

Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19

Brazilian political situation and health: from the 2016 coup to the COVID-19 pandemic

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélllo¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹, Romário Correia dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213418

RESUMO Estudos de análise de conjuntura no campo da saúde coletiva têm ganhado espaço, contribuindo para sistematizar elementos da realidade e traçar cenários possíveis para uma melhor atuação na arena política. Embasado no materialismo histórico e dialético, este ensaio busca analisar a conjuntura política brasileira do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. O ensaio está estruturado em três seções: a primeira reconhece a importância de pensar o passado para se compreender o futuro, bem como as forças mobilizadoras e ameaçadoras do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda traça um perfil do projeto ultraneoliberal imposto à política de saúde frente ao golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016 e a eleição do presidente Jair Bolsonaro, em 2018, cuja moeda de troca englobou a redução da seguridade social; a terceira seção discute como a pandemia da Covid-19 foi conduzida pelo governo federal e entes subnacionais, assim como a atuação da sociedade civil e política organizada. Nas considerações finais, apresentam-se os desafios das forças progressistas para o ano eleitoral de 2022 e para sustentabilidade de um possível governo popular que garanta o direito universal à saúde, sendo este parte do desafio maior de retomada e garantia da própria democracia.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Conjuncture analysis studies in the field of public health have gained space, contributing to systematize elements of reality and outlining possible scenarios for better performance in the political arena. Based on historical and dialectical materialism, this essay seeks to analyze the Brazilian political conjuncture from the 2016 coup to the COVID-19 pandemic. The essay is structured in three sections: the first recognizes the importance of thinking about the past to understand the future, as well as the mobilizing and threatening forces of the Unified Health System (SUS); the second outlines a profile of the ultra-neoliberal project imposed on health policy in the face of the 2016 legal-media-parliamentary coup and the election of President Jair Bolsonaro, in 2018, whose bargaining chip included the reduction of social security; the third section discusses how the COVID-19 pandemic was handled by the federal government and subnational entities, as well as the role of civil society and organized politics. In the final considerations, the challenges of progressive forces for the 2022 election year and for the sustainability of a possible popular government that guarantees the universal right to health are presented, which is part of the greater challenge of resuming and guaranteeing democracy itself.*

KEYWORDS COVID-19. Health policy. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil. liviamilenamello@gmail.com



Introdução

No contexto social, político, econômico, ambiental, cultural e sanitário em que o País se encontra atualmente, entender o lugar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, frente às investidas do capital internacional e do neoconservadorismo fascista, permite compreender dialeticamente o passado, o momento presente e os cenários possíveis de futuro¹.

Estudos no campo das ciências sociais e humanas na saúde, há algum tempo, têm se dedicado a refletir e analisar as diversas conjunturas políticas, sociais e econômicas nas quais as forças disputam os rumos das políticas de saúde no Brasil²⁻⁶. Particularmente, o materialismo histórico e dialético tem contribuído para a interpretação da realidade e a compreensão da relação capital-trabalho na saúde, sintetizando suas contradições e o papel socio-histórico da luta de classes na conquista de direitos, construção de valores de justiça e solidariedade^{7,8}.

Considerando a necessidade de atualizar análises anteriores e sintetizar elementos da realidade atual, este ensaio busca investigar a conjuntura brasileira e seus reflexos na política da saúde, do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19.

Histórico de lutas pela universalização da saúde: entre as migalhas e a busca do projeto civilizatório do SUS

O Brasil é um país latino-americano, com população acima de 200 milhões de habitantes, espalhados por 5.570 municípios, marcado por uma grande desigualdade social⁹. As raízes históricas da colonização, baseada em economia agrária e escravista, não foram superadas pela modernização capitalista iniciada com a industrialização de setores estratégicos, em 1930, alternando regimes democráticos e

autoritários, com parca redistribuição social até os dias atuais¹⁰.

Inicialmente, organizada a partir da medicina privada para as elites e da caridade para o conjunto da população pauperizada, seguida do modelo de seguro social para trabalhadores do mercado formal urbano, a assistência à saúde se restringiu, por muito tempo, a uma parcela reduzida da população. Partindo da crítica ao sistema de saúde vigente na década de 1980, baseado na prestação de serviços subsidiados pelo Estado, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) formulou um projeto de saúde baseado na seguridade social, somando esforços às lutas pela redemocratização do País. Tal proposta foi incorporada à Constituição federal de 1988, que estabelece as diretrizes para um sistema de saúde universal, financiado por impostos gerais e contribuições sociais¹¹⁻¹³.

Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas, sendo sustentado por vetores positivos que, segundo Paim¹⁴, abrangem: a) uma rede ampla de trabalhadores do setor saúde, entidades de defesa dos usuários, gestores, professores que formam opinião e desenvolvem saberes técnicos para a gestão do sistema; b) ampliação do acesso, em especial, através da cobertura de 60% de Atenção Primária à Saúde (APS); c) participação social por meio dos conselhos e das conferências de saúde; d) avanços no sistema de vigilância em saúde e sanitária, na assistência farmacêutica, em transplantes, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), saúde bucal, controle do HIV/Aids e qualidade do sangue, imunização; e) reconhecimento formal do direito à saúde, que tem possibilitado a difusão dessa conquista na sociedade.

