

Países	Total de Óbitos	Óbitos por 100 mil hab.	Total de casos	Casos por 100 mil hab.	Letalidade	Testes Covid-19 por 1 milhão hab.
Estados Unidos	160.989	48,84	4.951.851	1.502,22	3,3%	199.375
Brasil	100.477	47,51	3.012.412	1.424,43	3,3%	62.201
México	52.006	41,09	475.902	376,0	10,9%	8.458
Reino Unido	46.574	70,1	310.829	467,9	15,0%	270.146
Índia	44.386	3,3	2.215.074	162,6	2,0%	17.795
Itália	35.205	58,4	250.566	416,0	14,1%	120.365
França	30.201	45,0	185.353	276,3	16,3%	65.548
Espanha	28.503	60,5	314.362	667,4	9,1%	159.806
Peru	20.844	64,9	471.012	1465,9	4,4%	63.078
Irã	18.427	22,1	326.712	391,6	5,6%	32.243
Rússia	15.001	10,2	892.654	608,3	1,7%	211.044
Colômbia	12.540	25,4	376.870	763,0	3,3%	37.477

África do Sul	10.408	17,7	559.859	952,5	1,9%	55.020
Chile	10.077	52,7	373.056	1952,4	2,7%	97.595
Bélgica	9.872	85,7	74.059	642,6	13,3%	160.344
Alemanha	9.197	11,1	216.327	260,2	4,3%	102.450
Canadá	8.976	23,6	119.221	313,6	7,5%	117.736
Países Baixos	6.157	35,3	58.564	335,4	10,5%	63.006
Paquistão	6.097	2,8	284.660	128,9	2,1%	9.703
Equador	5.922	33,9	94.459	540,4	6,3%	15.154
Turquia	5.844	7,0	240.804	289,6	2,4%	-
Suécia	5.763	55,7	82.323	796,3	7,0%	85.425
Indonésia	5.723	2,1	125.396	47,0	4,6%	6.324
Iraque	5.392	13,8	150.115	383,7	3,6%	28.900
Egito	5.009	5,0	95.492	95,2	5,2%	1.317
China	4.648	0,3	85.345	6,1	5,4%	62.814
Total países selecionados	664.283	13,4	16.347.202	330,2	4,1%	60.776
Total países selecionados (sem China e Índia)	615.204	28,1	14.042.858	642,2	4,4%	85.022
Total países - Mundo	728.013	9,5	19.718.030	257,3	3,7%	48.275
Total países - Mundo (sem China e Índia)	678.934	13,9	17.413.686	355,5	3,9%	52.043

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Organização Mundial da Saúde e Worldometers

Nota 1: Dados relativos a 10/08/2020

O espalhamento do Sars-Cov-2 prosseguiu, confirmando-se casos em praticamente todos os quadrantes da Ásia, África, Oceania, Europa e América. No primeiro trimestre de 2020 em função de características do vírus – alta transmissibilidade e comprometimento orgânico intenso em pacientes graves –, da manifestação ou não de sintomatologia da doença e da ausência de recursos farmacológicos específicos – medicamentos e ou vacinas –, consolidou-se mundialmente a combinação de categorias de intervenção do Estado na realidade sanitária:

- a) conscientização da população sobre práticas de prevenção e precauções de contato e busca de atendimento clínico na presença de sintomas;
- b) isolamento imediato de pessoas com quadro clínico suspeito de covid-19, realização de teste diagnóstico e rastreamento de contatos de pacientes confirmados para providenciar isolamento e testagem;
- c) notificação ao poder público de casos suspeitos e confirmados de covid-19;
- d) isolamento social;

e) disponibilização de teste diagnóstico nos serviços de saúde para detectar a infecção pelo Sars-Cov-2 em pessoas com sintomas;

g) garantia de assistência à saúde: organização da rede de serviços de saúde, incluso os de internação geral e de cuidados intensivos.

Neste contexto o isolamento social assume papel nuclear no enfrentamento da pandemia da covid-19, tendo países que o adotaram obtido êxito no controle da pandemia (Okell *et al.*, 2020), porém à sua concretização se opõe governantes nacionais de um grupo de países.

O perfil epidemiológico da covid-19 e a resposta brasileira: (in)sensatez

No Brasil, quando foi confirmado o primeiro caso de paciente com covid-19, o mundo acompanhava o modo como desde janeiro diversos países enfrentavam a emergência sanitária decorrente do espalhamento do Sars-Cov-2, atentando-se às experiências exitosas anteriormente citadas e, a partir do bimestre fevereiro-março, ao drama vivenciado pela Itália que revelou que a forma como o governo se organiza e responde politicamente à crise é fator chave na explicação da magnitude da epidemia em cada contexto. As principais lições do caso italiano foram a necessidade de: a) governança ser orquestrada em todo território nacional; b) operacionalização ao seu tempo das medidas de contenção da transmissão e ações complementares ao distanciamento social para fortalecê-las; c) expansão do enfrentamento à covid-19 (fortalecimento das ações básicas, vigilância em saúde, infraestrutura hospitalar, recursos humanos, acesso a insumos); d) medidas de mitigação abrangentes e concomitantes (Cimini *et al.*, 2020).

O Brasil, no bimestre fevereiro-março de 2020, dado que a epidemia de covid-19 progredia, teve oportunidade de tomar iniciativas, tanto no mercado produtor interno quanto no externo, para prover o país de maiores quantidades de equipamentos de proteção individual (EPI), testes diagnósticos e respiradores pulmonares suficientes para a Rede do SUS, pois os centros produtores desses produtos ainda não estavam sobrecarregados e, ainda, havia a possibilidade de propor às empresas instaladas no Brasil a reconversão de suas plantas industriais para produzir EPI e respirador pulmonar.

O governo federal mobilizou-se nesta direção insuficientemente, 41 dias depois de anunciado pela OMS o quadro de Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional.

Dado o quadro de morbimortalidade pela Covid-19 no Brasil, que situa o país na segunda posição em números absolutos de casos e óbitos (3.012.412 e 100.477

respectivamente), de acordo com Tabela 1, e os reflexos econômicos e sociais da pandemia, é crucial a atuação do governo central na proposição e execução de políticas, articulação dos entes federados, dos agentes econômicos e da sociedade.

Apesar de iniciativas positivas e sensatas referidas anteriormente adotadas pelo governo federal, ao lado da decretação pelo Senado Federal do estado de calamidade pública, estudo da Universidade Federal de Minas Gerais sobre o primeiro quadriênio de 2020, analisou essas e outras iniciativas de enfrentamento da pandemia (leis, Medidas Provisórias e outros instrumentos) e concluiu que apesar da abrangência das medidas as mesmas careciam de articulação, muitas eram recomendações com pouca eficácia (Cimini *et al.*, 2020), outras representavam insensatez.

Insensatez política

Divergências na condução da política de saúde para o enfrentamento do Sars-Cov-2 entre o chefe do poder executivo e o ministro da Saúde, se notabilizaram como um capítulo de insensatez política em meio a pandemia da covid-19.

A questão do isolamento social esteve no centro das discussões e sinais contrários partiam do comando central do governo federal. Enquanto o ministro, seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde, preconizava o isolamento social à população e orientava os entes federados a executarem suas políticas nessa direção, o presidente da República desde a decretação da emergência em saúde pública não conferia gravidade à epidemia, nem importância ao isolamento social, ao contrário. Seguindo pressupostos da ideologia neoliberal, como a manutenção da atividade econômica - acima de tudo e de todos - orientava o governo e a população sobre a desnecessidade do isolamento social, atitude que foi objeto de apreciação crítica da revista *The Lancet* (Editorial, 2020) e “demonstra as contradições do neoliberalismo, que exige circulação mesmo quando esta comprovadamente promove o adoecimento e a morte de uma porcentagem significativa da população” (Nunes, 2020).

A insensatez política se estendeu com a substituição do ministro da Saúde em plena escalada pandêmica no Brasil. Nomeou-se novo ministro que ficou no cargo 28 dias e saiu por divergir da presidência da República na condução da política de saúde, portanto, não teve tempo para implementar nenhuma política. Atualmente (10/08/2020), a Pasta está ocupada interinamente há quase três meses, desde a saída do último ministro titular, por um general de exército, que não é profissional de saúde, assessorado por mais de duas dezenas de militares, isso no momento em que o país convive com número elevado de casos e óbitos, ocupando a segunda posição mundial na incidência da covid-19.

Ao invés de coordenar nacionalmente o esforço de enfrentamento do espalhamento do Sars-Cov-2, desde meados de março de 2020, o presidente da República vem atacando orientações do Ministério da Saúde, de governadores e de prefeitos, semeando confusão e nublando a compreensão de parcela da população que, pelos veículos de comunicação, toma conhecimento diariamente da gravidade da pandemia da covid-19.

Insensatez Econômica

Em meio a sinais de contração da economia global causada pela pandemia países centrais (G20), adotando política anticíclica, injetaram 9 trilhões de dólares na economia mundial (Battersby; Lam; Ture, 2020) (89% do total). A economia brasileira, que nos últimos três anos foi objeto de uma política restritiva com um crescimento em torno de 1% do Produto Interno Bruto (PIB), deve observar uma retração de 9,1% do PIB em 2020 (IMF, 2020).

Apesar de a equipe econômica manter o discurso da austeridade e a implementação de política de redução de gastos públicos, medidas econômicas visando mitigar os desafios impostos pela pandemia da covid-19 foram adotadas – e operacionalizadas com pouca agilidade – principalmente com a edição da Emenda Constitucional 106/2020, que instituiu um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para o enfrentamento da pandemia com financiamento principalmente por meio da emissão de títulos públicos. O objetivo desta medida é propiciar o aumento e a agilidade do gasto público à margem do regramento administrativo e fiscal ordinário, separando do Orçamento Geral da União (OGU) gastos para o pronto enfrentamento da pandemia.

Na Tabela 2 verifica-se que até o dia 09 de agosto de 2020 foi alocado no orçamento extraordinário 2020 do governo federal, por meio da edição de 31 Medidas Provisórias (MP), recursos na ordem de R\$ 511,2 bilhões de reais para execução de ações de enfrentamento do Sars-Cov-2 e após 190 (cento e noventa) dias de decretação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (03/02/2020), em função da pandemia, o governo federal executou R\$ 275,8 bilhões de reais, o correspondente a 53,9% do valor autorizado.