Por outro lado, obstáculos e ameaças ao SUS também estão visíveis, tais quais: a) valores de individualismo presentes na sociedade brasileira; b) resistência dos trabalhadores de saúde que vivem situações de grandes diferenças salariais, ausência de carreiras, más condições

trabalhistas e baixa valorização profissional; c) baixa profissionalização da gestão, permeada pelo uso do clientelismo partidário; d) insuficiência de infraestrutura; e) dificuldade de efetivação de redes regionalizadas; f) subfinanciamento crônico e fortalecimento da ideologia da privatização¹⁴.

Soma-se a isso a crise econômica mundial de 2008, que ampliou forças ameaçadoras no cenário internacional, culminando com a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Cobertura Universal de Saúde (CUS). Tal orientação foi expressa no relatório mundial de saúde de 2010, 'Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal', em contraposição à noção consolidada de sistemas universais de saúde¹⁵.

O conceito de CUS abriga três dimensões: a primeira se relaciona ao percentual da população que está coberta por serviços de saúde; a segunda refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários; a terceira diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos nos pontos de atenção à saúde^{16,17}.

Noronha¹⁸ chama atenção para a confusão que o termo universal traz em si, nessa proposta de cobertura universal, o que, de fundo, sugere a ampliação de seguros sociais ou privados na reconfiguração dos sistemas de saúde, levando a crer que isso corresponda a oportunidade de acesso e uso, o que, para o autor, não é verdadeiro.

Em período ainda mais recente, o que se assistiu no Brasil foi a um tensionamento de forças conservadoras sobre o governo Dilma Rousseff (2011-2016), em que, de um lado, a pressão popular nas ruas e o apelo por apoio financeiro por parte de prefeitos e gestores municipais aceleraram a agenda de governo para implantação do que veio a ser o Programa Mais Médicos (PMM), em outubro de 2013; e, de outro, os agentes do mercado conseguem a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que modifica a lei orgânica da saúde e permite a entrada de capital estrangeiro na saúde, até então vedada legalmente^{19,20}.

O PMM propôs o fortalecimento da APS no SUS, tendo como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias e adequar os processos de educação e formação médica para fortalecer a APS no SUS²⁰. Incorporou 18 mil médicos em 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com ampla aprovação da população usuária e melhora de indicadores relacionados às internações por condições sensíveis à APS²¹.

Não obstante, mesmo com esforços como esses, o País não conseguiu alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. Em 20 anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou a cobertura de 5% para 62,5%, passando a cobrir, potencialmente, cerca de 130 milhões de pessoas, com inegável impacto positivo na saúde da população e para o SUS^{22,23}. Porém, questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos serviços com a atual configuração de uma equipe de saúde da família responsável por três mil pessoas, em média²⁰, e a crescente priorização do financiamento para a Média e Alta Complexidade (MAC), em detrimento da APS.

Entre 2002 e 2016, evidenciou-se uma evolução de transferência do Ministério da Saúde (MS) para os municípios de 12,77%, em 2002, para 16,67%, em 2016, na APS; e de 23,89% para 40,39% na MAC. Isso revela uma priorização da MAC em relação aos investimentos na APS, por um lado, mas uma crescente ampliação de recursos ao longo dos anos, ao mesmo tempo, na APS²⁴.

Outro importante desafio é a permanência de diferentes modelos de atenção nos serviços de APS, o que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos tradicionais de prestação dos serviços. Estes últimos não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, não dispendo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes. A qualidade e a efetividade desses dois modelos já foram comparadas em estudos científicos, demonstrando que a ESF é superior^{16,23,25,26}.

Desde a criação do SUS, caminhou-se em direção à imagem-objetivo do projeto

civilizatório que ele representa²⁷, no entanto, na arena da decisão política da saúde nos últimos anos, incidiram em sua conformação diversos e novos vetores, em especial, para a construção simbólica de um SUS problemático, ineficaz, ineficiente e para pobres²⁸. Na América Latina, a partir de 2014, uma onda política conservadora ganha fôlego, voz, robustez e capacidade de redirecionar os projetos de democracia, com derrotas de governos progressistas nas eleições na Argentina (2014), no Brasil (2018), no Uruguai (2019) e no Equador (2021), e tentativas de golpe na Venezuela (2019) e na Bolívia (2019)²⁹.