Na execução de quase metade dos recursos disponíveis destaca-se a utilização de menos de um terço dos recursos para apoio às micro empresas e empresas de pequeno porte (31,45%), e as baixas execuções para: contratação e pagamento de salários a profissionais da saúde que atuarem em localidades afetadas pela pandemia (15,08%), apoio a infraestrutura turística (7,77%), ampliação do número de famílias do Programa Bolsa Família (12,16%), a manutenção das atividades das empresas e dos postos de trabalho e da renda dos trabalhadores (37,37%), financiamento para pagamento da folha de pessoal (11,50%), apoio aos entes

federados para enfrentamento da pandemia (47,59%), enfrentamento da ESPII à serem aplicados por vários ministérios, incluindo o Ministério da Saúde (47,88%), auxílio financeiro aos entes federados para compensação da variação nominal negativa dos recursos repassados para o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (61,63%), concessão de linha de crédito para pequenas e médias empresas (79,5%), e auxílio emergencial de proteção social (65,94%).

Tabela 2. Análise da execução do Orçamento Extraordinário do Governo Federal para enfrentamento do Sars-Cov-2

		Valores em milhões de reais			
Medida Provisória	Descrição Resumida da Ação Orçamentária	Despesas autorizadas		Executado (Pago)	
		Valor	%	Valor	%
	Auxílio emergencial pessoas vulneráveis	254.240,00	49,73%	167.650,00	65,94%
937/2020	Auxílio emergencial pessoas vulneráveis	98.200,00			
956/2020	Auxílio emergencial pessoas vulneráveis	25.720,00			
970/2020	Auxílio emergencial pessoas vulneráveis	28.720,00			
988/2020	Auxílio emergencial pessoas vulneráveis	101.600,00			
	Benefício emergencial Manutenção Emprego e Renda	51.640,00	10,10%	19.300,00	37,37%
935/2020	Benefício emergencial Manutenção Emprego e Renda	51.640,00			
	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	46.866,86	9,17%	22.440,00	47,88%
921/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	11,29			
924/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	5.099,80			
929/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	382,00			
940/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	9.444,37			
941/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	2.113,79			
942/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	639,03			
947/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	2.600,00			
953/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	2.550,00			
957/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	500,00			
962/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	418,80			
965/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	408,87			
967/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	5.566,38			
969/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	10.000,00			
976/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	4.489,22			
985/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	300,00			
994/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	1.994,96			
989/2020	Enfrentamento emergência de saúde pública – ESPII	348,35			
	Financiamento para pagamento folha pessoal	34.000,00	6,65%	3.910,00	11,50%
943/2020	Financiamento para pagamento folha pessoal	34.000,00			
	Auxílio entes federados - queda FPE e FPM	16.000,00	3,13%	9.860,00	61,63%
939/2020	Auxílio entes federados - queda FPE e FPM	16.000,00			
	Auxílio entes federados - Enfrentamento à Covid-19	63.189,49	12,36%	30.070,00	47,59%
978/2020	Auxílio entes federados - Enfrentamento à Covid-19	60.189,49			
990/2020	Auxílio entes federados - Enfrentamento à Covid-19	3.000,00			
	Apoio microempresas e empresas de pequeno porte	15.900,00	3,11%	5.000,00	31,45%
972/2020	Apoio microempresas e empresas de pequeno porte	15.900,00			

	Apoio a pequenas e médias empresas	20.000,00	3,91%	15.900,00	79,50%
977/2020	Apoio a pequenas e médias empresas	20.000,00			
	Financiamento da infraestrutura turística nacional	5.000,00	0,98%	388,47	7,77%
963/2020	Financiamento da infraestrutura turística nacional	5.000,00			
	Transferência famílias - pobreza e extrema pobreza	3.037,60	0,59%	369,29	12,16%
929/2020	Transferência famílias - pobreza e extrema pobreza	3.037,60			
	Isenção energia elétrica consumidores baixa renda	900,00	0,18%	900,00	100,00%
949/2020	Isenção energia elétrica consumidores baixa renda	900,00			
	Contratação profissionais de saúde – CTD	338,26	0,07%	51,01	15,08%
970/2020	Contratação profissionais de saúde – CTD	338,26			
	Auxílio Instituições Longa Permanência para Idosos	160,00		-	
991/2020	Auxílio Instituições Longa Permanência para Idosos	160,00			
Total de despesas para enfrentamento do Sars-Cov-2		511.272,21	100,00%	275.838,77	53,95%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Senado Federal e Siga Brasil

Nota: Dados de medidas provisórias, despesas autorizadas e execução relativos a 09/08/2020

Apesar da importância de medidas desta natureza, adotadas recentemente, elas são insuficientes e deveriam vir acompanhadas por medidas que permitissem a emissão de papel moeda em larga escala para atacar o problema central do Brasil, hoje, que é a crise de liquidez e a necessidade de recuperação do poder de compra (Bolle *et al.*, 2020), este em queda acentuada em função dos indicadores negativos do mercado de trabalho.

A resistência da equipe econômica no financiamento monetário (Bastos; Belluzzo, 2020) do gasto público – emissão de papel moeda – para enfrentamento da crise econômica e social provocada pela pandemia da covid-19 se constitui numa insensatez econômica na medida em que há uma previsão do aumento da taxa de pobreza no Brasil para 7% da população, ante 4,4% nos últimos 3 (três) anos (World Bank, 2020).

A insensatez social

Nos países que adotaram o *lockdown*, medida proposta pela Organização Mundial da Saúde como adequada para o enfrentamento do Sars-Cov-2, observou-se uma forte redução da demanda agregada porque houve paralisia econômica, aumento da taxa de desemprego e queda na renda dos trabalhadores e das famílias. Esse movimento fez com que governos de países desenvolvidos acionassem mecanismos de seguridade social, provendo recursos a trabalhadores, famílias e empresas para que não houvesse um colapso econômico e social.

No Brasil o governo federal instituiu um auxílio emergencial mensal à parcela mais pobre da população de R\$ 600,00 como política compensatória à crise econômica, desemprego, queda na renda dos trabalhadores e das famílias, com grande dificuldade de implementação em função da desarticulação administrativa/burocrática do governo federal e

do nível de pobreza no país, gerando filas e aglomeração de pessoas em frente as agências do banco oficial de pagamento do benefício.

Dado o perfil socioeconômico da população brasileira, que é caracterizado por iniquidades de renda, de educação, de habitação, de consumo e de trabalho, o fato do governo central não ter assumido a condução da política para o enfrentamento do Sars-Cov-2, articulando-se com os demais entes federados, tornou dramática a situação dos trabalhadores e das famílias. Sem renda, e considerando que pelo menos 50% das moradias brasileiras são irregulares ou ilegais (Tonucci Filho; Patrício; Bastos, 2020), a população tem dificuldade de respeitar as orientações de isolamento social, o que é agravado pela desarticulação e os sinais dúbios vindos das lideranças governamentais em relação ao isolamento – marcadamente as de âmbito federal –, e deste modo observa-se uma mudança do perfil de casos e mortalidade por Covid-19 em direção as regiões mais desfavorecidas do país, particularmente as áreas periféricas e locais com moradias irregulares das grandes cidades e interior.

Estudo da Rede de Pesquisa Solidária (Editorial, 2020) com lideranças de comunidades aponta para a possibilidade do aumento do número de casos e mortes por covid-19, em função da desinformação, aumento do desemprego e queda na renda, dificuldades de respeitar o isolamento social e de acesso aos serviços de saúde, bem como o aumento da fome com impactos sobre os níveis de violência, furtos e saques.

A insensatez sanitária

O marco legal e regulatório do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe que a política de saúde seja conduzida de forma tripartite pelos entes federados e implementada solidariamente. Diante do desalinhamento no nível central e da velocidade de avanço da epidemia, os governos subnacionais, cada um a seu modo, ao seu tempo e segundo sua capacidade, adotaram cada qual a sua política. Neste contexto emergiu um elemento adicional, a judicialização da saúde, que se por um lado contribuiu para garantir direitos constitucionais, acolhendo demandas individuais, coletivas e do Ministério Público por acesso a bens, serviços de saúde e *lockdown*, por outro desarticulou o planejamento ao determinar a obrigação de fazer por parte do poder executivo.

As medidas propostas pela OMS, no plano estratégico de preparação e resposta à Covid-19 e ao afrouxamento do isolamento social (WHO, 2020), ainda não encontraram condições adequadas no Brasil. Com o aumento do número de casos e mortes, a transmissão do vírus está longe de ser controlada. Estudos realizados semanalmente pelo Centre for Global Infectious Disease Analysis que analisam o número de óbitos em países com

transmissão ativa da covid-19, mantem projeção de expansão do número de óbitos para o Brasil (Imperial College Covid-19, 2020).

Neste cenário a realização de testes diagnósticos para monitorar a epidemia, controlar a transmissão e reduzir óbitos (Imperial College Covid-19, 2020) é central. Considera-se que há subnotificação no país por fatores diversos dentre eles o não registro de casos fora dos ambientes de assistência à saúde, óbitos por causas decorrentes do Sars-Cov-2 não computadas como covid-19 e principalmente pela não realização de testes para detecção do Sars-Cov-2 em pessoas que apresentam sintomas leves, além do insuficiente rastreamento dos contatos de pacientes diagnosticados. Esses fatores trazem incertezas sobre o real número de casos, de óbitos e a letalidade, prejudicando a implementação de políticas públicas.

Centros de pesquisa no Brasil têm divulgado estudos apontando a subnotificação de casos de covid-19, destacando-se o trabalho Evolução da Prevalência de Infecção por Covid-19 no Brasil: Estudo de Base Populacional – Epicovid19-BR, primeiro inquérito de abrangência nacional, amostral e com testagem, desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Os resultados oficiais revelam contaminação geral de 3,8% da população brasileira, a doença conformando um “mosaico” epidemiológico no país e uma estimativa de 6 vezes mais casos de infectados do que os números oficiais (Comunello, 2020). Segundo o reitor da UFPel e coordenador da pesquisa, Pedro Hallal: “Somos, hoje, o país em que a covid-19 se expande de forma mais acelerada em todo o mundo” (Boehm, 2020).

Medidas de vigilância em saúde, como o isolamento de infectados e rastreamento de seus comunicantes oportunamente, dependem da realização de testes, porém no Brasil são realizados 62.201 testes por milhão de habitantes (Tabela 1), aparecendo o país na posição 69 de uma relação de 217 países. Esse fato está diretamente relacionado – e é decorrência – da incapacidade de realização do número de testes imprescindível à adoção de medidas de vigilância em saúde potentes no enfrentamento da epidemia e, assim, o país lida “no escuro” com a situação tentando tratar o número exponencial de casos que aparece.