Reorganização de forças neoconservadoras no Brasil e a seguridade social como moeda de troca

Caracterizando o cenário atual de recomposição das forças conservadoras no Brasil, um marco importante a ser fixado foi o golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016, que levou ao impedimento da presidente Dilma Rousseff, democraticamente eleita. O que se sucedeu foi o governo do seu vice, Michel Temer, com uma sequência de políticas de caráter autoritário e antidemocrático, promovendo ajuste fiscal e prioridade absoluta para pagamento da dívida pública, reforma da legislação trabalhista, com supressão de direitos e redução do custo do trabalho, mercantilização de empresas nacionais fundamentais para a garantia de soberania nacional, abrindo todos os setores da economia às empresas estrangeiras^{30,31}.

Entre as medidas do governo Michel Temer (2016-2018), destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congelou por 20 exercícios fiscais a destinação de recursos públicos para despesas primárias, entre as quais, as despesas com saúde. Além disso, ampliou-se a abertura de espaço no MS para empresários da saúde e

suas propostas para a reforma do SUS e para a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017³²⁻³⁵.

Quanto à EC 95, representa o desfinanciamento constitucionalizado das políticas sociais, devendo impactar numa redução de 400 bilhões de reais, que seriam obrigatoriamente aplicados em saúde, num período de 20 anos, se considerasse um cenário de crescimento econômico de 2% ao ano. Soma-se a isso um aumento populacional, com duplicação do percentual de idosos e aumento dos custos da assistência à saúde, o que demandaria aumento do valor per capita investido em saúde ante os novos problemas e necessidades da população³⁶⁻³⁸.

Diante desse cenário, as propostas governamentais do MS passaram a incentivar o mercado de planos de saúde, sugerindo uma diminuição do Estado na responsabilidade de garantir esse direito³⁹. Assim, demandou-se a um grupo de trabalho ministerial – composto por representantes das empresas do setor, MS e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – um estudo sobre planos populares de saúde ou planos de saúde acessíveis. Tal ideia representou uma forma de salvar os planos de saúde que perderam clientes nos últimos anos de crise econômica no Brasil, sabendo-se que contratos com planos de saúde são, em grande parte, empresariais ou coletivos, portanto, dependentes do mercado de trabalho^{40,41}.

Em paralelo e fortalecendo a lógica de um SUS restrito, Morosine, Fonseca e Lima⁴² alertaram para os riscos presentes na reformulação da PNAB de 2017, como a relativização da cobertura e a ameaça ao princípio da universalidade, a segmentação do cuidado com padrões essenciais e ampliados de serviços, o reposicionamento da ESF e a retomada da atenção básica tradicional, o indicativo de integração das atribuições ou fusão dos/as ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) e a fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde.

Já no plano internacional, o ano de 2018 foi marcado pela comemoração dos 40 anos

da Declaração de Alma-Ata, através da conferência global de APS, em Astana, Cazaquistão. As medidas de reformulação da PNAB e a proposta de ampliação do mercado de planos populares de saúde estavam bem alinhadas com as recomendações dessa conferência, que conclamou os países para a já anunciada CUS. Como já dito, a CUS prioriza a cobertura financeira, não garantindo o direito universal, além de restringir a APS a uma “cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos”⁴³⁽⁶⁾.

Ao mesmo tempo, assiste-se ao crescimento da APS no setor suplementar brasileiro⁴⁴, o que, num primeiro momento, parece positivo no que tange a uma melhor qualidade do vínculo e da integralidade da atenção, se não houvesse aí embutida uma lógica economicista de redução de gastos⁴⁵, preparo para uma maior integração do setor público com o setor privado na APS, com possibilidade de compra de serviços de APS para o SUS, advindos do setor privado e/ou risco de migração dos médicos de família e comunidade da ESF, minando os esforços feitos pelo Estado para formação desses profissionais⁴⁶.

Nesse sentido, o Instituto Coalizão Saúde (Icos), formado por lideranças da cadeia produtiva do setor saúde, no Brasil, sugeriu, no seu caderno de propostas de 2018, ampliar “a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição do desenho, planejamento e execução das políticas nacionais de saúde”, assim como “ampliar a atenção primária, expandindo-a de maneira significativa nos setores público e privado”⁴⁷⁽²³⁾.

Como continuidade e radicalização do projeto neoliberal implantado pelo presidente Michel Temer, foi eleito, em outubro de 2018, o presidente Jair Messias Bolsonaro, apoiado por organizações religiosas, militares, setores conservadores das elites e classes médias, além de setores populares reativos ao *establishment* político. Em seu programa de governo, propôs medidas econômicas que englobam

autonomia do Banco Central, privatizações de empresas estatais, maior abertura ao comércio internacional, além de reforma da previdência baseada no modelo de capitalização⁴⁸.

No âmbito da saúde, os empresários do setor passaram a ter como representante o próprio ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, ex-presidente da Unimed Campo Grande, que também advogaria pelo fortalecimento da APS. Porém, iniciou o governo com a saída de mais de 8 mil médicos cubanos, sem renovar o acordo de cooperação técnica entre Cuba e Brasil, estabelecido através do PMM, por motivações ideológicas. Em 2019, implantou o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), excluindo médicos estrangeiros da seleção e mantendo vazios assistenciais importantes, principalmente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)^{49,50}.

Através da Medida Provisória nº 890 (MP 890), enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional em 1º de agosto de 2019, criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que representou o início da privatização da APS no SUS, coordenada pelo próprio MS⁵⁰.

Em consequência dos caminhos e decisões até então tomadas, agravos, como o sarampo, considerado erradicado no Brasil desde 2015, foram reintroduzidos no País, levando à perda do certificado internacional de país livre do sarampo⁵¹, somado a uma queda da cobertura vacinal, que chegou a cerca de 80% em 2016, em contraponto a uma realidade de cobertura acima de 95% desde a década de 1990, além do aumento das mortalidades infantil e materna⁵².

Os Brasis e a pandemia da Covid-19

A pandemia da Covid-19 não apenas agravou as crises econômica, social, política, ambiental e sanitária já instaladas no Brasil como desvelou o caráter necropolítico e genocida do governo federal, que condena ao extermínio a população pobre, negra e indígena⁵³⁻⁵⁵.

Avaliada como a maior crise mundial desde a década de 1930, a pandemia da Covid-19 teve uma resposta considerada caótica no Brasil, com falta de coordenação e cooperação inter-governamental, chegando o governo federal a realizar ameaças aos entes subnacionais que atuaram de modo coerente diante do cenário pandêmico, que adotaram medidas de intervenção social compulsória para redução do contágio (como quarentenas, restrição de mobilidade, redução de interação social, distanciamento físico), recomendadas por organizações científicas e sanitárias nacionais e internacionais⁵⁶⁻⁵⁸.

Além disso, houve uma inicial e contínua priorização da atenção hospitalar para prevenção de complicações e óbitos dos casos graves, a partir da abertura de hospitais de campanha e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que se deu em detrimento do fortalecimento da APS e sua abordagem comunitária, somada à vigilância em saúde⁵⁹. Segundo Giovanella e colaboradores⁶⁰, na pandemia de Covid-19, perderam-se oportunidades de uma efetiva atuação da APS no Brasil, assim como em outros países do mundo, não havendo correção de rumos, como aconteceu em outros países, mesmo quando já estava clara a importância da identificação precoce, do isolamento dos casos e busca ativa de contatos, para controle e bloqueio das cadeias de transmissão.

A descaracterização da APS, aproximando-a de um modelo de assistência individual – com a retirada de incentivos para custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a flexibilização para a composição de equipes sem ACS, a ruptura do contrato entre Brasil e Cuba no PMM e a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional –, foi um presságio do que viria pela frente^{42,61}. No contexto da pandemia, não se fortaleceu adequadamente a atuação dos/as ACS⁵⁹, tendo o governo federal impedido a recontração de médicos cubanos pelo MS, ao mesmo tempo que barrou as possibilidades que tentaram ser construídas por entes subnacionais para

recompor o quadro de médicos na APS via convênios internacionais.

Transcorridos mais de dois anos de pandemia, chama atenção a resposta dos países africanos, que não tiveram, no geral, um impacto tão grande em número de mortes, quando se compara à realidade dos demais continentes. Tal fato pode estar relacionado à memória e à aprendizagem adquirida pela população das medidas preventivas, já que vivenciaram a epidemia de ebola, mas, também, à centralidade dada aos serviços de APS, liderança e coordenação oportunas dos ministros, que adotaram uma estratégia continental conjunta para “limitar a transmissão, limitar as mortes e limitar os danos e impactos sociais e econômicos sobre outras doenças endêmicas”⁶²⁽²⁷⁾.

No Brasil, várias experiências municipais e/ou de Unidades de Saúde da Família (USF) específicas tiveram destaque de sucesso em uma ou mais dimensões apontadas por Giovanella e colaboradores⁶⁰, como campos essenciais para atuação da APS/atenção básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19: a “vigilância em saúde nos territórios”, o “cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19”, a “ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social” e a “continuidade dos cuidados rotineiros da APS”⁶⁰⁽¹⁶⁵⁾.

Porém, o Brasil esbarrou, também, na insuficiência do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis), que não dispunha de capacidade para produzir insumos para testes da Covid-19, ventiladores e respiradores artificiais, princípios ativos de medicamentos, nem mesmo Equipamentos de Proteção Individual (EPI)⁶³.

Em que pese “o ativismo e potencial de algumas universidades e centros de pesquisa, que desenvolveram em tempo recorde testes e respiradores”⁶⁴⁽¹³²⁾, tais iniciativas representaram resultados limitados frente ao problema estrutural maior do modelo de desenvolvimento brasileiro, com crescente desindustrialização, o que demanda recorrer ao comércio internacional para garantir insumos e equipamentos suficientes para promover uma efetiva segurança em saúde^{64,65}.