A ausência de uma coordenação nacional unívoca no enfrentamento do Sars-Cov-2 no Brasil foi fator determinante do envolvimento, aquém do possível, da estrutura do SUS – unidades de vigilância, atenção básica, ambulatorial especializada e hospitalar – que é dotada de capilaridade no território nacional e é fundamental para garantir a universalidade, a integração sanitária e a articulação dos serviços assistenciais dos níveis de atenção. Apesar do subfinanciamento histórico, aprofundado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, o SUS conta com estratégias já consolidadas no âmbito da atenção básica – reconhecida como coordenadora do cuidado à saúde e ordenadora da rede de atenção – de monitoramento de

grupos de risco (Cimini *et al.*, 2020) e pode reforçar ações preventivas, promotoras e protetoras da saúde nas comunidades locais.

Também decorreu da ausência de uma coordenação nacional unívoca no enfrentamento do Sars-Cov-2, articulada solidamente com os entes federados, o não envolvimento e incorporação de forças sociais vivas e lideranças comunitárias, que conhecem de fato os territórios locais, como elementos cruciais no engajamento da população nas medidas de isolamento social, o que se constituiu em uma insensatez sanitário-epidemiológica.

Entre os dias 13 e 21 de março de 2020 medidas de distanciamento social foram adotadas em municipalidades de praticamente todos os estados, verificando-se no Estado de São Paulo a decretação do isolamento social em âmbito estadual, a partir de 24 de março de 2020. A conjunção dos atributos de região federada mais populosa e proeminente economicamente do país, ao mesmo tempo em que se constituía no epicentro da epidemia, se por um lado havia levado dirigentes do Estado a adotarem procedimento que se revelou mundialmente poderoso no combate ao Sars-Cov-2, o isolamento social, por outro trouxe o envolvimento aquém do possível da estrutura do SUS, a não incorporação das lideranças comunitárias no processo e descaramento na aquisição de testes diagnósticos para o conjunto da Rede do SUS.

A atuação brasileira no enfrentamento do Sars-Cov-2 não observou as experiências exitosas, os dramas e as respostas que alguns países deram a crise. Segundo Barbara Tuchman:

“Se os homens pudessem aprender da História, que lições ela nos poderia ensinar!”, lamentou Samuel Coleridge. “Mas a paixão cega nossos olhos, e a luz que a experiência nos dá é a de uma lanterna na popa, que ilumina apenas, as ondas que deixamos para trás”. É bela a imagem, mas enganosa a sua mensagem – pois a luz nas ondas que já ultrapassamos poderia nos tornar aptos a inferir a natureza das ondas à frente (Tuchman, 1989, p. 389).

O perfil epidemiológico da covid-19 no município de São Paulo: expondo as iniquidades no território

Preliminarmente cabe informar que o município de São Paulo não dispõe de banco de dados de livre acesso, atualizado, sobre casos e óbitos por Covid-19, por distrito

administrativo. Os dados foram disponibilizados mediante solicitação amparada na lei de acesso a informação e referem-se a 02/06/2020, onde se observa que o município de São Paulo apresenta 38,8 óbitos por 100 mil habitantes, 608,0 casos por 100 habitantes e uma letalidade de 6,4%. Esses números estão: 123,0%, 136,0% acima da média do Estado de São Paulo e 5,9% abaixo, respectivamente; 162,2%, 131,5% e 14,3% acima da média brasileira, respectivamente; 66,5%, 86,7% acima da média de países com maior mortalidade e 7,2% abaixo, respectivamente; e 424,3%, 403,7% e 6,7% acima da média mundial, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Casos, óbitos e letalidade por covid-19 no município de São Paulo e distritos mais e menos desenvolvidos do município em relação ao Estado de São Paulo, Brasil, países selecionados com maior número de óbitos, e ao mundo.

Dados	Casos por 100 mil hab.	Óbitos por 100 mil hab.	Letalidade
Município de São Paulo (A)	608,0	38,8	6,4
Varição % A/D	136,0	123,0	-5,9
Varição % A/E	131,5	162,2	14,3
Varição % A/F	86,7	66,5	-7,2
Varição % A/G	403,7	424,3	6,7
15 Distritos mais desenvolvidos do município de São Paulo (B)	855,3	43,2	5,1
Varição % B/D	232,0	148,3	-25,0
Varição % B/E	225,7	191,9	-8,9
Varição % B/F	162,7	85,4	-26,1
Varição % B/G	608,6	483,8	-15,0
15 Distritos menos desenvolvidos do município de São Paulo (C)	432,9	31,8	7,3
Varição % C/D	68,1	82,8	7,4
Varição % C/E	64,9	114,9	30,4
Varição % C/F	33,0	36,5	5,8
Varição % C/G	258,7	329,7	21,7
Estado São Paulo (D)	257,6	17,4	6,8
Brasil (E)	262,6	14,8	5,6
Países selecionados (F)	325,6	23,3	6,9
Mundo (G)	120,7	7,4	6,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Organização Mundial de Saúde e Prefeitura do Município de São Paulo.

Nota 1: Dados de países, município de São Paulo e distritos do município relativos a 02/06/2020.

Nota 2: Linha (F) países selecionados com maior número de óbitos em 02/06/2020: Estados Unidos da América, Reino Unido, Itália, Brasil, França, Espanha, México, Bélgica, Alemanha, Irã, Canadá, Países Baixos, Índia, Rússia, China, Turquia, Peru, Suécia, Equador, Suíça, Irlanda.

Os 15 distritos mais desenvolvidos da cidade de São Paulo apresentaram, em média, 43,2 óbitos por 100 mil habitantes, 855,3 casos por 100 mil habitantes e uma letalidade de 5,1%. Em relação ao Estado de São Paulo, Brasil, países selecionados e média mundial a variação percentual é respectivamente: 148,3, 232,0 e -25,0; 191,9, 225,7 e -8,9; 85,4, 162,7 e -26,1; 483,8, 608,6 e -15,0.

Os 15 distritos menos desenvolvidos da cidade de São Paulo apresentaram, em média por 100 mil habitantes, 31,8 óbitos, 432,9 casos e 7,3% de letalidade. Em relação ao Estado de São Paulo, Brasil, países selecionados, e média mundial, a variação percentual é respectivamente: 82,8, 68,1 e 7,4; 114,9, 64,9 e 30,4; 36,5, 33,0 e 5,8; 329,7, 258,7 e 21,7. A letalidade nos 15 distritos menos desenvolvidos (7,3%) é maior que nos 15 distritos mais desenvolvidos (5,1%) e que a média do município (6,4%).

Analisando a evolução dos casos confirmados de covid-19 no município de São Paulo, de 31/03/2020 a 02/06/2020 e pareando os distritos mais desenvolvidos com os menos desenvolvidos (Figura), observa-se um aumento do número de casos 18,5 vezes maior nos distritos menos desenvolvidos em relação aos distritos mais desenvolvidos.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria de Saúde do município de São Paulo.

No pareamento do número de casos entre o distrito mais desenvolvido, Moema, com o menos desenvolvido, Marsilac, observa-se uma diferença de 12,1 vezes, do segundo distrito mais desenvolvido, Pinheiros, em relação ao segundo menos desenvolvido, Parelheiros, observa-se uma diferença de 38 vezes, de Perdizes para Lajeado 11,3 vezes, de Jardim Paulista para Jardim Ângela 36,3 vezes, de Alto de Pinheiros para Iguatemi 14,6 vezes, Itaim Bibi para Jardim Helena 44,5 vezes, de Vila Mariana para Grajaú 42 vezes, de Consolação para Itaim Paulista crescimento de casos praticamente iguais, de Santo Amaro para Vila Curuçá 18,6 vezes, de Saúde para Cidade Tiradentes 8,6 vezes, de Lapa para São Rafael 13,5 vezes, de Bela Vista para Guaianazes 3,5 vezes, de Morumbi para Brasilândia 16,5 vezes, de Tatuapé para Perus 6,7 vezes, de Liberdade para Anhanguera 9,2 vezes.

O aumento médio verificado nos 15 distritos mais desenvolvidos e nos 15 distritos menos desenvolvidos (7,5 vezes e 26 vezes respectivamente), apesar de acometer todas as faixas etárias, sexos, raça/cor, expõe a iniquidade do processo saúde-doença, como construção social histórica (Singer; Campos; Oliveira, 1981) no território do município de São Paulo.

Considerações Finais

1. Houvesse uma coordenação política nacional e sensatez política, econômica, social e sanitária do enfrentamento da covid-19, teria chegado aos setores sociais fragilizados e vulneráveis, rapidamente, proteção econômica e social mais abrangente. Ao lado disso, teriam sido adotadas medidas ágeis e desburocratizadas visando a manutenção de empresas, especialmente as micro, pequenas e médias, condicionadas à preservação de empregos. Com isso teria sido possível parar amplamente as atividades não essenciais no país, incentivar o compromisso das pessoas com o distanciamento social e exigir, como fizeram a esmagadora maioria dos países, o efetivo cumprimento pela população de um isolamento social rígido.

Porém, o governo brasileiro, traduzindo a posicionamento neoliberal das classes dominantes e seus aliados, não tratou a pandemia da covid-19, e sua expressão no Brasil, como objeto de combate prioritário, ao contrário não houve – e continua não havendo – coordenação política do enfrentamento da covid-19 como emergência nacional, portanto, cada ente federado adota a política que julga ser mais adequada.

Esse é o pior dos cenários em um país com extensa área territorial, cujas regiões são heterogêneas do ponto de vista econômico, social, demográfico e da infraestrutura sanitária.

Ilustrativo do que acabamos de afirmar é que, após 190 (cento e noventa) dias de decretação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, o governo federal executou pouco mais (3,9%) da metade dos recursos globais disponíveis para o enfrentamento

da pandemia, menos da metade dos recursos disponíveis para vários ministérios, incluindo o Ministério da Saúde, menos de um terço dos recursos para apoio às micro empresas e empresas de pequeno porte, e pouco mais de quinze por cento dos recursos disponíveis para contratação e pagamento de salários para profissionais de saúde atuarem em localidades afetadas pela pandemia.

2. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2020 o governo federal teve tempo para preparar o país.