Tendo em vista tamanha dependência, as relações internacionais e a diplomacia em saúde se fizeram estratégicas para o Brasil, o que foi, porém, considerado desastroso. Foram constantes as tensões diplomáticas do Brasil com a China, o maior parceiro comercial do País e exportador mundial de medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares. Somam-se a isso as críticas e os ataques brasileiros ao multilateralismo e aos organismos internacionais de governança global da saúde, o que atrasou, inclusive, a aquisição de vacinas e de insumos estratégicos para que fosse iniciada a produção local, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Instituto Butantã^{66,67}.

Nesse ponto, vale destacar que as parcerias da Fiocruz com a AstraZeneca/Oxford University e do Butantã com a Sinovac Biotech têm assegurado aos brasileiros o acesso às vacinas, no entanto, a campanha de vacinação não tem tido o grau de organização que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) costumava imprimir junto aos entes subnacionais em outras epidemias, onde o governo federal centraliza a coordenação, garantindo de forma eficiente e equitativa a vacinação da população via serviços de APS no SUS⁶⁷.

O que transcorreu foi que o governo federal se negou a fazer campanhas de comunicação em massa, além da recusa na aquisição de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer, com o presidente da república desacreditando a eficácia da vacina Coronavac, disseminando *fake news* sobre a efetividade da vacinação contra a Covid-19 e insistindo, por outro lado, no incentivo ao uso de medicamentos comprovadamente ineficazes (cloroquina e hidroxiclороquina) como ‘tratamento precoce’^{68,69}.

Quanto ao financiamento, a excepcionalidade da pandemia forçou a aprovação de despesas extraordinárias com saúde no orçamento da União, com dotação extra de R\$ 63,7 bilhões, somando um total de R\$ 198 bilhões autorizados para o ano de 2020. Porém, mesmo que os cenários social e sanitário apontassem para a necessidade de manter recursos para saúde, o orçamento de 2021 aprovado foi reduzido para

R\$ 144,8 bilhões, levando a um contínuo de número de mortes, seja por Covid-19, seja por outras causas cujos cuidados foram represados no primeiro ano da pandemia⁷⁰.

A lentidão na execução orçamentária dos recursos federais destinados à saúde também foi um ponto crítico ao longo do ano de 2020, agravando os problemas estruturais de financiamento do SUS, tanto para transferir aos estados e municípios como para aplicar diretamente o que lhe caberia no enfrentamento da pandemia de Covid-19^{71,72}.

Quanto às medidas de proteção social, houve pressão e mobilização social, considerando o contexto de desigualdade, pobreza, racismo, machismo, informalidade e desemprego crescente no País. Ficou evidente a importância de sistemas públicos universais a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, que abrange o direito à terra, moradia, alimentação, saneamento, acesso à água, trabalho e renda⁷³.

Em abril de 2020, o governo brasileiro sancionou o Projeto de Lei (PL) 13.982, estabelecendo o auxílio emergencial, considerado o maior programa de transferência de renda já existente no País em termos de abrangência. Ao término do ano de 2020, o programa foi reduzido tanto em termos do valor transferido por pessoa quanto com relação à abrangência dos beneficiários, além de terem sido encontradas barreiras na forma de implantação, como afirmam Marins et al.⁷⁴⁽⁶⁶⁹⁾:

- i. as longas filas para cadastramento do benefício, gerando aglomeração; ii. as dificuldades iniciais quanto ao CPF não regularizado; iii. a demora na tomada de decisão para o pagamento do auxílio; iv. a precariedade dos recursos humanos; v. o limitado conhecimento com as tecnologias digitais entre a população mais vulnerável; e vi. os problemas de ineficiências horizontal e vertical.

Por outro lado, seja pressionando governantes, parlamentares, ministério público e poder judiciário, seja realizando ações de solidariedade e promoção da saúde, foi marcante

o protagonismo da sociedade civil ao longo de toda pandemia até os dias atuais, em face da insuficiência das políticas neoliberais e do mercado para salvar vidas.

De caráter mais formulador, articulador e de pressão macropolítica, destacou-se a atuação da ‘Frente pela Vida’, que envolveu mais de 600 organizações e movimentos sociais, protagonizada pelo Movimento Sanitário. Motivada pela necessidade imediata de mudanças na resposta à pandemia do novo coronavírus e diante da inoperância por parte do Governo Federal⁷⁵, a Frente chegou a elaborar e apresentar aos gestores um ‘Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de Covid-19’, fundamentado nas melhores evidências científicas.

Com relação às ações de solidariedade e promoção da saúde, muitas foram as iniciativas, incluindo entrega de cestas básicas, kits de higiene pessoal, construção de pias para lavagem de mãos, confecção de máscaras de proteção individual, organização de cozinhas comunitárias, assessoria para acesso ao auxílio emergencial, apoio às mulheres vítimas de violência e à população Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Travesti, Transgênero, Queer, Intersexual, Assexual e mais (LGBTQIA+), produção de material em linguagem facilitada para realização de educação popular em saúde e comunicação social, organização de gabinetes de crise, comitês populares, observatórios acadêmico-populares, barreiras sanitárias populares, o que variou entre abordagens utilitaristas e de justiça social^{73,76-78}.

O que se assistiu no Brasil de 2021 foi a um contexto de crise social e econômica agravada, com taxa de desemprego de 14%, mais de 50% da população com algum grau de insegurança alimentar, somada aos elevados números de Síndrome Pós-Covid-19 e sofrimento mental⁷⁹⁻⁸².

Em outubro de 2021, mais de 50% da população brasileira já se encontravam com esquema vacinal completo, com um curso decrescente de casos confirmados e óbitos. Porém, nesse mesmo mês, o País registrou 600.000 mortes por Covid-19, o que o colocou

no primeiro lugar do mundo em óbitos no referido ano. Em termos relativos, alcançou, até outubro de 2021, o 22º lugar em número de casos por milhão de habitantes e o 7º lugar em número de óbitos por milhão de habitantes, o que corresponde a 12,4% dos mortos, mesmo possuindo apenas 2,7% da população mundial^{83,84}.

Assim, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, que colheu depoimentos de diversos sujeitos sobre a condução e os impactos da pandemia que poderiam ser evitados. Segundo relatório final da CPI, foram denunciadas: as motivações e estrutura política utilizada pelo governo federal para insistência no ‘tratamento precoce’, sem comprovação científica; atuação em oposição às medidas não farmacológicas; recusa e atraso na aquisição de vacinas; a crise do estado do Amazonas, com negligência e descoordenação, que chegaram a ocasionar falta de oxigênio; casos de corrupção do governo, como negociação de propina na compra de vacinas; o genocídio contra povos indígenas e quilombolas; a estrutura governamental de produção e disseminação de *fake news*; escândalo ético do grupo de medicina privada, Prevent Senior, que teria realizado experimentos com seres humanos sem autorização, sendo esse o ápice da CPI e das barbáries denunciadas^{85,86}.

O presidente da república, Jair Bolsonaro, foi indiciado no relatório final da CPI por 11 crimes, incluindo acusações de crime contra a humanidade, charlatanismo, infração de medida sanitária preventiva, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, genocídio de indígenas, além de outras 70 pessoas e 02 empresas que também foram indiciadas⁸⁶.

Nesse mesmo sentido, estudo do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da Universidade de São Paulo (USP) concluiu que as ações do governo federal não foram fruto de falta de aptidão, mas, sim, de uma estratégia coordenada baseada na tese que defendia promover a “imunidade de rebanho”⁸⁷⁽³⁾ por contágio, como resposta à

pandemia. Segundo a tese, as vidas perdidas e as sequelas deixadas pela doença causariam menos prejuízos do que aqueles decorrentes da redução da atividade econômica⁸⁷. Dessa forma, fica evidente o porquê de o Brasil chegar a ser referido como ‘uma ameaça à saúde global’, um celeiro de novas variantes do vírus, sendo a resposta brasileira considerada uma catástrofe humanitária e a pior do mundo^{88,89}.

O esperança(r) equilibrista e o futuro do SUS: notas finais

O saldo de 2021 para a esquerda brasileira tem como principal marca a retomada dos direitos políticos do ex-presidente Lula, as muitas manifestações de rua realizadas pelas organizações populares pelo ‘Fora Bolsonaro’ e a vacinação de grande parte da população contra a Covid-19, mesmo com os movimentos antivacina incentivados pelo governo federal.

Já para o campo da direita governista, o saldo foi de ganho de estabilidade institucional, após as manifestações de rua da militância bolsonarista no 7 de setembro de 2021, com aprovação de projetos de interesse do governo no congresso nacional e redução das ameaças de *impeachment* do presidente apresentados pela CPI da Covid-19. Particularmente, na saúde, o governo avançou na privatização da saúde, dando início à operacionalização da Adaps e sinalizando a criação de uma base de dados abertos chamada *open health*, via Medida Provisória, para que empresas ofereçam planos de saúde mais baratos, a fim de diminuir a ‘sobrecarga’ do SUS.

A entrada de 2022 foi marcada pela ampla disseminação do vírus H3N2 e da variante ômicron da Covid-19, revelando que a pandemia não acabou, sendo necessário avançar na vacinação em geral e das crianças, assim como na garantia de financiamento adequado para o SUS.

A saúde tem sido uma das maiores arenas do jogo político nos últimos anos, e a Covid-19 expôs que o desafio brasileiro de alcance do direito universal à saúde é parte do desafio maior de retomada e garantia da própria democracia.

Pesquisas eleitorais realizadas em fevereiro de 2022 apontam um cenário otimista para as esquerdas, com o ex-presidente Lula despontando com mais de 40% das intenções de voto, enquanto o atual presidente Jair Messias Bolsonaro representa apenas 25% das intenções.

A esperança equilibrista das forças progressistas no Brasil em 2022 tem como centralidade a derrota do projeto ultraliberal e neofascista nas eleições de outubro, o que perpassa a necessidade de, ao longo do ano, ampliar o diálogo e a organização popular tanto para vencer as eleições como para sustentar nas ruas um projeto democrático e socialmente justo de um possível governo popular, onde o direito à saúde seja consequência da melhora das condições de vida do povo.