Naquele bimestre assistiu-se o avanço do enfrentamento da epidemia por autoridades sanitárias no mundo, o que já apontava para a urgência da agilização de providências internas, que fossem precoces e suficientes, no seguinte sentido:

a) envolver as equipes do SUS no enfrentamento do Sars-Cov-2, com ênfase nas ações de dimensão coletiva e individual, nessa ordem;

b) planejar e adquirir EPI para os trabalhadores do SUS;

c) criar condições internamente para produção de testes diagnósticos suficientes para emprego no SUS;

d) sondar o mercado produtor internacional antevendo-se necessidade de aquisição de EPI, respirador pulmonar e testes diagnósticos, bem como estimular a reconversão interna de plantas industriais para a produção destes itens;

3. O isolamento social é ferramenta nuclear no combate ao espalhamento do Sars-Cov-2, tendo se revelado vital naqueles países que mantêm baixas taxas de mortalidade ou que tenham superado quadros sanitários dantescos e estabilizado suas taxas de mortalidade. Inspirados nessas experiências práticas devemos perseguir o isolamento social, quando e aonde for necessário, buscando combinar a participação federal com forte atuação de poderes e comunidades locais.

No Brasil o isolamento social foi adotado de modo isolado por estados, Distrito Federal e municípios, portanto, não ocorreu prévia definição de critérios nacionais, o que teria possibilitado a esses entes federados a adoção de medidas paulatinamente mais restritivas à medida que fosse ocorrendo aumento do número de casos e de óbitos.

Embora governadores e prefeitos tenham adotado o isolamento social precocemente, o alheamento do governo federal fez com que perdêssemos essa vantagem tático-operacional no processo de enfrentamento da covid-19. Em outros termos, perdêssemos essa vantagem por não contarmos com coordenação que ajudasse a suprir potentemente estados, Distrito Federal e municípios com testes diagnósticos; que colaborasse mais proximamente com a organização

das redes do SUS, enfim, que ajudasse na discussão de critérios para a retomada do funcionamento e do convívio social.

4. A legislação brasileira possibilita requisitar leitos de UTI da iniciativa privada para tratamento da covid-19, no entanto, como houve pouco progresso na sua regularização, urge disciplinar o uso de leitos privados pelo setor público, pactuando-o na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados da Federação.

5. Não se acordou plenamente o maior protagonismo da atenção básica e da vigilância em saúde no rastreamento de contatos dos pacientes com covid-19. A rápida expansão da enfermidade para os bairros populares das cidades brasileiras, vem colocando às equipes do SUS a solução de um problema concreto: como isolar pacientes com testes positivos para Sars-Cov-2, sem sintomatologia grave, mas cujo isolamento efetivo é impossibilitado por condições sociais alheias à vontade dos próprios pacientes? Acreditamos que, sob a coordenação das equipes técnicas do SUS, as municipalidades e Estados poderiam organizar e normatizar um novo ambiente sanitário destinado ao isolamento desses pacientes.

6. A partir da confirmação do primeiro caso de covid-19 no município de São Paulo, na medida que os dias passavam, ocorreu um direcionamento maior da incidência de casos confirmados para a periferia e locais de moradias irregulares da cidade. E não era inevitável que assim fosse, pois, embora não desconheçamos as desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira, temos certo que nenhuma parcela de nossa população pode ser desconsiderada se quisermos efetivamente enfrentar este desafio global.

Neste sentido, é preciso garantir urgentemente que a proteção econômica e social do Estado chegue aos setores populacionais fragilizados e que se cultive ativa solidariedade a esses conjuntos numerosos de seres humanos.

Com isso as providências a cargo da saúde coletiva – fruto da nossa tradição sanitária – podem se dar em terreno mais fértil à defesa da vida das pessoas como centro da ação das equipes de saúde, minimizando, assim, o sofrimento, a angústia e a dor de brasileiros e de brasileiras.

A indisponibilidade de informação sobre os casos e óbitos pelo Sars-Cov-2, por distrito administrativo no município de São Paulo, em banco de dados e o atraso na sua divulgação, pode representar uma limitação do estudo e comprometer o resultado de pesquisas nacionais e internacionais, além de influir no planejamento e gestão de ações para o enfrentamento da pandemia.

Um dos pressupostos iniciais deste trabalho era de que a aplicação de políticas neoliberais por governos que emergiram nos últimos tempos, particularmente no Brasil, no enfrentamento da pandemia causada pelo Sars-Cov-2 revelaria insensatez política, econômica, social e sanitária com todos os seus reflexos nefastos e os custos sociais e de vidas humanas. Isso não só se confirmou, como evidenciou a tese de que a insensatez e a descoordenação do governo federal do Brasil no enfrentamento da pandemia da covid-19 geraram o aumento exponencial do número de casos e de óbitos por esta doença, principalmente em populações mais pobres e vulneráveis.

Diante do exposto, considera-se importante que mais investigações sejam conduzidas ampliando e atualizando o alcance deste estudo, como contribuição para discussão e orientação de políticas públicas no Brasil.

REFERÊNCIAS

BACHELET, M.; GRANDI, F. *Pandemia de coronavírus é um teste de nossos sistemas, valores e humanidade*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-pandemia-de-coronavirus-e-um-teste-de-nossos-sistemas-valores-e-humanidade/>. Acesso em: 17 maio 2020.

BARRETO M.L. *et al.* *O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?*. Rev. bras. epidemiol., Rio de Janeiro, v. 23, e200032, 2020.

BASTOS, P.P.Z; BELLUZZO, L.G.M. *Financiamento monetário é arma orçamentária em “guerra” contra a covid-19*. Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniaofinanciamento-monetario-e-arma-orcamentaria-em-guerra-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 01. *Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)*. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 04. *Novo coronavírus (2019-nCoV)*. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf. Acesso em: 3 jul. 2020b.

BRASIL. Governo do Brasil. *OMS declara emergência de saúde pública internacional para novo coronavírus*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-para-novo-coronavirus>. Acesso em: 7 maio 2020c.

BARIFOUSE, R. *Coronavírus: lentidão inicial em diagnósticos facilitou disseminação de vírus na China, diz estudo*. BBC News – Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51938703>. Acesso em: 15 maio 2020.

BATTERSBY B.; LAM W.R.; TURE, E. *Rastreado o suporte fiscal global de US \$ 9 trilhões para combater o COVID-19*. IMFBlog. Disponível em: <https://blogs.imf.org/2020/05/20/tracking-the-9-trillion-global-fiscal-support-to-fight-covid-19/>. Acesso em: 23 maio 2020.

BOLLE, M *et al*. *Emitindo moeda, o Estado cria poder de compra que antes não existia*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/04/emitindo-moeda-o-estado-cria-poder-de-compra-que-antes-nao-existia.shtml>. Acesso em: 5 maio 2020.

BOEHM, C. *Proporção da população com anticorpos do novo coronavírus aumenta 53%*. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/proporcao-da-populacao-com-anticorpos-do-novo-coronavirus-aumenta-53>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CIMINI, F. *et al*. *Nota Técnica: Análise das primeiras respostas políticas do Governo Brasileiro para o enfrentamento da COVID-19 disponíveis no Repositório Global Polimap*. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1242-nota-tecnica-analise-das-primeiras-respostas-politicas-do-governo-brasileiro-para-o-enfrentamento-da-covid-19-disponiveis-no-repositorio-global-polimap>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COMO o Vietnã conseguiu vencer o coronavírus, apesar do sistema de saúde precário. BBC News – Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52584143>. Acesso em: 2020 maio 23.

COMUNELLO, P. *Lockdown rigoroso de 15 dias no Brasil inteiro, defende reitor da UFPel*. Jornal do Comércio, Porto Alegre. Disponível em: https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/geral/2020/06/745235-lockdown-rigoroso-de-15-dias-no-brasil-inteiro--defende-reitor-da-ufpel.html. Acesso em: 2020 jul. 16.

EDITORIAL. *Perhaps the biggest threat to brazil's covid-19 response is its president, Jair Bolsonaro*. The Lancet, London, v. 395, n. 10.235. p.1461-1520. 9 maio 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).

EDITORIAL. *Pandemia e suas consequências estimulam violência e desesperança em comunidades carentes*. Jornal da USP. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/pandemia-e-suas-consequencias-estimulam-violencia-e-desesperanca-em-comunidades-carentes/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GADAMER, H.G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

IMPERIAL COLLEGE COVID-19. *Short-term forecasts of Covid-19 deaths in multiple countries*. Disponível em: <https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/index.html>. Acesso em: jun. 2020.

IMPERIAL COLLEGE COVID-19. *Report 16: Role of testing in Covid-19 control*. DOI: <https://doi.org/10.25561/78439>. Disponível em: <http://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-16-testing/>. Acesso em: 2 maio 2020.

INTERNATIONAL MONETARY FUND – IMF. *A crisis like no other, an uncertain recovery*. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OKELL, L.C., *et al.* *Have deaths from COVID-19 in Europe plateaued due to herd immunity?*. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10.241 p.1.883, e110-e111. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31357-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31357-x). Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31357-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31357-X.pdf). Acesso em: 20 jun. 2020.

NUNES J. *A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020.

RICOUER, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

ROCHA, C. *Coronavírus: as ações da Coreia do Sul e as lições para o Brasil*. NEXO. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/13/Coronav%C3%ADrus-as-a%C3%A7%C3%B5es-da-Coreia-do-Sul-e-as-li%C3%A7%C3%B5es-para-o-Brasil>. Acesso em: 22 maio 2020.

SINGER, P; CAMPOS, O; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

SPINK, P. *Análise de documentos de domínio público*. In: SPINK, M.J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

TONUCCI FILHO, J.B.M.; PATRÍCIO, P.A.; BASTOS, C. *Nota Técnica – Desafios e propostas para enfrentamento da Covid-19 nas periferias urbanas: análise das condições habitacionais e sanitárias dos domicílios urbanos no Brasil e na Região Metropolitana de Belo Horizonte*. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/nota-tecnica-de-pesquisadores-da-ufmg-lista-medidas-para-combate-a-covid-19-nas-periferias>. Acesso em: 21 maio 2020.

TUCHMAN, B.W. *A marcha da insensatez: de Tróia ao Vietnã*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio, 1989.

WORLD BANK. *Semiannual Report of the Latin America and Caribbean Region: The Economy in the Time of Covid-19*. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33555/9781464815706.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Covid-19 Strategy Update*. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19. Acesso em: 10 maio 2020.