Colaboradores

Mélo LMBD (0000-0001-5737-751X)*, Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* e Santos RC (0000-0002-4973-123X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Barroco MLS. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. *Serv. Soc. Soc.* 2022 [acesso em 2022 jan 1]; 143:12-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zjrwPzBc-tDGqj84D74Vg4cv/>.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 jan 1]; 22(6):1791-1803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
3. Teixeira C, Paim J. Análise Política em Saúde: contribuição do OAPS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 jan 1]; 22(6):1744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03032017>.
4. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 jan 1]; 42(esp2):76-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S206>.
5. Reis CR, Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate.* 2021 [acesso em 2022 jan 1]; 45(130):563-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>.
6. Reis CR, Paim JS. Análise de conjuntura em saúde: aspectos conceituais, metodológicos e técnicos. 2021 [acesso em 2022 jan 1]; 45(130):795-806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113017>.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
8. Souza DO. A Enfermagem ante a covid-19: reflexões para a intervenção prática. *Av. enferm.* 2020 [acesso em 2022 jan 15]; 38(supl1):81-90. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000400081.
9. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficaram para trás. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 jan 15]; 42(esp3):54-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305>.
10. Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
11. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
12. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
13. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2022 jan 15]; 33(supl2):e00129616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>.
14. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2022 jan 18]; 23(6):1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
15. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
16. Savedoff WD, Ferranti D, Smith AL, et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet.* 2012 [acesso em 2022 jan 18]; 380(9845):924-932. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61083-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61083-6).
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2014.

18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*, 2013 [acesso em 2022 jan 18]; 29(5):847-849. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
19. Barros FPC, Negri-Filho A. Universal health coverage. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2022 jan 18]; 31(6):1333-1333. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010615>.
20. Kemper ES. Programa Mais Médicos: contribuições para o fortalecimento da atenção primária à saúde. [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2016. 158 p.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica. Brasília, DF: OPAS; 2017.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para Acesso Universal e Cobertura Universal em Saúde. 53º Conselho Diretivo (CD53/5, Rev. 2). Washington DC; Outubro 2014.
23. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2020 [acesso em 2022 jan 20]; (44):e4. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51793>.
24. Castro AB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 73-93.
25. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 [acesso em 2022 jan 21]; (6):156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>.
26. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 jan 21]; 46(supl1):13-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000062>.
27. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2022 jan 21]; 40(108):204-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.
28. Silva GM, Rasera EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2014 [acesso em 2022 jan 21]; (21):61-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013005000012>.
29. Almeida R. Bolsonaro Presidente: conservadorismo, evangelismo e crise brasileira. *Novos estudos CEBRAP*. 2019 [acesso em 2022 jan 21]; (38):185-213. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900010010>.
30. Rocha RR. Governo Temer: reforma trabalhista, destruição dos direitos dos trabalhadores?. [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2017. [acesso em 2022 jan 21]. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/18359>.
31. Seki TCM. As disputas em torno do orçamento público federal: capital financeiro, dívida pública e o novo regime fiscal. [monografia]. Florianópolis: Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. [acesso em 2021 dez 31]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/183561>.
32. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2022 jan 26]; 32(12):e00184516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>.
33. Soares RC. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 10(1):24-32. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>.

34. Bravo MI, Pelaez E, Pinheiro W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 10(1):9-23. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>.
35. Moraes HMM, Oliveira RS, Vieira-da-Silva LM. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2022 jan 26]; (24):4479-4488. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25802019>.
36. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev. Est. Pesq. Am*. 2016 [acesso em 2022 jan 26]; 10(3):01-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>.
37. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(esp2):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>.
38. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social: Est. Democ. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 26]; 22(46):9-32. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260.
39. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 34(7):e00067218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui grupo de trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 5 Ago 2016.
41. Guimarães K. Novos planos de saúde no mercado: acessíveis para quem? EPSJV/Fiocruz, 2017. [acesso em 2021 dez 31]. Disponível em: <http://www.ep-sjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/novos-planos-de-saude-no-mercado-acessiveis-para-quem>.
42. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(116):11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
43. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(esp1):12-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>.
44. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
45. Barbosa LM, Celino SDM, Costa GMC. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de auto-gestão. *Interface (Botucatu)*. 2015 [acesso em 2022 jan 27]; 19(55):1101-1108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1179>.
46. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; (35):e00068419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>.
47. Coalizam Saúde. Caderno de Propostas – Coalizão Saúde Brasil. [acesso em 2022 jan 27]. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS_Proposta_VII_final_baixa.pdf.
48. Guimarães SP. Dois projetos para o Brasil continuarão a se confrontar. *Viomundo*. 10 nov 2018. [acesso em 2022 jan 27]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/samuel-pinheiro-guimaraes-dois-projetos-para-o-brasil-continuarao-a-se-confrontar.html>.
49. Lima LD, Carvalho MS, Coeli CM. Médicos, política e sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [aces-

- so em 2022 jan 27]; 35(1):e00237418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237418>.
50. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; 35(10):e00178619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>.
 51. Fujita DM, Salvador FS, Damião GPS, et al. Increase of immigrants in emerging countries: free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; 35(2):e00228118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00228118>.
 52. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 27]; (52):96. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>.
 53. Bardi G, Bezerra WC, Monzeli GA, et al. Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. *Revisbra TO*. 2020 [acesso em 2022 jan 27]; 4(3):496-508. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34402>.
 54. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2022 jan 27]; 25(supl2):4211-4224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>.
 55. Veronese O, Almeida JR. O descaso com o direito fundamental à saúde dos povos indígenas no enfrentamento da pandemia de Covid-19: a consolidação de uma necropolítica no Brasil. *Pensar – Rev Ciênc. Juríd.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 26(3):1-17. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/11838>.
 56. Almeida-Filho N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. *Principais elementos*. Brasília, DF: Conselho nacional de secretários de saúde; 2021. p. 214-225.
 57. Campos GWS. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab. educ. saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 27]; 18(3):e0027911. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>.
 58. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 54(4):663-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>.
 59. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2022 jan 27]; 25(supl1):e210306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>.
 60. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 jan 29]; 44(esp4):161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.
 61. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Preventive Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 26(supl2):3781-3786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
 62. Maeda JM, Nkengasong JN. The puzzle of the COVID-19 pandemic in Africa. *Science*. 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 371(6524):27-28. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abf8832>.
 63. Cassiolato JE, Falcón ML, Szapiro M. Novas tecnologias digitais, financeirização e pandemia Covid-19: transformações na dinâmica global produtiva, no papel do Estado e impactos sobre o CEIS. *Cad. Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 16(28):51-86. Dis-

- ponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/551>.
64. Sarti F, Hiratuka C, Fonseca C. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. *Cad Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 16(28):129-143. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/554>.
 65. Gadelha CAG. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. *Cad Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 16(28):25-49. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/550>.
 66. Alvarenga AA, Rocha SEM, Filippin J, et al. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 36(12):e00155720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>.
 67. Souza LEPP, Buss PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; (37):e00056521. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056521>.
 68. Ventura DFL, Perrone-Moisés C, Martin-Chenut K. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. *Rev. Direito Práx.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 12(3):2206-2257. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/61769>.
 69. Floss M, Camargo TS, Tolotti G, et al. Cronologia do “tratamento precoce” para COVID-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. [Preprint]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://medRxiv.org/kgm65/>.
 70. Rache B, Nunes L, Freitas R, et al. Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além. Instituto de estudos para políticas de saúde. [Nota técnica n. 22]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/08/IEPS_NT22.pdf.
 71. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate.* 2020 [acesso em 2022 jan 29]; 44(esp4):114-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.
 72. Rossi P, David G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. *Cad. Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 27]; 16(28):267-280. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/560>.
 73. Santos HLPC, Maciel FBM, Martins PC, et al. A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. *Saúde debate.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 45(130):763-777. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113015>.
 74. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML, et al. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Soc. Est.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 36(2):669-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>.
 75. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento a pandemia de COVID-19. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.
 76. Bispo JP, Moraes MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 36(8):e00151620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>.
 77. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab. educ. saúde.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 18(3):e00298130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>.

78. Oliveira JTC, Camargo AM, Machado BOB, et al. “Hunger and rage (and the virus) are human things”: reflections on solidarity in times of Covid-19. *Rev. Nutr.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; (34):e200183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200183>.
79. Rede Penssan. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Rede Penssan; 2021. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: http://olheparafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.
80. Pasqualoto AS, Martins IC, Ourique AAB, et al. Implementação de ações em reabilitação a médio e a longo prazo para pacientes com Síndrome Pós-Covid-19: uma realidade emergente. *Saúde (Santa Maria)*. 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 47(1):e65677. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65677>.
81. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv: Serv. Health Sci.* 2021; 13(1154):10.21203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532785/>.
82. Carvalho KP. As conexões entre o sistema alimentar dominante e a covid-19: desafios à Segurança Alimentar e Nutricional no tempo presente e após. *Segur. Aliment. Nutr.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 28(00):e021011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8661416>.
83. Our World in Data. Statistics and Research. Coronavirus Pandemic (COVID-19). England and Wales; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Pannel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
85. Júnior WDB, Kiperstok A, Santos AF, et al. Impact of decisions of the government officials on life and death of the population: covid-19 in Brazil, june 2021. *SciElo Preprints*. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2930/version/3093>.
86. Brasil. Senado Federal. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia: instituída pelos requerimentos n°s 1.371 e 1.372, de 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/ao-vivo/cpi-da-pandemia>.
87. Ventura FLV, Aith FMA, Reis RR. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19. São Paulo: Cepedisa; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/>.

Recebido em 05/02/2022
Aprovado em 06/04/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve