

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA COVID-19 O LUCRO ACIMA DA VIDA

MARIA VALÉRIA COSTA CORREIA
ARUÃ SILVA DE LIMA
(ORG.)



MARIA VALÉRIA COSTA CORREIA
ARUÃ SILVA DE LIMA
(ORG.)

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA COVID-19: O LUCRO ACIMA DA VIDA

As pesquisas apresentadas nesta obra foram entregues e submetidas, no ano de 2020, ao Edital N° 012020 da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal) como partes do Programa de Publicação de Conteúdos Digitais – Seleção de Propostas para Publicação de E-books relacionados à pandemia da Covid-19.

 **Edufal**
Editora da Universidade Federal de Alagoas

Maceió, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Reitor

Josealdo Tonholo

Vice-reitora

Eliane Aparecida Holanda Cavalcanti

Diretor da Edufal

José Ivamilson Silva Barbalho

Coordenação editorial

Fernanda Lins

Conselho Editorial Edufal

José Ivamilson Silva Barbalho (Presidente)

Fernanda Lins de Lima (Secretária)

Adriana Nunes de Souza

Bruno Cesar Cavalcanti

Cicero Pércles de Oliveira Carvalho

Elaine Cristina Pimentel Costa

Gauss Silvestre Andrade Lima

Maria Helena Mendes Lessa

João Xavier de Araújo Junior

Jorge Eduardo de Oliveira

Maria Alice Araújo Oliveira

Maria Amélia Jundurian Corá

Michelle Reis de Macedo

Rachel Rocha de Almeida Barros

Thiago Trindade Matias

Walter Matias Lima

Projeto gráfico: Mariana Lessa

Diagramação: Janielly Almeida

Imagem da Capa: Unsplash

Apoio de Produção: Janielly Almeida

Catálogo na fonte

Universidade Federal de Alagoas

Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Elisângela Vilela dos Santos – CRB-4 - 2056

P189 Determinação Social da saúde e enfrentamento da covid-19: [recurso eletrônico] : o lucro acima da vida / Aruã Silva de Lima, Maria Valéria Costa Correia (org.). – Maceió, AL: EDUFAL, 2021
112 p.

E-book.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5624-022-0

1. Covid-19. 2. Pandemia – Desigualdade social. 3. Crise Sanitária.
4. Políticas Públicas. I. Lima, Aruã Silva de. II. Correia, Maria Valéria Costa.


CDU: 364.144:578.834

Editora afiliada



SUMÁRIO

Apresentação	6
<i>Maria Valéria Costa Correia</i>	
<i>Aruã Silva de Lima</i>	
1. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos?	9
<i>Maria Valéria Costa Correia</i>	
<i>Pâmela Karoline Lins Alves</i>	
2. A covid-19 e o acirramento das desigualdades de gênero, raça e classe: o isolamento social e agravamento da violência contra a mulher.....	24
<i>Andréa Pacheco de Mesquita</i>	
<i>Cryslanya Achylley Nascimento dos Santos</i>	
<i>Gildete Ferreira da Silva</i>	
<i>Laura Juliana dos Santos Cassiano</i>	
3. Confinamento, liberdade e saúde mental: lições e resistências na crise sanitária provocada pela covid-19	41
<i>Claudete do Amaral Lins</i>	
<i>Karla Patrícia André da Rocha Lima</i>	
<i>Maria Derivalda Andrade</i>	
<i>Sueli Maria do Nascimento</i>	
4. Privatização da água, dívida pública e pandemia.....	51
<i>José Menezes Gomes</i>	
5. O apoio do estado à saúde suplementar no enfrentamento da covid-19 no brasil	69
<i>Maria Valéria Costa Correia</i>	
<i>Pâmela Karoline Lins Alves</i>	
6. A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da covid-19, em alagoas e no brasil: lucro acima da vida	81
<i>Clara Morgana Torres Rocha da Silva</i>	
<i>Maria Valéria Costa Correia</i>	



7. O capital estatizado? Análise comparada da assim chamada nacionalização da saúde durante a pandemia de 2020	101
<i>Aruã Silva de Lima</i>	



Apresentação

Há alguns momentos históricos que parecem submeter a consciência coletiva à prova. Mesmo que condições materiais propensas a mudanças e transformações radicais estejam dispostas diante dos olhos dos contemporâneos de variadas gerações, somente após determinadas ocasiões, a consciência coletiva permite-se a passos que anteriormente era incapaz. Estaríamos diante de qual desses momentos?

Parte substantiva do mundo se questiona acerca dos valores sobre os quais estão assentadas a maior parte das sociedades do globo. Tais questionamentos dirigem-se a inúmeras direções: as mortes trágicas – como se toda morte não o fosse, de algum modo – de negras e negros em todo o Ocidente, sintetizadas na frase “eu não posso respirar” de um George Floyd sufocante, a violência doméstica contra as mulheres superando as médias “normais” já absurdas, uma Amazônia que queima sem cessar, rasgando histórias e memórias de povos imaginários já vilipendiados por séculos e as infinitas formas de opressão que grassam em terreno propenso a estes tipos de pragas.

Esta coletânea - Determinação Social da Saúde e Enfrentamento da COVID-19: o lucro acima da vida - tem como propósito apresentar uma fotografia desse momento; pretende-se também como uma semente para que dela brote ao menos uma das também incontáveis formas de resistência. A maneira como pretende-se que este escrito sirva para tal propósito é prover ao leitor e à leitora a análise mais acurada possível sobre o estado de coisas que aflige os diversos grupos sociais subalternizados e oprimidos. Parte da determinação do processo saúde e doença que envolve o conceito amplo de saúde, em que adoecimento e morte da população é historicamente determinado pelas diferentes condições de trabalho e de vida. Portanto, os capítulos tratam de como essa determinação se expressa na realidade de pandemia do novo Coronavírus. Abordam a desigualdade social que é estrutural ao capitalismo e se torna mais evidente no contexto de pandemia e atinge fortemente a classe trabalhadora, as negras e negros, as mulheres e as pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Apresentam as respostas dos sistemas de saúde à COVID-19 - seja na alocação de recursos, na distribuição dos leitos, no âmbito da saúde mental, no apoio estatal à saúde suplementar, e na denominada nacionalização da saúde – que privilegiam a mercantilização da saúde e da vida, em nome do lucro. A privatização da água também compõe o conjunto dessa mercantilização.

Uma plêiade distinta de temas é analisada por pesquisadoras e pesquisadores de algumas das diversas matrizes teóricas críticas da Universidade Federal de Alagoas.

O que lhes une a todas e todos é o justo sentimento de revolta e indignação que motivou a dirigirmos nossos melhores esforços intelectuais para pensar as vicissitudes do nosso tempo. Numa era de normalidades impostas por decreto ou por expressões eufemísticas (“novo normal”?), este livro está inscrito na contrariedade ao hábito e à resignação. Aceitamos o convite de Daniel Bensaïd que, a certa altura, nos lembrou que “a indignação é um começo”. O chamamento de Bensaïd não poderia ser mais oportuno: “É preciso indignar-se apaixonadamente, antes mesmo de descobrir as razões dessa paixão”. Nise da Silveira foi protagonista dessa paixão e fez o mesmo convite: “É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”. A ciência produzida ao longo das próximas páginas tem em comum essa paixão visceral pela humanidade, pela justiça e pela dignidade, que tocou a cada um/a de nós de modo que cada informação, minuciosamente checada, cada argumento cuidadosamente trabalhado, não cede, em nenhum momento, no propósito de armar o leitor com os melhores argumentos que fomos capazes de construir na defesa de serviços públicos de qualidade, para começar, sempre na perspectiva de se desvencilhar das teorias que reificam a vida, mercantilizando-a.

E aqui, voltamos ao início. No dia em que escrevemos esta apresentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) contabilizava quase 20 milhões de casos e cerca de 730 mil mortes em razão da COVID-19. O mundo assiste à paulatina mudança de centro de expansão da doença: dos países ricos, que concentra 1,2 bilhão de pessoas, aos denominados países em desenvolvimento, que concentram 6,5 bilhões de pessoas. Não é preciso lembrar que especialistas já vislumbravam a ocorrência de fenômeno pandêmico há mais de 20 anos. Estudiosos apontam, há décadas, os dramas sociais que serão aprofundados com o caos climático que nos cerca. Entretanto, há séculos parcela da população mundial, entre intelectuais e lutadores sociais, lembram, por gerações a fio, os efeitos do sistema de produção e reprodução da vida estruturado na propriedade privada e na exploração do trabalho. Ao fim e ao cabo, as decorrências trágicas que se impõem diante da humanidade não decorrem de crises sistêmicas; são consequências previsíveis do modo de produção do capital. Ou, possivelmente, tais crises não devem ser entendidas com a acepção usual do termo “crise”: o modo de vida que vivemos se alimenta de conflito e de morte. A pandemia do novo Coronavírus é retrato disso. As disputas de mercado em torno da vacina já estão postas, os interesses do capital e geopolíticos já devidamente resguardados e, enquanto isso, abutres buscam oportunidades para capitalizar nas diversas áreas cujas mercantilizações se aprofundaram com o isolamento social. Nos referimos aqui às profissões que permitiram trabalho em casa e, em especial à educação, que se transformou num filão de mercado prioritário.

É, portanto, o capital que está em crise?

Este livro também dialoga com uma provocação de Virgínia Fontes, a saber,

a crise social, que se prolonga e intensifica há três décadas no Brasil, expressa a crise *do* capitalismo ou pode ser um ponto a partir do qual, aprofundando ainda mais as desigualdades e iniquidades, se *expandem* relações capitalistas? (FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010, 2. ed., p 11)

A nós, nos parece que o aprofundamento das desigualdades não guarda contradição com a expansão das relações capitalistas. Os capítulos aqui, neste volume, evidenciam como estão permeadas e intrincadas do espírito do sistema do capital as mais brutais opressões e supressões de direito em curso no Brasil e no mundo, ao passo em que se aprofundam desigualdades.

Por todo o exposto, esperamos que a centelha da esperança e indignação, tão necessária, continue acesa e que este livro seja um dos passos necessários para descobrir o porquê de nos indignarmos tão apaixonadamente.

Maceió, agosto de 2020.

*Maria Valéria Costa Correia
Aruã Silva de Lima*

Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos?

Maria Valéria Costa Correia¹

Pâmela Karoline Lins Alves²

Introdução

A pesquisa apresentada neste artigo teve o objetivo de analisar como a determinação social do processo saúde e doença influencia nas condições de enfrentamento do novo Coronavírus e nos óbitos pela COVID-19, no contexto de aprofundamento da crise do capital e de agravamento das desigualdades sociais. Os estudos buscaram demonstrar como as diferentes condições de vida e de trabalho da população influenciam no número de óbitos pela COVID-19.

Buscou-se entender a relação entre a dificuldade de a população pauperizada enfrentar a pandemia do novo Coronavírus e ser a que tem tido uma maior taxa de letalidade pela COVID-19, especialmente a população negra, no contexto mais amplo de desigualdades sociais e de crise do capital.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica para a análise dos marcos teóricos que subsidiam o debate sobre o conceito de determinação social do processo saúde e doença. A opção por adotar a expressão determinação social do processo saúde e doença, e não determinantes sociais, está associada às bases teóricas da Reforma Sanitária brasileira, que deram sustentação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Bases que remetem ao sistema de produção capitalista e à mercantilização da saúde, ou seja, à determinação estrutural na produção e distribuição da doença.

1 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UFPE. É professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS/UFAL). Lidera o Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com.

2 Assistente Social. Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade de Pernambuco (PPGSS/UFPE). Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). E-mail: pamela.t9@hotmail.com.

De acordo com Medeiros (2008), o Movimento da Reforma Sanitária abordou a determinação histórica e social do processo saúde e doença, como “o eixo estratégico no qual se assentam os objetivos fundamentais na luta pelo direito à saúde e pela construção do sistema de saúde universal, situado em espaço estratégico de construção de um projeto hegemônico” (MEDEIROS, 2008, p. 156).

Para demonstrar que a população mais atingida pela COVID-19, com a mais alta de taxa de letalidade, é a pertencente à classe trabalhadora, principalmente a negra, utilizou-se a pesquisa qualitativa, através da análise crítica dos dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2018) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Além disso, também realizou-se o acesso aos seguintes documentos: *Recomendações do Conselho Nacional de Saúde*, *Boletins Epidemiológicos Especiais*, divulgados pelo Ministério da Saúde, e Projetos de Leis e medidas aprovadas pelo Governo Federal para o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, entre outras Notas e Cartas com posicionamentos de entidades da saúde e de movimentos sociais em torno dos registros de casos e óbitos pela COVID-19 por raça/cor.

1. Pandemia e determinação social do processo saúde e doença: condições de trabalho e de vida na sociedade capitalista

O enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus tem evidenciado a importância do conceito amplo de saúde enquanto resultado de condições de trabalho e de vida da população. A necessidade do isolamento social, como forma mais eficaz de enfrentamento da COVID-19, trouxe à tona a dificuldade de milhões de pessoas para cumprir essa medida preventiva que envolve desde trabalho a renda, moradia, condições sanitárias e acesso à alimentação. A invisibilidade da miséria da população em situação de rua foi posta à prova: como poderia essa população manter-se em casa? Somada à situação da população que vive nos acampamentos do Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto, deu visibilidade ao déficit de mais de 7,8 milhões de moradia no Brasil (BONFIM, 2019).

A primeira recomendação para prevenir o contágio pelo Coronavírus foi lavar as mãos. Mas como higienizar as mãos se, de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2018), 33.129.083 milhões de brasileiras/os não têm acesso a água encanada e 1.717.980 milhões de habitações sequer têm banheiro dentro de casa? As condições sanitárias de grande parte da população brasileira são degradantes, 94.734.344 milhões vivem sem coleta de esgoto e 12 milhões sem coleta de lixo regular. O país tem 12,8 milhões de desempregados³ e 30,8 milhões de trabalhadores informais⁴ (IBGE, 2020).

3 Equivalente a uma taxa de desocupação de 13,3%, no segundo trimestre de 2020. Dados preocupantes considerando que no primeiro trimestre de 2020 tinha-se 12,2% (IBGE, 2020).

4 IBGE considera trabalhadores informais os sem carteira assinada contratados no setor privado e que trabalham por conta própria.

A relação entre trabalho, desigualdade social, condições de vida e processo saúde e doença é central para entender essa realidade. Na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira trata-se da determinação social do processo saúde e doença que é historicamente determinado pela sociedade de classes, que produz e reproduz diferentes condições de trabalho e modos de vida.

O Movimento da Reforma Sanitária, no final dos anos 1970 e nos anos 1980, no contexto de lutas contra a ditadura empresarial militar e pela redemocratização do país, tinha como objetivo mudar as condições de vida da população e as bases mercantis do sistema de saúde brasileiro. Assim, opôs-se “à mercantilização que incide no conjunto de dimensões da vida humana, compromete a relação homem-ambiente, produzindo danos à saúde gerados pelas leis do lucro e tornando-se campo de novos lucros” (CORREIA E MEDEIROS, 2014, p. 132).

No marco teórico da Reforma Sanitária, as leis de mercado determinam as tendências de deterioração ambiental, agravamento do quadro epidemiológico e as distorções da assistência à saúde. Berlinguer (1978)⁵, ao tratar do quadro epidemiológico, assinalou como primeiro “fator patogênico” o capital (BERLINGUER, 1978, p. 80).

A pandemia do novo Coronavírus⁶ é resultante da forma predatória da relação do homem com a natureza, própria do capitalismo, sustentada na busca incessante do lucro, mesmo colocando em risco a vida humana. De acordo com Berlinguer (1988), para se ter saúde é preciso

mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um (BERLINGUER, 1988, p. 03).

A situação pandêmica, com tantos óbitos evitáveis, riscos e consequências ainda não dimensionadas para a humanidade, poderia ser o momento propício para as citadas mudanças necessárias. A alteração na forma do homem/mulher se relacionar com a natureza, preservando-a, e as mudanças nas relações de trabalho, sem produzir exploração sobre o/a outro/a, deixaria o mundo mais preparado para enfrentar outras emergências de saúde, ou mesmo essas poderiam se tornar mais escassas com a supressão da forma predatória e destrutiva dessas relações.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante para a ampliação do conceito de saúde, ao considerar a determinação social do processo saúde e doença. Dessa forma, concebeu a saúde como “resultado das formas de organização social

5 Autor de um conjunto de obras que influenciou decididamente o movimento de reforma sanitária no Brasil e apresentava as bases da Reforma Sanitária Italiana.

6 De 2009 para 2020 foram decretadas 6 emergências de saúde pública internacional pela Organização Mundial da saúde (OMS).

da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”; relacionou saúde como resultante das “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (RELATÓRIO DA 8ª CNS, p. 04); e definiu o direito à saúde como “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde”, ressaltando a “necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las” (RELATÓRIO DA 8ª CNS, p. 04).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, fruto de lutas sociais, absorveram esta ampliação e a responsabilização do Estado em garantir políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças, que têm como determinantes e condicionantes “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Correia e Medeiros (2014), consideram que essa Constituição, incorporou a concepção do processo saúde-doença como processo social complexo e historicamente determinado ao declarar que os níveis de saúde da população são a expressão da organização social e econômica do País.

A pandemia coloca em xeque o atual modelo econômico e social no mundo e seus sistemas de saúde mercantis. Expõe o fracasso das tentativas de enfrentar as crises do capitalismo por meio do neoliberalismo e do ultraliberalismo, mais recentemente. O Estado máximo para o capital tem provocado a destruição da natureza, o aprofundamento da precarização do trabalho e o aumento exponencial da pobreza. O capitalismo, na sua fase de financeirização, é devastador, pois em plena pandemia, em que o desemprego e a miséria crescem, os ricos ficam mais ricos e os bancos crescem seus lucros⁷. Segundo um levantamento da ONG Oxfam, durante a pandemia 73 bilionários da América Latina e do Caribe aumentaram suas fortunas em US\$ 48,2 bilhões entre março (início da pandemia) e junho deste ano. De acordo com essa ONG, isso equivale a **um terço do total de recursos previstos em pacotes de estímulos econômicos adotados por todos os países da região. O Brasil tem 42 desses bilionários, que juntos tiveram suas fortunas aumentadas em US\$ 34 bilhões (OXFAM, 2020).**

2. Desigualdade social e COVID-19: quem são os mais atingidos?

Pesquisas recentes em vários países têm apontado que o “Coronavírus não é democrático”, tem causado maior letalidade⁸ na população pobre e negra. A pandemia do

⁷ No segundo trimestre, os lucros do Citibank, Goldman Sachs e JP Morgan quase duplicaram os níveis de 2019 (ECONOMIST, 2020).

⁸ A letalidade expressa o quão grave é determinada doença, a partir do número de óbitos causados. Ela é representada na proporção entre o número de mortes por determinada doença e o número total de doentes

novo Coronavírus é atravessada pela questão de classe, raça e gênero⁹. A imensa desigualdade social produz desiguais condições de adoecimento e de morte, relacionadas às desiguais condições de vida e de trabalho, estruturais para as relações de produção capitalista. As condições de adoecimento e de morte expressam as condições de existência da humanidade, fruto das relações de classe na sociedade capitalista, do racismo estrutural, do machismo e do sexismo.

Estudos apontam que na pandemia provocada pelo vírus da *influenza*, em 1918, que levou à morte de cerca de 50 milhões de pessoas em todo mundo, os mais pobres foram os mais afetados. De acordo com Pires, Carvalho e Xavier (2020), estudos populacionais com dados de epidemias de infecções respiratórias anteriores (gripe espanhola/*Influenza*, H1N1 e SARS) demonstraram que desigualdades sociais são determinantes para a taxa de transmissão e severidade dessas doenças. Acemoglu (2020) relaciona o relevante número de mortes pela COVID-19 em países como os Estados Unidos e Reino Unido com seus próprios níveis de desigualdade. Sachs (2020), ao comparar os índices de letalidade entre os países europeus, conclui que os países mais desiguais, como Espanha, Itália e Reino Unido, tiveram uma mortalidade muito maior do que aqueles com melhor distribuição de renda, como Finlândia, Dinamarca e Áustria.

O autor reconhece que a correlação das taxas de mortalidade por milhão e a desigualdade de renda está longe de ser perfeita; e afirma que outros fatores importam muito. Exemplifica que a taxa de mortalidade na Suécia relativamente igualitária é significativamente maior do que em seus vizinhos, porque a Suécia decidiu manter suas políticas de distanciamento social voluntárias e não obrigatórias. A Bélgica relativamente igualitária foi atingida com taxas de mortalidade relatadas muito altas, devido, em parte, à decisão das autoridades de relatar mortes prováveis e confirmadas de COVID-19. Paes-Sousa, Lima e Buss (2020) apontam que a rapidez das respostas consistentes das lideranças políticas também foi fundamental nos países que apresentaram os melhores resultados de combate à COVID-19.

O fato é que as pesquisas demonstram que o Coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no mundo e no Brasil. Para Pires, Carvalho e Xavier (2020) são várias as dimensões que tornam as populações de baixa renda mais expostas à contaminação pelo novo Coronavírus, tais como o uso de transporte público, o número maior de moradores por domicílio, o acesso a saneamento básico, o acesso a saúde e a dificuldade de manter o isolamento social sem perda excessiva de renda ou do emprego.

2.1 A alta taxa de letalidade por COVID-19 tem classe e raça

acometidos por ela, ao longo de um determinado período de tempo.

⁹ O artigo desta Coletânea, A COVID-19 e o acirramento das desigualdades de gênero, raça e classe: o isolamento social e agravamento da violência contra a mulher, abordará a questão de gênero na pandemia.

No Brasil, algumas pesquisas constataam a maior letalidade da COVID-19 nas populações de baixa renda e negra. Góes¹⁰ e Vecina Neto¹¹ citam algumas razões para as taxas de mortalidade serem maiores nessas populações no Brasil e no mundo: 1) dificuldade de acesso a serviços de saúde; 2) condições de vida da população mais pobre; 3) a falta de acesso a saneamento básico; 4) a fome, ou necessidade de trabalhar para ganhar o dinheiro para a comida do dia; 5) as comorbidades que contribuem para a mortalidade por COVID-19 estão mais presentes na população negra e pobre (GRAGNANI, 2020).

Desde o início da pandemia no Brasil alguns estudos já apontavam essa tendência. Os dados resultantes de uma análise feita pela Agência Pública¹² com base nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, emitidos até 26 de abril de 2020, mostram que em duas semanas, a quantidade de pessoas negras que morrem por COVID-19 no Brasil quintuplicou. Segundo os dados apurados por essa Agência, de 11 a 26 de abril, as mortes de pacientes negros confirmadas pelo Governo Federal foram de pouco mais de 180 para mais de 930, aumentaram cinco vezes mais. Já o aumento de mortes de pacientes brancos foi bem menor: nas mesmas duas semanas, o número chegou a pouco mais que o triplo (MUNIZ; FONSECA; PINA, 2020).

Em maio, a pesquisa realizada pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde,¹³ grupo da PUC-Rio, confirmou essa tendência, ou seja, que pretos e pardos morreram por COVID-19 mais do que brancos no Brasil. O grupo analisou a variação da taxa de letalidade da doença no Brasil de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas da população, tomando como base cerca de 30 mil casos de notificações de COVID-19, até 18 de maio, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Desses, quase 55% de pretos e pardos morreram, enquanto, entre pessoas brancas, o percentual ficou em 38%.

O estudo incluiu a variável escolaridade e concluiu que quanto maior a escolaridade, menor a letalidade da COVID-19 nos pacientes. Pessoas sem escolaridade tiveram taxas três vezes superiores (71,3%) às das pessoas com nível superior (22,5%). Ao cruzar escolaridade e raça, o estudo mostra as desigualdades no acesso ao tratamento, evidenciado nos dados de óbito por COVID-19, demonstrando que as chances de morte de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que um paciente branco com nível superior (19,6%). Desse modo, o estudo mostra que a desigualdade social tem rebatimento direto nos óbitos entre os mais pobres, especialmente, entre os negros e com menor escolaridade.

10 Emanuelle Góes é doutora em saúde pública pela Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Cidacs/Fiocruz sobre desigualdades raciais e acesso a serviços de saúde.

11 Gonzalo Vecina Neto é médico sanitário e professor de saúde pública da USP.

12 Agência Pública - Agência de Jornalismo Investigativo.

13 11^a Nota Técnica do Núcleo de Operações e Inteligência em saúde (NOIS) do Departamento de Engenharia Industrial do centro Técnico da PUC-Rio (CTC/PUC-Rio). Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos (NOIS, 2020).

A pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida pelo Estudo de Prevalência da Infecção por Coronavírus no Brasil (EPICOVID19-BR)¹⁴, que mapeia a epidemiologia do Coronavírus no Brasil, cujos resultados preliminares foram publicados em 03 de julho de 2020, destaca o crescimento da doença nos mais pobres e nos negros e indígenas, que têm taxas de contaminação pelo menos três vezes maior do que das pessoas brancas. A pesquisa também identificou diferenças grandes de prevalência da doença entre regiões brasileiras, grupos étnicos e socioeconômicos. “Na região Norte, segundo o estudo, 10% da população, em média, têm ou já teve COVID-19; no Sul, esse percentual está em torno de 1%. Os 20% mais pobres apresentaram o dobro do risco de infecção em comparação aos 20% mais ricos” ((ISTO É, 2020). Os resultados mostram que o grupo mais vulnerável, os indígenas, tiveram risco de infecção cinco vezes maior do que os brancos.

2.2 A população negra é a mais atingida pela COVID-19

Chama atenção que os registros da COVID-19 por raça e cor, tanto no Ministério da Saúde como em alguns estados e municípios não estavam sendo registrados, mesmo existindo a Portaria nº 344 GM/MS, de 01 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre a inclusão e o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

O Ministério da Saúde inicia tais registros a partir de 11 de abril de 2020, atendendo solicitação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Entre os argumentos apresentados pela SBMFC, que levaram à decisão do ministério de incorporar tais informações, está o fato de que 67% dos/as brasileiros/as que dependem exclusivamente do SUS serem negros/as, além, também, desses serem a maioria dos pacientes com diabetes, tuberculose, hipertensão e doenças renais crônicas no país (DOREA, 2020). Em 23 de abril de 2020, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), escreveu uma Carta ao Ministério da Saúde solicitando o aprimoramento da variável raça/cor na nova ficha de notificação da COVID-19 que havia sido distribuída para as Unidades Federativas. Entre as solicitações de aprimoramento constam: “divulgação de dados desagregados por raça/cor nos painéis de monitoramento, boletins epidemiológicos, notas técnicas, e demais documentos oficiais relativos à COVID-19”; e “inclusão do campo raça/cor nas fichas de hospitalizações dos casos da COVID-19 quando em leitos públicos ou privados” (DOREA, 2020). A partir do Boletim Epidemiológico Especial N.18, referente à Semana Epidemiológica 24 (07 a 13/06), o Ministério da Saúde passou a divulgar os dados absolutos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) segundo Raça/Cor e dentre esses, os óbitos por COVID-19. Não há divulgação específica de número de casos e de óbitos por COVID-19 de acordo com Raça/Cor.

O Conselho Nacional de Saúde, diante das várias denúncias de racismo ocorridas nos serviço de saúde e da ausência de notificação por raça/cor dos casos e óbitos por COVID-19,

¹⁴ O EPICOVID19-BR é um estudo coordenado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas.

emitiu a Recomendação N. 29, em 27 de abril de 2020, ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e aos Conselhos de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, de “ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19, provocada pelo novo Coronavírus, SARS-CoV-2”. Propõe que essa atuação deve ser realizada de maneira antirracista em todo o manejo com os pacientes em situação de vulnerabilidade, como população negra, populações tradicionais (quilombos e terreiros), população em situação de rua, população ribeirinha, população cigana, do campo, das águas e das florestas, dentro do trato da pandemia por COVID-19 e outras patologias. Também recomenda a produção de instrumentos e indicadores para enfrentamento, acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde, com vistas a coibir práticas de racismo institucional, bem como elaborar instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à observância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN) e ao combate à nova doença por Coronavírus, COVID-19, respeitando-se as realidades, demandas e necessidades locais (Recomendação CNS N. 29, em 27 de abril de 2020).

De acordo com Boletim Epidemiológico Especial N. 24, que se refere à Semana Epidemiológica 30 (19 a 25/07), último disponibilizado até a data 01 de agosto de 2020, pelo Ministério da Saúde, os dados relativos a raça/cor foram disponibilizados em uma tabela intitulada *Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), segundo classificação final cor e raça, 2020 até SE 30*. Observa-se uma inconsistência nos dados, pois o registro de óbito por COVID-19, em 25 de julho, no país, é de 86.449, e nessa tabela é de 83.966. A análise dos dados nacionais relativos a raça/cor fica prejudicada pela inconsistência apontada. A partir desses dados apresentados, chegaram a óbito no país, até 25 de julho, 22.295 pessoas brancas, representando 26.5% do total de óbitos por Covid-19, e 33.575 pessoas pretas e pardas, representando 40% desse total. São 11.280 mortes a mais de pretos e pardos em relação aos brancos.

Segundo o consórcio de mídia, até meados de junho, apenas 8 das 27 unidades da federação divulgaram dados sobre a raça dos mortos e dos doentes com COVID-19 (RAÇA... 2020). Essas omissões caracterizam o racismo institucional. É injustificável que, em um país que tem 56,10% de sua população composta por negros e negras (AFONSO, 2019), o MS, alguns estados e municípios não incluam o registro de raça/cor no seu protocolo de notificação da referida doença. Essa realidade reforça a negligência histórica com essa população e o racismo estrutural existente no país.

Em relação à população indígena, o Ministério da Saúde dificulta o acesso aos dados absolutos, apenas divulgando os casos de COVID-19 por SRAG hospitalizados, constando 736 casos de indígenas com COVID-19 até o dia 27 de julho de 2020 e registrando 314 óbitos até a referida data. O Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena tem realizado o levantamento independente dos casos, devido a existência de subnotificações (COVID-19... 2020). Conforme apontado pelo Comitê, até o dia 27 de julho de 2020 foram registrados

325 óbitos de indígenas por COVID-19, demonstrando uma diferença de 11 casos a mais que o divulgado pelo Ministério da Saúde.

Devido à ausência de ações do Governo Federal na proteção aos territórios indígenas e diante do ritmo acelerado de perdas das vidas dessa população, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) apresentou um plano emergencial indígena de enfrentamento da COVID-19 no Brasil e conclamou todos a apoiarem medidas que possam salvar vidas e exercitarem a solidariedade. Segundo essa associação, os povos indígenas estão entre os grupos mais vulneráveis no avanço da pandemia e encontram-se desprovidos de condições para enfrentar a doença (APIB, 2020).

3. Nagacionismo e ultraneoliberalismo: descontrole da pandemia e aprofundamento da desigualdade social

A realidade em que se encontra a maioria da população brasileira, fruto das desigualdades sociais, tem se agravado a partir dos governos ultraneoliberais que assumem o país desde 2016 — Temer, de 2016 a 2018, e Bolsonaro, de 2019 até os dias atuais —, os quais reduzem drasticamente o papel social do Estado para fortalecer o mercado. Governos que aprofundaram o desmonte da seguridade social brasileira com a reforma da previdência social, e o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS), com a Emenda Constitucional nº 95 (EC/95). Essa Emenda subtraiu do SUS, nos anos de 2018 e 2019, cerca de 22,5 bilhões de reais. No SUAS os cortes foram em torno de 63%, considerando o período de 2016 a 2020, que segundo o documento que analisa os efeitos da EC/95 no enfrentamento da COVID-19 e no cenário pós-pandemia (DIREITOS..., 2020), em 2016 tinha-se o orçamento de R\$ 2,1 bilhões e em 2020 foi aprovado o orçamento de R\$ 1,3 bilhões¹⁵.

Foi nesse cenário de desmonte do sistema de proteção social e de flexibilização e desregulamentação do trabalho, com a aprovação da reforma trabalhista, que a pandemia chegou ao Brasil. Em 05 de junho, quando o país caminhava para ser o epicentro da Pandemia do Coronavírus, o governo Bolsonaro transferiu R\$ 83.904.162,83 do Programa Bolsa-Família para expandir a publicidade institucional da Presidência da República. Período que avança o cerco aos crimes de Bolsonaro com a prisão de Queiroz e as aberturas dos inquéritos sobre as *fakesnews*, os atos antidemocráticos, no STF, e os pedidos de cassação da chapa, no TSE. Essa transferência torna-se ainda mais grave porque nessa data existiam 433 mil famílias aptas a receber o bolsa-família aguardando a liberação do benefício.

¹⁵ Em 2019, o bolsa família tinha em torno de 1,7 milhão de famílias aptas a ingressar no programa, segundo a revista El País. O Governo Federal não tem revelado os números exatos dessa fila, “o Ministério da Cidadania fala apenas em ‘uma média nacional’ de 494.229 famílias à espera do programa em 2019, sem disponibilizar os números absolutos mês a mês de entrada e saída de famílias e nem o número de habilitados a receber, mas ainda sem a bolsa. De acordo com os dados oficiais, somente em 2019, foram cortadas do programa quase 1,2 milhão de famílias, em uma queda contínua, mês a mês. [...] Além disso, o Governo ofereceu 66% menos novos benefícios em comparação a 2018” (ROSSI, 2020).

As respostas do Governo Federal às demandas do setor financeiro para o enfrentamento da crise na pandemia foram bastante rápidas e promissoras. Enquanto as respostas às necessidades da população pobre foi lenta e saiu por pressão da sociedade civil, principalmente do Congresso Nacional, em ano eleitoral.

Esse governo liberou R\$ 1,2 trilhão para os bancos, em 23 de abril, logo que iniciaram os reflexos da pandemia do novo Coronavírus. Mas, foi moroso para repassar R\$ 600 como auxílio emergencial aos que necessitavam desse recurso, cujo valor, aliás, foi ampliado dos anteriores R\$ 200 devido à intervenção do Congresso Nacional. Para Gomes (2020), isso se traduz em uma opção política, que levaria a uma outra interpretação do lema bolsonarista “Pátria acima de tudo, Deus acima de todos”. Esse chavão da propaganda governamental poderia ser mudado para “banqueiros acima de tudo” (GOMES, 2020).

De acordo com o secretário especial da Fazenda, do Ministério da Economia, os gastos do governo com o pagamento do auxílio emergencial, em três meses, estavam em torno dos R\$ 152 bilhões, uma média de aproximadamente R\$ 51,5 bilhões por mês (OLIVEIRA, 2020).

Ao fim do mês de maio, foi apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar N.137/2020, que desejava direcionar os recursos de 29 fundos, disponíveis em 2019, para utilização no combate ao Coronavírus. De acordo com Nota do Movimento de Trabalhadores Sem-Teto (MTST) sobre o ataque ao fundo nacional de habitação de interesse social, publicada em 24 de junho de 2020, o valor desvinculado desses fundos chegaria ao total de R\$ 177,7 bilhões. Dentre esses, encontra-se o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS), que disponibiliza recursos para construção de moradias populares para famílias de baixa renda no Brasil. O valor a ser tomado do fundo é de R\$ 1,6 bilhão. Segundo o MTST, com esse valor, mais de 15.000 unidades habitacionais poderiam ser construídas no Brasil. (NOTA DO MTST SOBRE O ATAQUE AO FUNDO NACIONAL DE HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL, 2020). Assim, o Governo Federal pretende combater o Coronavírus subtraindo ainda mais a possibilidade de construção de moradias para os mais de 7 milhões que não as têm.

A privatização da água¹⁶ durante a pandemia foi mais uma ação governamental para deixar a população à mercê de aumentos de tarifa que essa privatização pode proporcionar, favorecendo as corporações interessadas em lucrar com a água.

O cenário brasileiro da pandemia tem se agravado. Desde que ela se instalou no país o número de óbitos não tem diminuído pela ausência de políticas organizadas e coordenadas de combate à COVID-19, sob o comando do Ministério da Saúde. Há mais de 4 meses de pandemia no país ainda não existe uma política de testagem em massa. O Brasil é um dos países que menos testa para o Coronavírus no mundo.

Em vários países em que no primeiro momento se negligenciou a COVID-19, seus governos, ao tomarem medidas enérgicas de enfrentamento ao Coronavírus, conseguiram

16 O artigo “Privatização da água, dívida pública e pandemia” dessa coletânea tratará deste tema.

em uma média de 50 dias controlar a epidemia. Aqui, o Governo Federal nega a ciência e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), minimizando a doença, manipulando dados, banalizando as mortes e incentivando a flexibilização das medidas de contenção da transmissão do vírus, ao ponto de vetar trechos da Lei 14.019, de 2020, que trata do uso obrigatório de máscaras em espaços públicos, e do PL 1.142, que define medidas de proteção a povos indígenas durante a pandemia¹⁷.

Já passaram dois ministros pelo Ministério da Saúde durante a pandemia, e até a data de fechamento desse artigo esse ministério está sob a direção de um ministro interino que é general e que não é da área da saúde pública. Ele vem militarizando esse ministério ao nomear para cargos importantes, militares sem experiência no SUS. Também não definiu um plano nacional de combate à COVID-19 e os dados apresentados nos portais do MS não são objetivos, são ocultados. Do total dos recursos destinados a esse Ministério para o combate à COVID-19, apenas 30% havia sido efetivamente gasto, até o final de julho de 2020. A situação de descontrole do Coronavírus, que é intencional e em nome do lucro, tem levado o país ao aumento da desigualdade social e de mortes evitáveis.

Considerações Finais

A pesquisa parte do pressuposto de que as formas de adoecimento e morte da população estão determinadas historicamente pelo trabalho e pelas condições de vida na sociedade capitalista. O conceito da determinação social do processo saúde e doença envolve essa concepção ampla de saúde.

A pandemia exacerbou a desigualdade social existente, no mundo e no Brasil, que é estrutural ao capitalismo, trazendo à tona as condições de trabalho e de vida da maioria da população, a partir da necessidade de impor as medidas de isolamento social para enfrentar o novo Coronavírus.

Os resultados da pesquisa realizada confirmam as tendências de outras pesquisas desenvolvidas de que os mais atingidos pela COVID-19 são a população mais pobre e negra. Tem-se que acompanhar essa tendência até o final da pandemia para observar se ela permanece.

Ao final, pode-se afirmar que, até a data do fechamento dessa pesquisa, os mais atingidos pela COVID-19 são a classe trabalhadora, principalmente os/as negros/as, pois são os/as que têm tido uma maior taxa de letalidade pela doença.

Assim, constata-se que a maior letalidade por COVID-19 tem classe e raça. As determinações estruturais que condicionam essa realidade precisam ser enfrentadas com classe e raça, ou seja, fortalecendo a luta da classe trabalhadora contra todas as formas de opressão e contra o racismo institucional e estrutural.

¹⁷ Os vetos foram nos trechos que preveem obrigação do governo em fornecer água potável, higiene, leitos hospitalares e facilidades ao acesso ao auxílio emergencial.

Nesse contexto, resalta-se a necessidade de retomar um tema importante da Reforma Sanitária, a formação de uma “consciência sanitária”, que foi um eixo das lutas pela saúde. Nessa perspectiva a

“apropriação do perfil epidemiológico pelas massas é concebida como ponto de partida, tendo em vista revelar a **condição coletiva das doenças e agravos**, havendo a apropriação da ciência (da saúde) na ação sanitária, sindical e política, enriquecendo a **ciência da luta de classes**” (CORREIA E MEDEIROS, 2014, p.133-4, grifo nosso).

Destaca-se que se deve continuar a observar os dados do Ministério da Saúde, obscurecidos pelo governo negacionista, que tenta minimizar a pandemia, em especial os registros sobre os casos e óbitos por raça/cor e da população indígena, em que foram identificadas inconsistências.

REFERÊNCIAS

ACEMOGLU, Daron. The Post COVID State. 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/onpoint/four-possible-trajectories-after-COVID19-daron-acemoglu-2020-06?barrier=accesspaylog>. Acesso em: 07 ago. 2020.

AFONSO, Nathália. Dia da Consciência Negra: números expõe desigualdade racial no Brasil. 2019. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>. Acesso em: 9 ago. 2020.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. Plano de Emergência da COVID-19 no Brasil. Disponível em: <http://apib.info/emergenciaindigena/>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1978.

BERLINGUER, Giovanni. Uma reforma para a saúde. In: BERLINGUER, Giovanni et al. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1988. p. 01-106.

BONFIM, Raimundo. **O dia e a luta dos sem teto**. 2019. Disponível em: <https://www.brasilefato.com.br/2019/10/04/artigo-or-o-dia-e-a-luta-dos-sem-teto#:~:text=O%20autorit%C3%A1rio%20e%20fascista%20Bolsonaro,milh%C3%B5es%20de%20fam%C3%ADlias%20sem%20teto>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final:17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 29, de 27 de abril de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1142-recomendacao-n-029-de-27-de-abril-de-2020>. Acesso em: 27 abr. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia Andrade. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCOCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horário. **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

COVID-19 e os Povos Indígenas. 2020. Disponível em: <https://COVID19.socioambiental.org/>. Acesso em: 09 ago. 2020.

COVID-19: estudo sobre casos no Brasil inicia nova fase em 133 cidades. 2020. ISTOÉ. Disponível em: <https://istoe.com.br/COVID-19-estudo-sobre-casos-no-brasil-inicia-nova-fase-em-133-cidades/>. Acesso em: 09 ago. 2020.

Direitos Valem Mais - Coalizão pelo fim da Emenda Constitucional 95 (Brasil). **A urgência do fim da Emenda Constitucional 95 no enfrentamento da COVID-19 e no cenário pós-pandemia**: documento apresentado por organizações qualificadas como AmicusCuriae à Ministra Rosa Weber e aos demais Ministros do STF. 2020. Disponível em: https://direitosvalemmais.org.br/wp-content/uploads/2020/05/DOCUMENTO_STF_Maio_2020.pdf. Acesso em: 09 ago. 2020.

DOREA, Manuela. **Ministério da Saúde mostrará etnia das vítimas da pandemia. 2020**. Disponível em: <https://blogdadacidadania.com.br/2020/04/ministerio-da-saude-mostrara-etnia-das-vitimas-da-pandemia/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

GOMES, José Menezes. **“Banqueiros acima de tudo” deveria ser o lema do governo**. 2020. Disponível em: <https://www.cadtm.org/Jose-Menezes-Banqueiros-acima-de-tudo-deveria-ser-lema-do-governo>. Acesso em: 08 ago. 2020.

GRAGNANI, Juliana. **Porque o Coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo**. 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/#Link1>. Acesso em: 10 mai. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 13,3% e taxa de subutilização é de 29,1% no trimestre encerrado em junho de 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28478-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-13-3-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-29-1-no-trimestre-encerrado-em-junho-de-2020>. Acesso em: 08 ago. 2020.

MEDEIROS, Silvana Márcia Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira.** Tese de Doutorado da Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Serviço Social, Recife, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Especial N.24. 2020a. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/30/Boletim-epidemiologico-COVID-24.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MUNIZ, Bianca; FONSECA, Bruno; PINA, Rute. **Levantamento da Pública mostra que mortes e hospitalizações de pretos e pardos sobem mais que em brancos; em São Paulo, recorde de mortes ocorre onde população negra é maior.** 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-Coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/#Link1>. Acesso em: 7 ago. 2020.

NOIS (Rio de Janeiro). Grupo de Pesquisa. **Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS.** 2020. Disponível em: <http://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-COVID-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>. Acesso em: 09 ago. 2020.

OLIVEIRA, Kelly. **Auxílio emergencial com valor menor pode custar R\$ 17 bi por mês.** 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-05/auxilio-emergencial-com-valor-menor-pode-custar-r-17-bi-por-mes>. Acesso em: 28 mai. 2020.

OXFAM, Brasil. Relatório “*Quem Paga a Conta? – Taxar a Riqueza para Enfrentar a Crise da COVID-19 na América Latina e Caribe*”. 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-da-america-latina-e-do-caribe-aumentaram-fortuna-em-us-482-bilhoes-durante-a-pandemia-enquanto-maioria-da-populacao-perdeu-emprego-e-renda/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

PAES-SOUSA, Rômulo; LIMA, Nísia Verônica Trindade; BUSS, Paulo. **Crise sanitária e humanitária.** Cad. Saúde Pública [online]. 2020, vol.36, n.7. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-07-e00177020.pdf> Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, , Julho. 2020.

PIRES, Luiza. CARVALHO, Laura. XAVIER, Laura. **COVID-19 e Desigualdade no Brasil.** 2020. Divulgado: <http://cebes.org.br/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-no-brasil/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

RAÇA não é considerada nos casos de COVID-19 na maioria dos estados. 2020. Disponível em: <https://www.anf.org.br/raca-nao-e-considerada-nos-casos-de-COVID-19-na-maioria-dos-estados/>. Acesso em: 09 ago. 2020.

ROSSI, Marina. **Governo Bolsonaro não explica tamanho real da fila do Bolsa Família**. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-01-31/governo-bolsonaro-nao-explica-tamanho-real-da-fila-do-bolsa-familia.html>. Acesso em: 09 ago. 2020.

SACHS, Jeffrey. **How Inequality Fuels COVID-19 Deaths**. 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/commentary/inequality-fuels-COVID19-mortality-by-jeffrey-d-sachs-2020-06?barrier=accesspaylog>. Acesso em: 07 ago. 2020.

WHAT Wall Street's results tell you about America's economy. **The Economist**. Nova York. 18 jul. 2020. Disponível em: <https://www.economist.com/finance-and-economics/2020/07/18/what-wall-streets-results-tell-you-about-americas-economy>. Acesso em: 09 ago. 2020.

A COVID-19 e o acirramento das desigualdades de gênero, raça e classe: o isolamento social e agravamento da violência contra a mulher

Andréa Pacheco de Mesquita¹⁸

Cryslanya Achylley Nascimento dos Santos¹⁹

Gildete Ferreira da Silva²⁰

Laura Juliana dos Santos Cassiano²¹

Ana Karollinny Sarmiento Leoncio²²

INTRODUÇÃO

Este texto é fruto das reflexões realizadas na Pesquisa PIBIC/UFAL ciclo 2019/2020, intitulada “As Marias que não calam: o perfil do enfrentamento da violência contra a mulher em Maceió/AL”.

O ano de 2020 inaugura novos tempos na vida da população mundial. Tempos difíceis, de incertezas, medos, angustias, dúvidas e inúmeras mortes. A pandemia de *Corona Virus Disease* (COVID-19) – doença causada pelo novo coronavírus –, decretada no Brasil em 11 de março de 2020, traz novas formas de convivência, comportamento e organização da sociedade. Coloca na ordem do dia o “fique em casa”, o confinamento/isolamento social como meio prioritário na contenção da proliferação do vírus. Entre outras medidas, impõe o uso de máscara e álcool em gel, bem como, ausência de contato físico para impedir a propagação

18 Assistente Social, Doutora em Estudos Interdisciplinares em Mulher, Gênero e feminismo pela UFBA. Professora do Curso de Serviço Social da UFAL. Líder do Grupo de Pesquisa Frida Kahlo/CNPQ/UFAL. Militante do Fórum Alagoana em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde.

19 Graduanda em Serviço Social pela UFAL, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Frida Kahlo/CNPQ/UFAL. Bolsista do PIBIC/UFAL.

20 Assistente Social, Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Projetos Sociais. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Frida Kahlo/CNPQ/UFAL. Militante do Fórum Alagoana em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde.

21 Graduanda em Serviço Social pela UFAL, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Frida Kahlo/CNPQ/UFAL. Colaboradora do PIBIC/UFAL.

22 Graduanda em Serviço Social pela UFAL, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Frida Kahlo/CNPQ/UFAL. Bolsista do PIBIC/UFAL.

do coronavírus, enquanto não forem descobertos remédios e vacinas eficazes contra ele. Tal situação impôs ao mundo um repensar das formas de organização e funcionamento. Em três meses de pandemia o mundo já apresentava 11,5 milhões de pessoas contaminadas e 536.814 mil vítimas fatais. O Brasil, apesar de ter identificado pessoas contaminadas mais tardiamente, alcança as marcas de 3.035.422 pessoas infectadas e ultrapassam as 101.049 mortas até o fechamento deste texto²³.

Mundialmente, a alternativa colocada para o enfrentamento à pandemia foi a necessidade do confinamento/isolamento social. O que levou ao fechamento dos espaços coletivos de trabalho, estudo e lazer, mantendo-se apenas as atividades essenciais. Como alternativa à realização dos trabalhos não-essenciais durante a pandemia, as empresas, instituições de ensino, o comércio e os serviços foram se adaptando ao trabalho *on-line*, *home office*, ensino remoto, e as *lives* educacionais, de shows e culturais passaram a dar o tom das nossas vidas. De repente nossa casa foi invadida pelo trabalho, nosso quarto passou a ser o escritório, o depósito de material de trabalho e estudo, o cinema, a casa de shows com *lives* interativas de artistas nacionais e internacionais. Desta forma, espaço doméstico passou a se misturar e até se confundir com o espaço público.

Sem condições estruturais para as/os trabalhadoras/es, suas casas e seus quartos tornaram-se escritórios, suas salas de aula, de reuniões, seus estúdios, suas fábricas, suas lojas. Diante de uma nova reconfiguração do público e privado, surgem diversos desafios para as mulheres. O primeiro é a condição do convívio coletivo, em que temos de compartilhar o espaço da casa, de forma integral, com diversas pessoas (esposo, filhos/as, pai/mãe, etc.) e que essas pessoas exercem suas inúmeras atividades (ao mesmo tempo) de forma remota, sem importunar quem está ao lado. O trabalho remoto é colocado como uma das novas configurações e estratégias para manter a estrutura econômica em funcionamento. O segundo desafio é em casa, onde temos que assumir o cuidado integral com os/as filhos/as, visto que escolas e creches permanecem fechadas ou em aulas remotas. Esse regime de aulas coloca novas exigências para os/as filhos/as: acesso a computador e/ou *tablet* e/ou celular de qualidade para acompanhar as atividades, além da condição fundamental da conexão de internet com qualidade que atenda a todas/os na execução dos trabalhos e acompanhamento das aulas. Além disso, o acompanhamento de crianças e adolescentes que precisam do apoio tecnológico, logístico e mesmo emocional para assistir as atividades remotas é necessário, pondo uma experiência nova a qual ninguém teve capacitação e formação para tal.

A administração dessas novas demandas impõe às famílias – em especial às mulheres, historicamente à frente do cuidado com os/as filhos/as e a casa – uma sobrecarga das atividades postas pela divisão sexual e social do trabalho. Tal “nova ordem social” escancara e aprofunda as desigualdades econômicas, de gênero e raça através da opressão e dominação das mulheres, sendo funcional ao modo de sociabilidade capitalista. O resultado

²³ Dados coletados no site do Ministério da Saúde. Mais informações conferir em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 9 ago. 2020.

é o crescimento da violência social, moral, psicológica, física e sexual vivenciadas pelas mulheres durante a pandemia, sem perder de vista os marcadores de classe e raça.

1. A COVID-19 (SARS-CoV-2) e as Desigualdades de Gênero: como a pandemia atinge mais as mulheres – recortes de classe, de raça e de gênero

Falar sobre a COVID-19 e as relações com as desigualdades de classe, gênero e raça nos leva a refletir sobre como estas se apresentam no Brasil. O país conta com 38 milhões de pessoas abaixo da linha pobreza, sendo que pelo menos 27,2 milhões delas são mulheres, segundo dados do IBGE. Quando abordamos o trabalho, 41% de todas as mulheres ocupadas no Brasil estão no setor informal e, considerando apenas as trabalhadoras negras e pardas, a taxa de informalidade sobe para 47,8%. Em relação ao trabalho doméstico, mais de 92% das/os trabalhadoras/es são mulheres. Há ainda o agravante de que 70% delas não têm carteira assinada. Esses dados revelam como as mulheres se encontram como as mais exploradas e oprimidas na sociedade. E ainda, ao cruzar gênero e geração, temos que 56% dos idosos no Brasil são mulheres.

No que diz respeito à questão racial, as desigualdades também são gritantes e relevam o abismo entre pessoas brancas e negras (pretas e pardas). São os brancos que apresentam o maior rendimento médio domiciliar *per capita*, superando quase duas vezes o da população negra. Ou seja, enquanto uma pessoa branca tem rendimento médio de R\$ 1.846 uma pessoa negra tem apenas R\$ 934 (IBGE, 2019). Tais dados colocam em cheque o mito da democracia racial, mostrando o raio x do racismo estrutural e institucional presente no Brasil. Assim, é importante que possamos enfrentar as desigualdades raciais escancaradas na pandemia de COVID-19, mas que têm raízes históricas na formação social brasileira. Como diz Lélia,

Enquanto a questão negra não for assumida pela sociedade brasileira como um todo: negros, brancos e nós todos juntos refletirmos, avaliarmos, desenvolvermos uma práxis de conscientização da questão da discriminação racial nesse país, vai ser muito difícil no Brasil, chegar ao ponto de efetivamente ser uma democracia racial (GONZALEZ, 1985, p. 01).

As desigualdades no Brasil têm seus marcadores de classe, raça e gênero e são reveladas na pesquisa *impactos do coronavírus nas favelas*, realizada pela Central Única de Favelas em parceria com o Instituto Locomotiva e publicada pelo Data Favela em 24 de março deste ano. A pesquisa demonstrou que 84% das pessoas afirmam que sofrerão diminuição na renda familiar por conta do coronavírus e que 86% dos/as moradores/as das periferias teriam dificuldade para comprar comida, no caso de terem de ficar em casa. Das pessoas pesquisadas, 63% afirmam que a alimentação seria prejudicada com a adesão ao isolamento sem o apoio financeiro do governo. Essa pesquisa teve como universo 262 favelas de todos os estados da federação.

A relação que a COVID-19 tem com a raça, o gênero e a classe social se expressa, em primeiro lugar, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. De acordo com Góes, “Pessoas negras em geral estão nas regiões mais marginalizadas, mais periféricas e esses lugares em geral são lugares que têm baixa oferta de serviço de saúde” (GÓES, s/n, 2020). Outro elemento é a questão geográfica expressa na dissidência centro *versus* periferia. Segundo a mesma autora, as pessoas das regiões marginalizadas “[...] precisam se deslocar para o centro, onde ficam os serviços de saúde públicos e privados”(idem).

Há ainda o problema da quantidade de pessoas dividindo o mesmo espaço doméstico, além das condições insalubres de moradia – que provocam aglomerações nas casas e barracos que são muito próximos uns dos outros. Outra questão decorrente das condições precárias de moradia é a falta de saneamento básico e água, condições essenciais para barrar a propagação do vírus. Segundo a OMS, além do isolamento, os cuidados básicos estão baseados no uso de máscara, lavagem das mãos – o que é impossível realizar sem água – e aplicação de álcool gel.

Além disso, a classe trabalhadora, principalmente do setor informal, precisa sair para ganhar dinheiro, matar sua fome e assegurar sua sobrevivência. Isso que demonstra que o isolamento social é um privilégio e que a grande parte da sociedade não tem condições de manter os cuidados mínimos diante da pandemia. A ajuda de R\$ 600,00 do Governo Federal, além de não ter chegado para todos/as que dela necessitam, também é insuficiente para assegurar condições básicas para as famílias pobres. Como disse o epidemiologista CamaraPhyllis Jones em entrevista à rede de televisão americana CNN,

[...] Negros estão se infectando mais porque estão mais expostos e, uma vez infectados, estão morrendo mais porque seus corpos – nossos corpos – carregam o peso da falta crônica de investimento e da negligência ativa da comunidade (JONES *apud* ROCHA, s/n, 2020).

Diante dessa realidade, lembramos Carolina Maria de Jesus, que sonhava com a liberdade para o povo negro, e de como dizia, sabiamente, que o povo negro continuava escravizado pela fome.

Os dados das desigualdades de gênero e raça revelam um caráter fundante do modo de produção capitalista, que se apropria das diferenças sociais para produzir mais lucro no processo de exploração da força de trabalho. Como bem expressa Harvey,

[...] os capitalistas usam o poder das diferenças sociais em seu próprio benefício ao máximo. As questões de gênero, muitas vezes, tornam-se vitais no chão da fábrica, assim como as questões de etnia, religião, raça, e preferencia [orientação] sexual. [...] são as mulheres que carregam o peso da exploração capitalista e cujo talento e capacidades são utilizados ao extremo, em condições muitas vezes semelhantes à dominação patriarcal (HARVEY, 2011, p. 89).

Assim, objetivando manter o controle do processo de trabalho, o capital se utiliza das diferenças sociais para produzir desigualdades e hierarquias entre os/as trabalhadores/as. A produção representa o momento predominante dentro das relações capitalistas, contudo, determinações distintas se estabelecem, significando que a produção não pode existir de forma isolada. Essa relação depende de outras determinações como a divisão social do trabalho, concentração de propriedade, apropriação privada dos meios de produção, entre outros, mas depende ainda das relações baseadas nas desigualdades de classe, raça, gênero, nacionalidade (FONSECA, 2019). É importante entender que o trabalho realizado no âmbito privado, no que se refere às atividades domésticas e de cuidados, trata-se de um trabalho geralmente não remunerado, sendo realizado majoritariamente pelas mulheres e representando um pressuposto para a existência do próprio trabalho assalariado. Para Battacharya (2017), ao elaborar a Teoria da Reprodução Social, demonstra em seus estudos que, embora a família e o ambiente doméstico não produzam diretamente o valor, eles fornecem as condições objetivas e subjetivas para a produção do valor.

Para entender tal separação e o lugar naturalizado das mulheres no espaço privado, é necessário compreender o processo de apropriação das mulheres pela categoria homens. ColetteGuillamin (2014) aponta que o processo se dá por meio de: a) mercado de trabalho; b) confinamento no espaço; c) demonstração de força; d) coação sexual; e e) arsenal jurídico e o direito consuetudinário.

Assim, esses artefatos são os meios funcionais da apropriação das mulheres, assegurando as assimetrias de gênero nos empregos e salários, cargos e principalmente no desemprego. As mulheres ainda prevalecem nos espaços privados em detrimento do público, a supervalorização do papel e função da mulher no espaço doméstico como mãe, esposa e cuidadora – ou seja, como a responsável quase que exclusiva das tarefas de “casa”. Em relação aos salários, as mulheres recebem em média 30% menos que os homens, segundo dados do BID em 2009, e ocupam menos cargos de prestígio e poder. Quanto ao desemprego, elas constituem o grupo mais alto em busca de emprego.

Estas questões demonstram a reatualização de “velhas concepções” naturalizadas no processo histórico de sociabilidade capitalista, patriarcal e racista. O qual delinea para as mulheres que o melhor e maior emprego para elas é o casamento, a casa e os/as filhos/as, definindo o espaço doméstico como seu porto seguro, seu lugar naturalmente determinado ao nascer. E com isso “[...] as mulheres são intimidadas a encontrar emprego (de mulher), quer dizer, a vender-SE e não a vender a sua força de trabalho, para poder viver e sustentar seus filhos” (GUILLAMIN, 2014, p. 56). O confinamento das mulheres não se dá somente de forma coercitiva/violenta (pelo uso da força física). Como diz Guillamin, existe o “adestramento positivo” e o “adestramento negativo”, que se articulam de forma complementar e alimentam as engrenagens do processo de apropriação das mulheres. O “adestramento negativo” é realizado de forma indireta ao se depositar na mulher a culpa por todos os problemas, fatalidades e infelicidades que possam ocorrer em casa e/ou na vida dos/

as filhas/as e marido. Por outro lado, o “adestramento positivo” coloca a mulher num pedestal de insubstituível, atribuindo a ela um privilégio por estar naquele lugar, romantizando e mascarando as relações que são fundamentalmente de dominação, exploração e opressão.

É neste movimento de coerção e consentimento que o projeto patriarcal oferece às mulheres segurança em troca de liberdade, cuidado em detrimento da igualdade, subserviência e a obediência em nome da tranquilidade. Todo um projeto de felicidade para as mulheres se constrói tendo por base a perda de si, o sequestro da subjetividade, a falta de amor próprio e a violação da individualidade e de seus direitos humanos. Desta forma, as mulheres renunciam a liberdade, igualdade e equidade para poder conviver em “harmonia”, sob as lentes patriarcais de poder.

Esta perspectiva é exposta quando ainda hoje, corriqueiramente, vemos as mulheres que foram estupradas sendo culpabilizadas pelo crime contra elas praticado – quando se questiona sobre o que elas faziam naquele lugar, por que estavam andando na rua tão tarde e sozinhas. Essas indagações demonstram nitidamente o poder do macho (SAFFIOTI, 1987) e a proposta de confinamento no espaço doméstico como modelo ideal de proteção às mulheres, definindo que

[...] os papéis domésticos fossem fixados biologicamente (a inferioridade das mulheres as predestinaria ao cuidado do lar e à maternidade, enquanto a superioridade masculina consagraria os homens ao trato dos assuntos públicos), de forma que a esfera doméstica e biologizada da família continuou a ser vista como uma limitação da natureza na vida social e política (KRITSCH, 2012, p. 31).

Nesse sentido, o espaço público e privado, separado pela lógica liberal, vem se misturando e modificando sem perder seus fundamentos. Por um lado, a modernidade trouxe muitos avanços nas conquistas e garantias dos direitos das mulheres, contudo, as formas de dominação, exploração e opressão feminina foram reatualizadas. Assim, as mulheres adentram em diversos espaços públicos (mundo do trabalho produtivo), mas continuam com as responsabilidades do espaço doméstico, privado. Os homens continuam intactos em suas funções restritas ao espaço público, sem compartilhar/dividir as atividades de casa e dos/as filhos/as com as mulheres.

Esse papel historicamente destinado às mulheres como uma função natural e de uma essência feminina às posiciona como parcela da população subalternizada e, conseqüentemente, mais vulnerável. Ao passo que elas assumem o cuidado com a sociedade dentro e fora de casa, seja na condição de mãe, esposa, cuidadora, trabalhadora, etc. Para elucidar como a pandemia de COVID-19 é atravessada pelo debate sobre a questão de gênero, é oportuno lembrar como o início da pandemia no Brasil esteve marcado, tendo como primeira vítima fatal uma mulher de 63 anos, que trabalhava como empregada doméstica

no Rio de Janeiro. Essa morte carrega em si o caráter patriarcal e racista presente em nosso cotidiano. Os patrões tinham testado positivo para o novo coronavírus e solicitaram seu retorno ao trabalho na casa, sem lhe informar que estavam infectados e sem nenhuma preocupação em infectá-la. Tal situação já demonstra a fragilidade de quem está nos setores da reprodução social, assim como nos setores informais de trabalho, e como esta pandemia está sendo vivenciada, informando o caráter classista, racista e patriarcal da sociedade.

As mulheres estão primordialmente na linha de frente da responsabilidade pelos cuidados, inclusive da população adoecida – nos espaços domésticos ou institucionais. Elas representam, em média, 70% das/os trabalhadoras/es da saúde, segundo estimativas da OMS. De acordo com o Conselho de Enfermagem, 85% de enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem no Brasil são mulheres – o equivalente a 1,9 milhão de profissionais. Em relação aos/às médicos/as, 45,6% são mulheres, o equivalente a 223,6 mil delas. Esses dados revelam que as mulheres também estão na linha de frente do cuidado institucionalizado. Quando analisamos o espaço doméstico, 85% de cuidadores/as de idosos/as são profissionais mulheres (dados do extinto Ministério do Trabalho) e 31,8 milhões de famílias do país (45,3% do total) são chefiadas por mulheres, segundo IPEA (2019).

Como vimos, vários setores da reprodução social que são responsáveis pela manutenção e reprodução da força de trabalho – como o trabalho doméstico, saúde e educação, por exemplo – são executados por um número majoritariamente formado por mulheres (FREDERICI, 2019). E no caso do Brasil, principalmente, essas relações são racializadas. Segundo o IPEA, em 2014 a categoria de empregadas domésticas era majoritariamente feminina (92%), sendo que mais de 6 em cada 10 eram mulheres negras (65%). Importante frisar que, para a população negra, a situação da pandemia se alia às condições desiguais determinadas pelo racismo estrutural e institucional, uma vez que essa população tem menos acesso aos serviços de saúde e está em maior proporção entre as populações vulneráveis, vivenciando historicamente a ausência do Estado em seus territórios. Desta forma, a pandemia evidencia o quão desigual é o Brasil e como pouco avançamos em termos de superação do racismo (GOES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a pandemia transforma as mulheres e a população negra em grupos sociais mais afetados, uma vez que ocupam majoritariamente os empregos mais precários ou informais, sendo obrigadas a desenvolver as tarefas dos cuidados com o lar, da economia doméstica e dos cuidados com filhos/as, além de prezar pela saúde dos/as idosos/as (FIOCRUZ, 2020). As mulheres, cuidadoras nos espaços de trabalho e nos domésticos, estão mais expostas não só aos riscos aumentados de contaminação, mas também aos demais riscos sociais e ocupacionais. Com suas jornadas de trabalho aumentadas, as consequências são o excesso de horas trabalhadas, sofrimento psíquico, fadiga, *burnout*, estigmatização e violência física, psicológica, moral e sexual – todas passíveis de amplificação pelas dinâmicas de gênero. Outros fatores tornam as profissionais de saúde mais vulneráveis em comparação com os homens, além da escassez de equipamentos de proteção individual

(EPIs) – que pode afetar a todos indiscriminadamente –, a inadequação dos EPIs existentes, que muitas vezes não têm o tamanho correto para a força de trabalho feminina (ONU *apud* HERNANDES E VIEIRA, 2020). Há ainda os episódios de assédio moral e/ou sexual no ambiente de trabalho, que têm se multiplicado no contexto pandêmico e tendem a afetar mais as mulheres (INTERNATIONAL RESCUE COMMISSION & CARE *apud* HERNANDES E VIEIRA, 2020). E, para além desses elementos, há também a defasagem remuneratória, que também constitui um grande fator de vulnerabilidade (HERNANDES E VIEIRA, 2020).

No que se refere ao trabalho doméstico não pago, antes da pandemia, segundo os dados da PNAD 2019 (IBGE), as mulheres ocupadas (ou seja, com emprego formal ou não) dedicavam 18,5 horas semanais para tarefas domésticas e cuidados com pessoas, enquanto os homens ocupados dedicavam 10,4 horas semanais para tais atividades, representando uma diferença de 8,1 horas a mais para as mulheres. Na situação de mulheres e homens não ocupados, a diferença chega a 11,9 hora semanais a mais para as mulheres. A tendência é que tal desigualdade permaneça e se intensifique durante o período de isolamento social na pandemia e contribua ainda mais para a sobrecarga das mulheres. Garantir o distanciamento social permanecendo em casa é a estratégia necessária para diminuição do contágio pelo novo coronavírus, contudo é necessário observar a situação das mulheres, possibilitando a proteção aos seus direitos sociais e o cuidado com sua saúde física e mental, que vem sendo comprometida diante do aumento do trabalho, dos estresses, medos, ansiedades e incertezas nestes tempos de pandemia.

Percebemos, portanto, que o cenário pandêmico escancarou as desigualdades preexistentes evidenciando os espaços ocupados por mulheres nas relações mais precarizadas, além de trazer para o debate nacional o fardo das tarefas domésticas e a dificuldade de conciliação da inserção no mercado de trabalho e a responsabilização exclusiva pelos cuidados com o lar e a família. Tornou-se evidente que na verdade o trabalho doméstico não remunerado feito pelas mulheres subsidia serviços públicos e lucros privados, o que aponta a importância de que a sociedade reflita sobre o cuidado como um elemento central da própria democracia, como Silvia Federici nos indica em seu livro, *o ponto zero da revolução* (2019). A reflexão sobre quem cuida e quem é cuidado precisa integrar os debates públicos, visto que interfere na vida de toda a população, já que somos todas/os interdependentes. Desta forma, merece atenção no âmbito econômico e nas tomadas de decisões para garantia dos direitos das mulheres e criação de condições mais igualitárias de vida.

3. A COVID-19 e o aumento da violência contra a mulher

Segundo dados do 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2019), 1,6 milhão de mulheres foram espancadas ou sofreram tentativas de estrangulamento no Brasil nos últimos 12 meses, 22 milhões (37,1%) de brasileiras passaram por algum tipo de assédio, 97% das mulheres já sofreram assédio em meio de transporte; 1 mulher é vítima de estupro

a cada 9 minutos; e 3 mulheres são vítimas de feminicídio a cada 1 dia. Esses dados revelam as diversas violências sofridas por mulheres, demonstrando que, apesar dos 14 anos de existência da Lei Maria da Penha, o poder do macho (SAFFIOTI, 1989) persiste – um poder patriarcal de dominação e posse das mulheres por seus maridos, ex-maridos, namorados, ex-namorados, noivos, ex-noivos, enfim; seus companheiros e/ou ex-companheiros. Nos casos de feminicídio, podemos ainda denunciar seus determinantes de classe e raça, que se enovelam com as relações patriarcais condenando mulheres à perda de suas vidas; aliás, na prática, suas vidas nunca as pertenceram.

De 3 mulheres que são vítimas do feminicídio a cada 1 dia, 61% são mulheres negras, revelando o racismo ainda estrutural em nossa sociedade. Essas mulheres apresentam uma condição escolar extremamente precarizada, revelando sua condição de classe, com 70,7% delas possuindo, no máximo, apenas o ensino fundamental.

A mesma pesquisa demonstra ainda o patriarcado ao desnudo, quando os dados apontam que 88,8% dos autores dos feminicídios são os companheiros e ex-companheiros e que 65,6% dos crimes tiveram a casa como local de sua realização.

Em Alagoas, a violência contra a mulher não foge à realidade nacional. Como forma de enfrentamento, em abril de 2018 foi criada a Patrulha Maria da Penha, que tem sede no Centro Especializado em Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Ceam), no bairro maceioense da Jatiúca. O serviço pertence à Secretaria da Mulher e dos Direitos Humanos (Semudh). Desde o início da Patrulha (2018), 406 mulheres foram encaminhadas para o programa. 180 delas encontram-se ativas e 226 já tiveram suas medidas encerradas. Nos dois anos de Patrulha, foram realizadas 50 prisões e mais de 3.889 atendimentos fiscalizatórios (MESQUITA, *et al.*, 2020, p. 9).

Em janeiro de 2020 foram encaminhadas 18 novas assistidas, 216 atendimentos fiscalizatórios realizados e 4 prisões de agressores. Em fevereiro foram encaminhadas 11 novas mulheres assistidas e 173 atendimentos fiscalizatórios foram realizados, além de 5 prisões. Em março, mês em que o isolamento social iniciou, o número de novas mulheres assistidas quase triplicou, atingindo o total de 42 novas assistidas pelo programa. A quantidade de atendimentos fiscalizatórios disparou, chegando ao total de 301 casos e 02 prisões. No mês de abril o número de mulheres assistidas continuou crescendo, somando 47 novas mulheres no programa, 261 atendimentos fiscalizatórios e 5 prisões. Em maio tivemos 32 novas mulheres assistidas, 296 atendimentos realizados e 5 prisões. No mês seguinte, 18 novas mulheres foram inseridas, 353 atendimentos e 4 prisões foram realizados. E em julho, até o dia 13, 9 mulheres a mais sendo assistidas, 200 atendimentos e 2 prisões – em menos da metade do mês, ressalte-se. Foram 1.800 atendimentos só de janeiro a 13 de julho de 2020 e, no período da quarentena, 18 prisões foram efetuadas, sendo 9 delas por descumprimento de medidas protetivas e 9 por flagrante de violência física/lesão corporal dolosa (MESQUITA, *et al.*, 2020, p. 9). Para as mulheres alagoanas, a Patrulha Maria da Penha faz uma grande diferença em meio à pandemia, possibilitando que muitas delas, impossibilitadas de sair de

casa para fazer a denúncia, tivessem atendimento em casa e conseguissem romper o ciclo de violência doméstica.

Outro elemento importante em relação ao atendimento das mulheres durante a pandemia é constituído pelos dados do Centro Especializado de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CEAM) Jared Viana, que atendeu 166 mulheres vítimas de violência no estado desde o início das medidas de isolamento social, iniciadas em março e reiteradas com diversas publicações de decretos governamentais.

Com o isolamento social voluntário, as mulheres passaram a ficar 24 horas em casa com seus companheiros/as, que em alguns casos são os/as mesmos/as que praticam as diversas violências. Esta condição demonstra que a violência doméstica não diminuiu, apenas a pandemia deixou as mulheres com mais dificuldade de realizar a denuncia por está confinada em sua casa. A China, país no qual a pandemia se iniciou, registrou um aumento das notificações de violência doméstica; segundo Feng Yuan, da ONG de defesa da mulher Weiping, seu atendimento à vítimas de violência doméstica aumentou três vezes mais em relação ao período que antecedeu a quarentena, de acordo com reportagem da BBC de 8 de março de 2020. Segundo reportagem da *Time* em 18 de março de 2020, a *NationalDomesticViolenceHotline*, equivalente ao nosso Disque 180, divulgou que os agressores estão vendo a quarentena como forma de isolar ainda mais as mulheres de seus familiares e amigos/as.

A partir da análise dessa realidade, torna-se possível considerar a violência contra a mulher como algo semelhante a uma *pandemia* e que, infelizmente, detém uma alta taxa de subnotificações. Em decorrência do isolamento social, as notificações oficiais estão ainda menores. Segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMDH), no mês de abril de 2020, a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Disque 180) recebeu quase 40% a mais de denúncias que no mesmo período em 2019. Comparando os meses de fevereiro e março – início da quarentena –, o aumento já foi de cerca de 18% e 13,5%, respectivamente, em relação aos mesmos meses de 2019.

O número de denúncias, infelizmente, não corresponde ao número de boletins de ocorrência (BO). Entendemos que isso se dá pelo fato de que a vítima se encontra presa em casa, com o agressor monitorando cada um de seus passos, impedindo-a de formalizar a denúncia em órgãos de segurança pública. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública apurou uma diminuição significativa de BO: 49,1% no Pará; 29,1% no Ceará; 28,6% no Acre; e 8,9% em São Paulo.

Os dados sobre o aumento da violência contra a mulher revelam a necessidade de ampliação das medidas protetivas de urgência como forma de prevenir a violência em tempos de pandemia. A nota técnica demonstra que,

As Medidas Protetivas de Urgência concedidas pelos Tribunais de Justiça não apresentam grande variação no primeiro trimestre deste ano na comparação

com o ano passado, mas a partir do final de março e primeiros dias de abril verifica-se a queda no número de MPUs concedidas. No Pará a redução foi de 32,9%, em São Paulo de 31,5% e no Acre a redução chegou a 67,7% (FÓRUM DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020, p. 15).

As medidas protetivas também foram uma direção no enfrentamento da violência doméstica em Alagoas. De acordo com dados da divisão de estatística da Assessoria de Planejamento e Modernização do Poder Judiciário (APMP) do Tribunal de Justiça de Alagoas, entre janeiro a meados de abril de 2020, 225 medidas protetivas foram concedidas à mulheres vítimas de violência doméstica. O número cresceu significativamente em comparação ao mesmo período em 2019.

Em conformidade com o levantamento do Fórum de Segurança Pública, entre fevereiro e abril, os relatos nas redes sociais sobre brigas com indícios de violência doméstica entre casais aumentaram em 431%. O mês de abril foi responsável por 53% dos relatos.

A Decode coletou um universo de pouco mais de 52 mil menções contendo algum indicativo de briga entre casais vizinhos realizadas entre fevereiro e abril. Após uma filtragem com foco apenas nas mensagens que indicassem a ocorrência de violência doméstica, resultaram 5.583 menções (FÓRUM DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020, p. 11-12).

Outro ponto levantado na nota técnica do Fórum é o fato de que, entre março e abril, houve um aumento de 22,2% nos casos de feminicídio, com o número subindo de 117 para 143. De acordo com o relatório, o estado com maior agravamento foi o Acre, onde o aumento registrado foi de 300%. Em relação aos boletins de ocorrência em casos de violência sexual, houve uma redução de 28,2% entre abril e maio de 2020, se comparado com os mesmos meses de 2019. Isso reforça a tese de que as vítimas enfrentam mais dificuldades para fazer as denúncias aos órgãos públicos durante o isolamento social. Assim, o isolamento contribui de forma objetiva (isolando a mulher sem sair de casa) e de forma subjetiva (isolando a mulher e levando-a a conviver 24 horas por dia com o/s agressor/es).

O relatório demonstra ainda um aumento de denúncias feitas por telefone; comparando os meses de março de 2019 e 2020, esse aumento foi de 17,9%. Esse tipo de denúncia cresceu 37,6% em abril. Os dados revelam que o confinamento colocou as mulheres numa condição de maior vulnerabilidade, visto que o isolamento aumenta e aproxima a convivência com os agressores. Outrossim, o confinamento dificulta e/ou impede as mulheres de ir à delegacia e/ou a outros locais que prestem assistência às vítimas de violência doméstica – a exemplo do Centro de Referência Especializado, as casas-abrigo, etc. Estando ao lado do violentador, muitas vezes as mulheres não conseguem sequer acessar o telefone ou mesmo os aplicativos, que são canais alternativos de denúncia. Desta forma, mesmo diante do aumento dos dados, podemos afirmar a presença ainda maior de subnotificação, que, em tempos que antecederam a pandemia, já expressava percentual alto.

A ONU Mulheres publicou um estudo sobre como a quarentena está afetando as mulheres na América Latina, ressaltando que as trabalhadoras informais são as mais atingidas economicamente e que esse período de isolamento aumentou os riscos de violência doméstica, devido às tensões em casa. Isso acaba agravando ainda mais a situação de mulheres que convivem com algum agressor, aumentando ainda o risco de exploração sexual com fins lucrativos. O mesmo estudo divulgou também algumas recomendações acerca de como realizar contato direto com diversas organizações de mulheres para saber a situação dessas mulheres, suas necessidades e as medidas de enfrentamento da pandemia. Além da garantia e a continuidade dos serviços de combate à violência contra a mulher.

No Brasil, temos campanhas como o X na mão, feito de batom vermelho. A vítima mostra a algum atendente de farmácia cadastrado na campanha de combate à violência contra mulher e então o/a funcionário/a acionará a polícia. Temos também um vídeo de automaquiagem que na verdade é um incentivo à denúncia de violência doméstica; o botão do pânico no aplicativo da loja Magazine Luiza, que em maio deste ano registrou um aumento de 450% no número de denúncias, comparado ao mesmo mês em 2019. Essas e outras estratégias vêm sendo usados por órgãos públicos, empresas e ONGs como formas de incentivar e possibilitar às mulheres em situação de violência doméstica a busca por ajuda durante o período de isolamento social.

Na contramão dos órgãos internacionais de saúde e de direitos humanos que delineiam ações e estratégias para o fim da violência contra a mulher, no Brasil, desde 2015, os programas de proteção à mulher vêm sendo desmontados com esvaziamento de políticas e/ou de recursos financeiros. No desgoverno de Bolsonaro, o orçamento da Secretaria da Mulher, órgão do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, foi diminuído de R\$ 119 milhões para R\$ 5,3 milhões, de acordo com levantamento feito pelo jornal O Estado de São Paulo. Entre esses anos, os pagamentos para atendimento às mulheres em situação de violência diminuíram de R\$ 34,7 milhões para apenas R\$ 194,7 mil. Este descaso com as políticas para as mulheres fica explícito num levantamento feito pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) em abril de 2020, que revelou que o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos gastou somente 0,13% dos R\$ 400 milhões disponíveis no orçamento inicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lugar onde o Estado não chega, o vírus irá chegar como acontece com todas as epidemias, este lugar tem raça/etnia e gênero, são as pessoas negras, as mulheres negras que ocupam esses territórios.

Emanuelle Goes, 2020²⁴.

²⁴ Citação no site Catarinas. Disponível em: <https://catarinas.info/colunas/racismo-e-desigualdades-o-que-ha-de-democratico-na-covid-19/>. Acesso em 16/07/2020.

A pandemia de COVID-19 escancarou as desigualdades já existentes no Brasil, além de ter aumentado significativamente a violência contra a mulher. As mulheres, assim, enquanto grupo que ocupa os empregos mais precários e a linha de frente nos serviços de saúde no combate ao novo coronavírus – e estão diretamente no cuidado doméstico ou institucional – representam um grupo de grande vulnerabilidade e que carece de políticas públicas voltadas à eliminação dessas desigualdades. Quando a raça atravessa essas mulheres, as mulheres negras são ainda mais atingidas pela pandemia.

As pesquisas realizadas apontam a subnotificação dos casos de violência doméstica como um dos problemas para diagnosticar de forma real os casos de violência, visto que essa violência é cometida por uma pessoa com a qual a vítima tem ou teve uma relação afetivo-sexual – o que dificulta a denúncia. Os agressores – em geral, companheiros, ex-companheiros, maridos, ex-maridos, noivos, ex-noivos, namorados, ex-namorados – mantêm uma relação de poder e controle físico e/ou emocional com a vítima. Neste caso, o mito do amor romântico é o azeite da engrenagem das relações violentas dentro de casa. A romantização do ciúme como prova de amor, o sonho do “príncipe encantado”, o falseamento da posse como amor, a ideia do “felizes para sempre” sintonizada com frases de efeito que povoam o senso comum, propagador do “ruim com ele, pior sem ele”, que fazem parte de um arsenal ideológico de subalternização das mulheres e dominação masculina.

Nesse sentido, trazemos um questionamento: será a casa um lugar seguro para as mulheres? Se a pergunta diz respeito à contaminação por COVID-19, sim, a casa é o lugar mais seguro neste momento de isolamento social. É a maior arma que temos contra a pandemia. Contudo, ao analisar a totalidade, a casa não assegura o bem estar físico e mental para muitas mulheres, como vimos nos dados acima apresentados. A casa não é o lugar de segurança das mulheres, não é o porto seguro, mas um espaço de confronto, violência e morte para muitas delas.

Não estamos dizendo para as mulheres saírem de casa, porque a pandemia impõe o confinamento como forma de proteção. O que estamos refletindo aqui é bem mais amplo, apontando elementos para que o poder público e o Estado tenham diversos planos emergenciais também para manter as mulheres em segurança também dentro de casa. As mulheres não devem ter de escolher entre a COVID-19 e a violência. O Estado tem obrigação de oferecer políticas públicas para que as mulheres rompam o ciclo da violência doméstica, bem como medidas protetivas e punição aos violadores dos direitos das mulheres. Elas precisam saber o que fazer, em caso de violência doméstica, para não colocar em risco suas vidas, as de seus filhos/as e as da comunidade em geral. Precisamos fortalecer nossos laços de solidariedade entre as mulheres, de cuidado, apoio, escuta qualificada, de mensagem afetiva e informativa de como, onde e quando elas podem realizar a denúncia com segurança. É importante ressaltar que a violência contra a mulher não se resume a um problema de segurança pública, mas rebate também e diretamente na saúde pública. Em 2011, a violência contra as mulheres no Brasil gerou um gasto de R\$ 5,3 milhões aos cofres públicos apenas

com internações. Este dado foi calculado pelo Ministério da Saúde a pedido da Agência Brasil. Foram 5.496 mulheres internadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Além das vítimas internadas, 37,8 mil mulheres, entre 20 e 59 anos, precisaram de atendimento no SUS por terem sido vítimas de algum tipo de violência, conforme dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde. O custo da violência brasileira em 2013 para o SUS foi de R\$ 5,14 bilhões²⁵.

Para além de uma guerra biológica contra a pandemia, estamos diante de uma “[...] guerra civilizatória que requer outro modo de vida” (STEVANIM, 2020), como afirma a líder indígena Célia Xakriabá. Precisamos sobreviver e encontrar a cura para a COVID-19, sim, mas resgatar nessa sobrevivência valores humanitários. O retorno ao “novo normal” – que de normal não tem nada – precisa se pautar no extermínio do capitalismo, do patriarcado, do racismo e da heteronormatividade. O nosso horizonte é a emancipação humana, sem perder de vista a urgência da tarefa cotidiana de fortalecer as mulheres em tempos de confinamento social. Saber como estamos, como podemos fortalecer nossos laços de solidariedade, denunciar casos que possamos escutar ou ver de nossas janelas e casas. A pandemia de COVID-19 vai passar com os avanços científicos. No entanto, a violência contra a mulher só findará com as posturas anti-patriarcal, antirracista e anticapitalista. Que possamos nos inspirar em Paulo Leminski e deixar sua poesia transbordar em nossas vidas porque “[...] tem horas que é caco de vidro, meses que é feito um grito, tem horas que eu nem duvido, tem dias que eu acredito” (LEMINSKI, 1994, p.25). Foram dias que nos cortaram como cacos de vidro, meses em que os gritos de medo e dor pela perda de nossos entes queridos fizeram parte do nosso cotidiano. Foram horas de dúvidas e desesperanças, mas precisamos construir dias nos quais possamos acreditar e lutar para que a solidariedade seja nossa guia e as vidas estejam acima de tudo, porque vidas importam.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Gil. A luta contra o coronavírus tem o rosto de mulheres. *El País*, 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-02/a-luta-contra-o-coronavirus-tem-o-rosto-de-mulheres.html>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ALVES, Ana Elizabeth Santos. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 271-289, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

AMAZÔNIA REAL (et al.). Um vírus e duas guerras: mulheres enfrentam em casa a violência doméstica e a pandemia da COVID-19. 18 jun. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/mulheres-enfrentam-em-casa-a-violencia-domestica-e-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 15 jul. 2020.

²⁵ Dados disponíveis em <https://sindjustica.org.br/sus-atende-25-vezes-mais-mulheres-vitimas-de-violencia-do-que-homens/>. Acesso em 18/07/2020.

BHATTACHARYA, Tithi (Org.). *Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentring Oppression*. London: Pluto Press, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. CORONAVÍRUS BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em 09 de agosto de 2020.

CHIARA, Márcia de. *Violência contra a mulher aumenta em meio à pandemia; denúncias ao 180 sobem 40%*. 1 jun. 2020. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,violencia-contra-a-mulher-aumenta-em-meio-a-pandemia-denuncias-ao-180-sobem-40,70003320872>. Acesso em: 16 jul. 2020.

FEDERICI, Silvia. *O ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019.

FERREIRA, V. [et al.] (org.). *O Patriarcado Desvendado – Teorias de três Feministas Materialistas*. Recife: SOS Corpo. 2014.

FIOCRUZ. *A pandemia e o impacto sobre a vida das mulheres: o papel social, doméstico e o cuidado integral com as crianças*. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48723>. Acesso em: 14 jul. 2020.

FONSECA, Rhaysa. Contribuições da Teoria da Reprodução Social para o debate contemporâneo sobre as opressões. *Marx e o Marxismo*, v. 7, n. 13, 2019.

FÓRUM DE SEGURANÇA PÚBLICA. Nota Técnica “Violência Doméstica durante a pandemia de COVI-19”. Parceira DECODE. Oficina 22 - Diagramação. 16 de abril de 2020.

GODIN, Melissa. *As cities around the world go on lockdown, victims of domestic violence look for a way out*. 18 mar. 2020. Disponível em: <https://time.com/5803887/coronavirus-domestic-violence-victims>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2020.

G1 Rio. Governo do RJ confirma a primeira morte por coronavírus. 19 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 15 jul. 2020.

- HARVEY, David. *O enigma do capital e as crises do capitalismo*. São Paulo: Boitempo, 2011.
- HERNANDES, Elizabeth Sousa Cagliari; VIEIRA, Luciana. *A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19*. São Paulo: ANESP, 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-COVID-19>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101678>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena et al. (Orgs.). *Dicionário crítico feminino*. São Paulo: Unesp, 2009. p. 67-76.
- LEMINSKI, Paulo. *Metamorfose*. São Paulo: Iluminuras, 1994. (Prêmio Jabuti de poesia, 1995).
- MACHADO, Maria Helena. (Coord.). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS, 2017.
- MESQUITA, Andréa Pacheco de. *As mulheres, o COVID-19 e o confinamento social: será a casa o lugar mais seguro para as mulheres?* Disponível em: <https://ufal.br/transparencia/noticias/2020/04/pesquisadora-reflete-sobre-a-violencia-contra-a-mulher-durante-o-isolamento-social>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- _____. et al. *Relatório de Pesquisa PIBIC 2019-2020: As Marias que não calam: o perfil do enfrentamento da violência contra a mulher em Maceió/AL*. Maceió: UFAL, 2020.
- ONU Mulheres Brasil. *Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*. Brasília: ONU MulheresBrasil, 2020.
- OWEN, Lara. *Coronavirus: five ways virus upheaval is hitting women in Asia*. 8 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-asia-51705199>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- PARENT IN SCIENCE. *Produtividade acadêmica durante a pandemia: efeitos de gênero, raça e parentalidade*. 2020. Disponível em: <http://www.s bq.org.br/noticia/produtividade-acad%C3%AAmica-durante-pandemia-efeitos-de-g%C3%AAnero-ra%C3%A7a-e-parentalidade>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ROCHA, Camilo. O racismo estrutural nas mortes por COVID-19. 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/15/O-impacto-do-racismo-estrutural-nas-mortes-por-COVID-19>. Acesso em 21 jul. 2020.

SÁ, Priscilla Placha. *Isolamento social e violência contra a mulher*: a diferença entre fato ocorrido e fato comunicado. *TJPR*, 18 mai. 2020. Disponível em: https://www.tjpr.jus.br/destaques/-/asset_publisher/1lKI/content/id/35684271. Acesso em 20 jul. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

STEVANIM, Luiz Felipe. Vulnerabilidades que aproximam: das aldeias às ruas, medidas contra a COVID-19 esbarram em realidades marcadas pela desigualdade e na ausência de direitos básicos, como saúde, emprego e moradia. 5 mai. 2020. *RADIS*, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/vulnerabilidades-que-aproximam>. Acesso em: 23 jul. 2020.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). COVID 19: um olhar para gênero. mar. 2020. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COVID19_olhar_genero.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020. Resumo Técnico.

Confinamento, liberdade e saúde mental: lições e resistências na crise sanitária provocada pela COVID-19

Claudete do Amaral Lins²⁶

Karla Patrícia André da Rocha Lima²⁷

Maria Derivalda Andrade²⁸

Sueli Maria do Nascimento²⁹

1. Introdução

À luz de uma utopia compartilhada por nós no Fórum de Saúde Mental de Maceió, queremos expressar nossas impressões sobre as lições aprendidas e produzidas durante o processo de crise sanitária provocada pela COVID-19; lições estas que nos apontam caminhos para a resistência na luta antimanicomial contra o estado de coisas que reputamos indesejáveis na atenção à saúde mental.

Temos a finalidade de defender o acesso universal, equitativo, integral e com qualidade à saúde, como direito de cidadania e dever do poder público. Para isso, buscamos refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) como a maior expressão da construção democrática do nosso país; expor os reveses frente à crise estrutural do capital e às crises política e sanitária no Brasil, nos discursos e nas medidas de austeridade econômica, com a redução dos gastos públicos e o desmonte da seguridade social; e apresentar a resistência dos movimentos sociais como possibilidade histórica de transformação na direção da desinstitucionalização e do cuidado da saúde mental em liberdade.

²⁶ Mestre em Educação (UFAL). Terapeuta Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Casa Verde da UNCISAL e no CAPS-AD Everaldo Moreira da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

²⁷ Especialista em Gestão e Controle Social em Políticas Públicas (UFAL). Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Dr. Sadi Feitosa de Carvalho da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

²⁸ Especialista em Gestão e Controle Social em Políticas Públicas (UFAL), em Emergência no SUS (HSL) e em Educação em Saúde para preceptores do SUS (HSL). Assistente Social do Hospital Escola Portugal Ramalho da UNCISAL.

²⁹ Doutora em Serviço Social (UERJ). Docente na Faculdade de Serviço Social da UFAL.

2. Luta antimanicomial e o cuidado em saúde mental

Desde janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu o alerta da “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” em decorrência do surto da COVID-19 (doença causada pelo novo Coronavírus), medidas básicas de proteção vêm sendo recomendadas pelas autoridades no mundo inteiro, situando os indivíduos como principais responsáveis pela contenção da disseminação do vírus. Destacamos os cuidados frequentes com a higiene das mãos, a utilização de máscaras de proteção, a quarentena e o auto isolamento.

No mês de março a OMS caracterizou a COVID-19 como pandemia. Tendo em vista reduzir a transmissão comunitária do novo Coronavírus e “achatar a curva de contágio”, evitando o colapso das redes públicas e privadas de atenção à saúde, foram anunciadas medidas mais drásticas de confinamento das pessoas, a serem adotadas pelos governos nacionais, estaduais e locais, além de outras exigências sanitárias de responsabilidade dos poderes públicos. O distanciamento social ganhou destaque como imprescindível medida profilática coletiva.

No Brasil, a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, previu a adoção das medidas de isolamento e quarentena. A implantação de regras de distanciamento social foi estratégia eminentemente adotada, via decretos, pelos governos estaduais e municipais e recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Recomendação nº 022, de 09 de abril de 2020, que indicou o reforço ou implementação de “medidas que possibilitem o afastamento social, e que não permitam aglomerações de pessoas, como forma de diminuir a disseminação do Coronavírus e evitar o colapso do Sistema de Saúde” (CNS, 2020).

Nesse contexto de pandemia e confinamento preventivo compulsório, a ocorrência de casos de sofrimento mental na população, principalmente em quem apresentava fatores preexistentes, tem sido crescente. Sintomas de depressão e ansiedade são identificados em vários países. Conforme publicado na página das Nações Unidas no Brasil (ONU Brasil), o diretor-geral da OMS, TedrosAdhanomGhebreyesus, afirmou, em maio de 2020, que “o impacto da pandemia na saúde mental das pessoas já é extremamente preocupante” e que “o isolamento social, o medo de contágio e a perda de membros da família são agravados pelo sofrimento causado pela perda de renda e, muitas vezes, de emprego” (ONU BRASIL, 2020). Esses comentários se referem à publicação de documento da ONU intitulado “PolicyBrief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”³⁰, no qual se alerta para um provável aumento no número e gravidade de problemas de saúde mental em longo prazo.

Outra relação do confinamento com saúde mental diz respeito aos riscos de contágio entre pessoas internadas para tratamento psiquiátrico. Em fevereiro de 2020, no epicentro original do novo Coronavírus — a cidade de Wuhan, na China —, foram diagnosticados com COVID-19 cerca de 50 pessoas internadas com distúrbios psiquiátricos e 30 profissionais

³⁰ “Resumo de Política: COVID-19 e a necessidade de ação em saúde mental” (tradução nossa).

do Centro de Saúde Mental de Wuhan (WMHC), sendo noticiados como os primeiros casos de infecções nosocomiais agrupadas em um grande hospital psiquiátrico do país (XIANG; ZHAO; LIU; LI; ZHAO; CHEUNG; NG, 2020).

A circunstância de isolamento e distanciamento social preventivos contra a COVID-19 nos instiga a provocar a reflexão quanto às clássicas medidas de confinamento que a psiquiatria moderna prescreveu como terapêutica em relação à loucura, como afirma Amarante (2000, p. 23): uma visão crítica que “organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco”. Afinal, se o isolamento durante a pandemia é difícil e psicologicamente patológico, por que ainda há quem até hoje — contra todas as evidências em contrário — acredite que o confinamento seja uma prática de saúde mental?³¹ E mais: como prevenir o contágio por Coronavírus em hospitais psiquiátricos com internamentos de longa duração? Essa é “a deixa” para destacarmos a luta antimanicomial como importante lição de resistência dos movimentos sociais, na atual conjuntura.

A abordagem no campo das políticas de saúde no Brasil remete necessariamente aos avanços conquistados há três décadas, com o reconhecimento formal/legal que instituiu o SUS: a Constituição Federal de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990. Como política pública de seguridade social universal e não contributiva, o SUS representa a maior expressão da recente construção democrática brasileira (SOUTO, 2019). Ressaltamos o importante papel do movimento nacional de reforma sanitária deflagrado na segunda metade da década de 1970, o qual questionou o antigo modelo médico assistencial, curativo e hospitalocêntrico e defendeu um sistema de saúde gratuito e descentralizado, com foco no cuidado integral, através de ações e serviços públicos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ocorrido em 1978, marcou o início efetivo da participação dos movimentos sociais na construção de políticas públicas de saúde mental no Brasil. Assim nasce o movimento da reforma psiquiátrica, no interior do movimento de reforma sanitária, na década de 1980, caracterizado pela luta antimanicomial, pautado na defesa dos direitos humanos e no repúdio à herança de violência institucionalizada nos hospitais psiquiátricos — também chamados de hospícios e manicômios. (AMARANTE, 2000).

Segundo Amarante (2000), é na segunda metade dos anos 80 que no Brasil se inicia um novo contexto político, influenciado pela experiência italiana de desinstitucionalização, realizada por Basaglia e seus seguidores. Eventos importantes impulsionam este processo: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (junho de 1987) e o II Congresso de Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (Congresso de Bauru) são marcos importantes da luta de usuários, familiares, trabalhadores e da sociedade civil, até hoje.

³¹ Questionamento inspirado em postagem de Movida de Locos –Emprendimientosproductivosensalud mental, em seu perfil no Instagram @movidadelocos, no dia 25 de março de 2020: “¿Viste que difícil es el aislamiento? Hay quienes todavía hoy creen que el encierro es una práctica de salud mental”. Disponível em: https://www.instagram.com/p/B-J6rgdHKBX/?utm_source=ig_web_copy_link. Acesso em: 15 jul. 2020.

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), a desinstitucionalização começa “pela crítica do paradigma problema-solução”, tornando-se “um processo social complexo”, substituindo a internação e transformando os sujeitos envolvidos, em atores do processo, que lutam por seus direitos.

Como afirmou Ernesto Venturini (apud AMARANTE, 2000, p. 14), no início dos anos 2000, apesar das dificuldades estruturais, em todas as regiões do Brasil e nos contextos mais diversos, já havia ocorrido a transformação de muitos hospitais psiquiátricos e o surgimento de hospitais-dia, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS).

Em que pesem esses avanços, o projeto de desinstitucionalização vem sofrendo constantes ataques conservadores que ameaçam sua consolidação, especialmente na conjuntura atual de crise econômica e política, que representa uma ruptura do pacto democrático e social celebrado com a Constituição de 1988.

Apesar do cenário pouco favorável, ainda há motivos para acreditar que a resistência em prol do sistema público de saúde é possível e será exitosa se — a partir de uma consciência ampla do momento político — os movimentos sociais mantiverem em marcha a tarefa de defesa da democracia e de combate ao desmonte do SUS.

Em seus dois anos de existência, o Fórum de Saúde Mental de Maceió vem reafirmando o lema “por uma sociedade sem manicômios” na luta pela desmontagem do hospital psiquiátrico. Por essa razão, na condição de militantes desse movimento, chama a nossa atenção a realidade presente do único hospital psiquiátrico público mantido pelo Governo do Estado de Alagoas, o Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Observamos também as possibilidades de mobilização e de participação crítica e reflexiva de usuários e familiares dos serviços substitutivos, particularmente dos CAPS, mesmo na adversidade do confinamento doméstico. Abordaremos essas questões nos próximos itens.

3. Planos emergenciais de contingência COVID-19 e o fracasso na saúde mental

O HEPR é uma das unidades assistenciais da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Atualmente possui 160 leitos para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, dos quais 20 são residentes. De janeiro a dezembro de 2019, o HEPR realizou 31.758 atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica, das quais 1.618 ficaram internados, conforme os registros do Serviço de Arquivo Médico da Unidade (2019).

Integram a estrutura do HEPR as seguintes unidades: o Ambulatório de Saúde Mental Dr. Alberto Magalhães (PISAM) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Casa Verde e AD UNCISAL. Os CAPS encontram-se em processo de habilitação municipal há pelo menos 5 anos. Todavia, com o retorno dos serviços para dentro do Complexo Portugal Ramalho há pouco mais de um ano, o processo retrocedeu.

Infelizmente, ainda no contexto atual, após 30 anos de reforma psiquiátrica, o hospital psiquiátrico permanece como porta de entrada de atenção à urgência psiquiátrica. No atual contexto, isso só agrava os riscos de infecções nosocomiais agrupadas, considerando a insuficiente oferta de serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Estado de Alagoas. No Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas de 2016 a 2019 foram pactuados 115 leitos de saúde mental em Hospital Geral. Atualmente, só existem 15 em funcionamento nos municípios de Rio Largo (6) e Murici (9). Do mês de abril até 6 de junho, 14 usuários do HEPR ficaram em isolamento por suspeita de COVID-19.

Conforme dados consultados na página do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2020), até o mês de julho o Estado de Alagoas recebeu o montante de R\$ 86.906.238,73 transferidos para o Fundo Estadual de Saúde (FES) para custeio em ações enfrentamento da emergência de saúde, a título de crédito extraordinário nacional. Todavia, a RAPS não está contemplada com esses recursos emergenciais.

Ante a inexistência de regulação estadual de leitos para atendimento COVID-19 no âmbito da saúde mental, trabalhadores do HEPR, preocupados com os riscos à sua saúde, bem como à dos usuários internados, reuniram-se para estudo e proposição de um Plano de Contingência do Hospital Escola Portugal Ramalho para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV, justificando a sua necessidade pelos fatores de riscos comuns aos hospitais psiquiátricos: enfermarias fechadas, lotadas e não projetadas para os padrões de isolamento e tratamento contra doenças respiratórias infecciosas; dificuldade de identificar possíveis fontes de infecção; dificuldade de aceitação e cooperação de pacientes psiquiátricos em relação ao auto isolamento e autocuidado; ausência de protocolos clínicos para prevenir doenças infecciosas em grupos.

Foi formado o Grupo de Gerenciamento COVID-19 HEPR, que propôs algumas ações a serem contempladas no Plano de Contingência HEPR, as quais abrangem estratégias voltadas tanto para a assistência hospitalar, como para o PISAM, o CAPS Casa Verde e o CAPS AD. As solicitações para execução das ações que demandam recursos financeiros foram encaminhadas à UNCISAL, para suprimento através dos recursos emergenciais do Coronavírus advindos do FNS para o FES.

Para o HEPR, as ações delineadas dão conta, dentre outras coisas: da elaboração e execução de fluxogramas para atendimento e detecção precoce de COVID-19 em servidores e usuários; redução da exposição ao risco, com adequação da escala de serviço, suspensão de visitantes aos usuários por tempo indeterminado e prescrição da alta hospitalar dos usuários estáveis; treinamento para os servidores sobre normas de biossegurança e provimento de equipamentos de proteção individual (EPI).

Em relação aos outros serviços, destacam-se as seguintes estratégias: usuários idosos e com quadro psíquico estável devem permanecer em suas residências durante o período de risco; de usuários que necessitam de assistência psiquiátrica permanente devem manter

a frequência periódica; manutenção dos serviços farmacêuticos; redução do número de atendimento diário, para evitar aglomerações; suspensão de todos os eventos e práticas integrativas de grupos.

Em que pese o empenho envidado pelos trabalhadores do HEPR, ressaltamos a inexistência, na unidade, do acolhimento e classificação de risco e a carência de recursos humanos agravada com a situação de pandemia. Tais dificuldades, entre outras, têm exigido esforços gigantescos para a prevenção de infecção nosocomial agrupada e para a proteção dos trabalhadores.

4. A utopia que perseguimos: desinstitucionalização e a busca pela construção de direitos em Alagoas

Com a pandemia da COVID-19 nossa utopia de uma vida digna, em que a exclusão e a opressão sejam enfrentadas coletivamente, tornou-se ainda mais contundente e urgente. Persequimos essa utopia no nosso dia a dia, como trabalhadoras da saúde mental e também como militantes da Luta Antimanicomial, unidas com usuários, familiares e outros trabalhadores. Como o “mundo ficou pesado”, vamos “pedir emprestado a palavra Poesia”, e como a tirania entrou “em nosso quintal [...]” ficaremos em casa a “gritar a palavra utopia”³².

Na saúde mental, o campo artístico cultural, a economia solidária e o cooperativismo social têm se mostrado como uma potente possibilidade de reconstrução da sociabilidade e produção de vida para as pessoas com sofrimento psíquico e/ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (TORRE; AMARANTE, 2001).

Ana Pitta (apud PACHECO, 2009, p. 186) nos brinda com uma visão ainda atual, determinada, amorosa e política do nosso enfrentamento:

Falar de Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje, é estar falando a um só tempo de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso ‘que fazer’ cotidiano, ira traduzida nessa indignação saudável contra o cinismo das nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir.

O artigo 12 da Portaria 3.088, de 23/12/2011, define que “o componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais” (BRASIL, 2011).

³² Trecho do Samba da Utopia, de Jonathan Silva e Ceumar. Indicamos ouvir a melodia interpretada por Juliana Garcia Pacheco (In Memoriam) e Filipe Braga do CAPS do Paranoá. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_kS9lRWfGe4. Acesso em: 12 jul. 2020.

Os empreendimentos de economia solidária (EES), assim como as experiências no campo artístico-cultural, modificam o lugar das pessoas: de doentes, pacientes, passam a produtores com reconhecimento de sua potencialidade. O investimento na saúde mental, então, deveria ser aplicado na construção de experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico.

O Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (PRONACOOOP Social), fruto do Decreto 8.163/2013³³, do qual a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) foi integrante do Comitê Gestor, avançou em discussões importantes para a efetivação do cooperativismo social no Brasil, mas não conseguiu concretizá-las com a mudança de governo (LINS, 2017).

Em Alagoas, a Supervisão de Atenção Psicossocial (SUAP/SESAU) vem, desde 2012, desenvolvendo um apoio técnico aos empreendimentos e projetos em municípios alagoanos. No entanto, a Política de Saúde Mental e Economia Solidária não oferece o financiamento, a capacitação e a articulação em rede intersetorial que os projetos necessitam para sua implantação e implementação. O último edital do Ministério da Saúde para o fomento dessas experiências foi em 2015; e não há, nos âmbitos estadual e municipal, nenhum investimento destinado à construção dessas experiências, que geralmente nascem nos CAPS com a ação criativa e engajada de usuários e profissionais.

Um mapeamento do Ministério da Saúde, de 2013, aponta 39 experiências em Alagoas, no entanto, são experiências frágeis e descontínuas; as que têm conseguido algum avanço no campo da geração de renda são: TemperaMentais, de Junqueiro; Mãos que Restauram Vidas, de São Miguel dos Campos; e o Projeto CRIAR, da Unidade de Acolhimento Infantil de Luziápolis-AL³⁴ (LINS, 2017).

Atento a essas carências, em julho de 2019 o Fórum de Saúde Mental de Maceió participou do Congresso do Fórum Popular da UFAL e conseguiu aprovação (no final de 2019) do Projeto de Extensão *Fortalecimento do controle social nos serviços públicos de saúde mental no município de Maceió: protagonismo dos usuários e efetivação da rede de cuidados*, com vigência no período de 19/01/2020 a 19/07/2021.

O Projeto de Extensão tem como objetivo o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, estimulando a atuação desses atores no controle social dos serviços de saúde mental, através do Fórum de Saúde Mental de Maceió. Como estratégia para alcançar seu objetivo, o Projeto prevê: 1) o fomento técnico e articulação das experiências de geração de trabalho e renda existentes nos CAPS de Maceió, com os pressupostos da Economia Solidária; e 2) o fortalecimento do protagonismo e formação política utilizando a metodologia do Teatro do Oprimido.

33 Revogado pelo **Decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019**.

34 Para saber mais visite o Instagram do Projeto Criar @uailuziapolis.

A construção desses espaços de sociabilidade e protagonismo começa pelo reconhecimento das necessidades e desejos. No Teatro do Oprimido, “crise” significa transformação, mudança. “Fazemos teatro para entender a realidade que vivemos e, através dessa compreensão, construir uma estratégia de ação que impulse as mudanças concretas que necessitamos” (SANTOS, 2016, p. 191). É neste sentido que vamos trabalhar as opressões e desvantagens, levar para a cena, para o Teatro Fórum e debater com a sociedade.

No transcorrer da pandemia, o Fórum de Saúde Mental de Maceió tem intensificado as reuniões online, assim como sua mobilização e engajamento político. Estamos em processo de adesão como Núcleo da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e buscando parcerias e articulações no campo da Arte e da Cultura. O suporte a usuários e familiares, através de dispositivos online (*WhatsApp* e *Meet*, entre outros) também estão sendo utilizados. Passamos a integrar as discussões do Comitê de Crise da Cultura de Maceió, buscando conhecer os segmentos organizados e as possibilidades de nosso engajamento e maior atuação neste campo.

5. Considerações finais

As ideias expostas aqui foram conduzidas com o intento de estimular a RESISTÊNCIA NA LUTA ANTIMANICOMIAL, NA DIREÇÃO de construir vínculos com movimentos sociais que acreditam ser possível ter uma sociedade sem manicômio.

ESTAMOS EM PROCESSO, NOS REINVENTANDO FRENTE AO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19, AS LIÇÕES DO MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL CONTINUAM A IMPULSIONAR TRABALHADORES, USUÁRIOS E FAMILIARES DO FÓRUM DE SAÚDE MENTAL DE MACEIÓ.

Nesses tempos sombrios de crise sanitária em meio ao desmonte de políticas públicas de seguridade social, é premente nos posicionarmos radicalmente a favor dos direitos sociais e da dignidade das pessoas frente a uma herança de violência institucionalizada que marcou a histórica relação da sociedade com a loucura. O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira avançou na direção democrática do cuidado em liberdade, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de uma rede diversificada, formada por serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica, como as residências terapêuticas, unidades de acolhimento e centros de convivência. Não podemos retroceder.

Nosso desafio é a efetivação de um fazer em saúde mental que supere os hospitais psiquiátricos e construa espaços de criação permanente e de resistência por uma sociedade livre de opressões e cárceres. Pois acreditamos e defendemos o cuidado em liberdade, que não cabe em muros, nem grades e que não exclui, mas que luta e resiste. Continuamos, assim, caminhando na direção da utopia de uma sociedade sem manicômios. Trancar não é tratar!

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL **Portaria /MS de nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Consulta de Pagamento Detalhada** [online]. 2020. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 022, de 09 de abril de 2020**. Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19.

CORREIA, M^a Valéria Costa. **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**. Desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

GOVERNO DE ALAGOAS. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde – SUAS. Gerência de Ações Estratégicas – GAEST. Supervisão de Atenção Psicossocial – SUAP. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas**. Maceió, 2016.

GOVERNO DE ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV**. Maceió, 2020.

LINS, Claudete do Amaral. O Cenário da Reabilitação Psicossocial: gestão, articulação, e a construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária no Brasil e em Alagoas. **Revista Mundo do Trabalho Contemporâneo**. v.2, n.1. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/mtc/article/view/7222>. Acesso em: 16 jul. 2020.

ONU BRASIL (Brasil). **OMS: ‘O impacto da pandemia na saúde mental das pessoas já é extremamente preocupante’**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-o-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-das-peopleas-ja-e-extremamente-preocupante/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma Realidade Possível - representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Juruá Editora, 2009.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. Tradução de Maria Fernanda Nicácio. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SANTOS, Bárbara. **Teatro do Oprimido: Raízes e Asas uma teoria da práxis**. 1ª edição, Rio de Janeiro: IbisLibris, 2016.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2001, vol.6, n.1, pp.73-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>. Acesso em 10 jul. 2020.

UNITED NATIONS. **Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health**. 2020. Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_COVID_and_mental_health_final.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

XIANG, Yu-Tao; ZHAO, Yan-Jie; LIU, Zi-Han; LI, Xiao-Hong; ZHAO, Na; CHEUNG, Teris; NG, CheeH.. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. **International Journal Of Biological Sciences**, [S.L.], v. 16, n. 10, p. 1741-1744, 2020. Ivyspring International Publisher. <http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45072>. Disponível em: <https://www.ijbs.com/v16p1741.htm>. Acesso em: 02 ago. 2020.

Privatização da água, dívida pública e pandemia

José Menezes Gomes³⁵

Neste momento, investigaremos como se dá processo de privatização da água na sua fase mais recente, sua relação com o endividamento dos estados e, por sua vez, da Lei Complementar 156, de 2016, que renegociou estas dívidas estaduais por mais 20 anos e seus antecedentes vindos da Lei 9496/97, que renegociou a dívida por 30 anos. Ao mesmo tempo, faremos um resgate do processo de privatização da água em vários países, como iniciativa pioneira nos países desenvolvidos, desde os anos 1990, procurando descrever o fracasso daquele processo, explicitado na reestatização na maioria dos países. Dentro disso, procuramos ver quais são as empresas que participam do processo atual no Brasil e sua relação com as empreiteiras envolvidas no escândalo da “Lava Jato”, além do papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no financiamento dessas privatizações. Por último, veremos o que pode representar o processo de privatização das águas para o combate à pandemia do COVID-19, já que o acesso à água e o tratamento de esgoto são partes importantes do combate a esta e às demais doenças.

No dia 24 de junho de 2020 foi aprovado, no Senado Federal, com 65 votos a favor e 13 contra, um novo marco regulatório que prepara a privatização da água e saneamento no Brasil. Neste momento, o governo e a grande mídia alegavam que esta mudança de regulação poderia representar R\$ 700 bilhões de investimentos privados em saneamento e a efetivação da meta de universalização da água e saneamento. Não se trata apenas de mais uma etapa de privatização, mas da privatização de um bem fundamental à vida humana, que deveria ser considerado como um direito humano fundamental.

Enquanto isso, vimos a crise do neoliberalismo se aprofundar, especialmente a partir da crise capitalista de 2008, quando os estados destinaram trilhões de dólares para salvar as grandes empresas e bancos. No entanto, aprofundava-se a privatização de todos os serviços públicos no Brasil, processo que se deu de forma tardia em relação aos países pioneiros. Tudo isso ocorre no Brasil quando se aprova, também, a possibilidade da compra pelo governo,

³⁵ Professor do Curso de Economia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus de Santana do Ipanema, do Programa de Pós graduação em Serviço Social da UFAL, Coordenador do Núcleo Alagoano pela Auditoria Cidadã e membro da Rede de Cátedras sobre Dívida Pública.

de títulos podres dos bancos. Curiosamente são as empreiteiras ou bancos privados que estão por trás da privatização da água e da energia, tendo como base o dinheiro estatal vindo do BNDES.

Um resgate do processo de privatização no Brasil e do papel do FMI

O processo de privatização da água, que agora se inicia, depois do marco regulatório novo, aprovado no Senado Federal, resulta de várias ações propostas pelo Banco Mundial, em momentos anteriores. No documento *Regulação e saneamento no Brasil: prioridades imediatas*, de abril de 1999, o Banco Mundial sugeria ao Governo Federal tirar poder dos municípios com menos de 100 mil habitantes na titularidade dos serviços de água no país. Tal fato aconteceu após assinatura do protocolo com o FMI, em 8 de março de 1999³⁶, quando o Brasil se comprometeu a preparar o marco legal para a privatização e a concessão de serviços de água e esgoto de acordo com o item 27 do protocolo assinado (MASCHIO, 2001).

Para entendermos esta proposição do Banco Mundial, temos que compreender o dilema da política de estabilização brasileira, que passava por um momento delicado, à época. Após o Brasil introduzir o Plano Real, em julho de 1994, passou pela crise mexicana (1995), crise asiática (1997) e crise russa (1998), e, por sua vez, pelo risco da fuga de capitais. Com o aprofundamento da crise capitalista, fora do epicentro capitalista, tivemos o fim da âncora cambial, em 1999, com a desvalorização do Real, a introdução do câmbio flutuante e a adoção do regime de metas da inflação e de superavit primário.

A liberação dos empréstimos do FMI, em 1999 e 2000, para o Brasil estava condicionada à aceitação dessas proposições. Sendo assim, tanto naquele momento como na fase atual temos a conexão com o tema da dívida pública e a participação do Banco Mundial e do FMI na determinação desta iniciativa privatista, tendo o suporte do BNDES com capital estatal subsidiado. Ou seja, as privatizações ocorridas no Brasil foram financiadas pelo capital estatal, na sua grande maioria.

A privatização da água, proposta em 1999, portanto, era parte do processo de privatização, que se iniciou no governo Fernando Collor (1990-1992) e Itamar Franco (1990-1992). Todavia, no governo Fernando Henrique (1995-2002), quando tem início o Plano Real, esse processo teve uma grande aceleração. Tudo isso resultava da agenda proposta pelo Consenso de Washington, em 1989, que orientava os ajustes nas políticas econômicas dos países subdesenvolvidos, fazendo parte das dez regras propostas por este Consenso.

Esta aceleração foi definida pelo impasse do próprio Plano Real, que a partir da crise mexicana (1995), da crise asiática (1997) e da crise russa (1998) se concretiza na tentativa de manter a âncora cambial. A saída encontrada foi a elevação da taxa básica para se evitar a fuga de capitais, que por sua vez fez explodir a dívida pública. Naquele momento tínhamos, como justificativa para as privatizações, a redução da dívida pública, a atração

³⁶ Acordo preventivo com o FMI com desembolso de US\$ 41,5 bi em 13.11.98.

de investimento externo para elevar as reservas cambiais e o fim do monopólio estatal para assegurar a concorrência nos antigos setores estatais.

Para definir o processo de privatizações das estatais, em 1997, foi criada a Lei 9.491, que alterava os procedimentos do Plano Nacional de Desestatização (PND). É bom lembrar que no primeiro governo de FHC o discurso era de que o Estado deveria sair do setor produtivo e focar sua ação nos serviços essenciais, próprios do Estado. Este fato estava ligado à tentativa de conter os efeitos da crise asiática, de 1997, que fez explodir a dívida pública.

Dentro desse processo, a subavaliação e a aceitação como forma de pagamento das empresas estatais federais de títulos da dívida pública sem liquidez (títulos podres) foram usadas em abundância. Em outras palavras, títulos negociados no mercado com grande desconto, mas que foram aceitos pelo valor face, em que um título, que no mercado que valia apenas 10%, era aceito por 100%. Tal fato representou uma grande perda para os cofres públicos.

Em 1997 tivemos também um aprofundamento da crise fiscal e financeira dos estados, que levou a grandes mobilizações dos servidores estaduais. No caso de Alagoas, levou à queda do Governador Divaldo Suruagy, após uma grande mobilização de servidores públicos, civis e militares, que estavam 9 meses sem receber salário. Com a ocorrência de fatos semelhantes em vários estados e na tentativa de se encontrar uma saída, surgiu a Lei 9496/97, que federalizou as dívidas estaduais por 30 anos.

A aprovação desta Lei não só permitiu que a União cobrasse dos estados taxa de juros que variavam de 6% a 7,5% ao ano, mais o IGP-DI, mas também exigisse que as estatais estaduais fossem também privatizadas ou liquidadas. Com isso tivemos a expansão do processo de privatização — que estava na esfera federal — para esfera estadual, tendo como destaque as empresas de energia e dos bancos estaduais.

A privatização dos bancos estaduais — ou liquidação deles — acabou determinando mais da metade da atual dívida dos Estados, já que a chamada “parte saudável” foi repassada para o setor privado, e o que se chamou de “parte podre” foi assumida pelos estados, impulsionando suas dívidas. Tal fato passou a exigir novos ajustes fiscais nos estados, o que exigia corte nas despesas sociais para garantir o pagamento do serviço da dívida, aprofundando o ataque aos servidores públicos.

A nova etapa de renegociação da dívida dos estados e de privatização

Passados quase vinte anos e dentro de uma nova etapa da crise fiscal e financeira dos estados, surgiu uma nova proposta de renegociação dessas dívidas por mais vinte anos, via a Lei Complementar 156, de 2016. Tal iniciativa permitiu a suspensão, por dois anos, do pagamento do serviço da dívida e a liberação de um novo ciclo de endividamento interno e externo dos estados. Nesta nova renegociação se retoma as exigências iniciais do FMI e do Banco Mundial de privatizar as estatais que sobraram, com destaque para a privatização da

água, com dinheiro subsidiado do BNDES. Estes fatos vão ter consequência sobre todo o serviço público nos estados, com reflexo direto sobre a saúde e o financiamento do SUS.

Para entendermos melhor o processo atual, temos que observar o lançamento, pelo Governo Federal, em setembro de 2016, do Programa de Parceria do Investimento (PPI), que normatiza o processo de concessões e privatizações para os próximos anos. Nesta direção, o BNDES ficou encarregado de formar e participar do Fundo de Apoio à Estruturação de Parcerias (FAEP). Ou seja, o processo de privatização nas várias modalidades terá como suporte o dinheiro estatal subsidiado. Aqui vale uma pergunta fundamental: porque o braço financeiro do Estado tem dinheiro subsidiado para bancar empresas privadas para atuação num setor que não tem tradição e não tem recurso para financiar estados e municípios, no sentido de ampliação dos sistemas estatais?

Segundo nota técnica do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a Resolução nº 4, editada pelo Conselho do PPI também em setembro de 2016, “opina pela qualificação de empreendimentos públicos estaduais de saneamento por meio de contratos de parceria com o setor privado” (CEE-FIOCRUZ, 2017). Até 80% dos investimentos feitos pela iniciativa privada nessas parcerias poderão ser financiados pelo BNDES. Na verdade, temos a repetição da mesma falácia ocorrida durante o processo de privatização da era FHC, quando grande parte do dinheiro usado na privatização dos vários setores se originou neste banco. Durante aquele processo tivemos não só a privatização, mas também a desnacionalização, que implicava no aumento da remessa de lucro sem compromisso de reinvestimento.

Nesta resolução foram apresentadas as datas estimadas para o edital e o leilão de três empresas estaduais de saneamento: Cedae (RJ), Cosanpa (PA) e Caerd (RO), com edital previsto para o segundo semestre de 2017 e leilão marcado para o primeiro semestre de 2018. Em 7 de março de 2017 foram anunciados mais 55 projetos do PPI, entre eles a desestatização de outras 14 empresas estaduais de saneamento. A desestatização da Depasa (Acre), Caesa (Amapá), Casan (Santa Catarina), Casal (Alagoas), Cagece (Ceará), Caema (Maranhão), Cagepa (Paraíba), Compesa (Pernambuco), Caern (Rio Grande do Norte) e Deso (Sergipe) tem previsão de leilão para o primeiro semestre de 2018; Embasa (Bahia), Agespisa (Piauí), ATS (Tocantis) e Cosama (Amazonas), para o segundo semestre de 2018.

A nova lei que estabelece o novo marco regulatório sugere duas metas nacionais ambiciosas: tornar universal o fornecimento de água potável das residências brasileiras e fazer tratamento de 90% dos esgotos até o ano de 2033. Na essência, o que se propõem é a privatização, nas várias modalidades. É bom lembrar que segundo o Sistema Nacional de Informações de Saneamento (SNIS), do Ministério das Cidades, mais de 35 milhões de brasileiros ainda não têm acesso aos serviços de água e mais de 100 milhões não têm acesso aos serviços de esgoto.

O quadro dramático do saneamento no Brasil

Quando analisamos a taxa de acesso à rede de esgoto por unidade da federação, no ano de 2006, podemos ver que poucos estados a tinham, como é o caso de São Paulo (84,24%), Distrito Federal (79,85%), Minas gerais (73,43%), Rio de Janeiro (60,24%), Espírito Santo (55,33%) e Paraná (46,34%). Todavia, a maioria dos estados apresentava números insuficientes ou mesmo dramáticos, que variavam de 36,27% a 1,42%. Este quadro revela a dramaticidade que certamente não será resolvida com a privatização da água (SALLES, 2008).

Se verificarmos os municípios por regiões, na coleta e tratamento de esgoto em 2000, fica evidente o quadro caótico vindo do corte dos investimentos. A Região Norte tem 92,9% dos municípios sem coleta de esgoto. No Nordeste temos 57% dos municípios sem coleta. O Centro-Oeste tem 82,1% e o Sul com 61,1%. Mesmo na Região Sudeste temos 7,1% sem coleta (LEONETI; PRADO; OLIVEIRA, 2011).

O processo mundial de privatização da água

O processo de privatização da água é um fenômeno mundial exatamente porque deriva das iniciativas vindas do Banco Mundial, que criou o ambiente ideológico para que os mais variados países adotassem a mesma política. Segundo Franck Poupeau, em reportagem para o *Le Monde Diplomatique Brasil* (2002), a mercantilização da água pelo mundo teve à frente duas grandes multinacionais francesas, a Vivendi-Générale des Eaux e a Suez-Lyonnaise des Eaux, que se apropriaram de cerca de 40% do atual mercado. Estas duas empresas prestavam seus serviços a mais de 110 milhões de pessoas cada uma, respectivamente em 100 e 130 países (POUPEAU, 2002). Tudo isso ocorreu como resultado do desmonte do Estado de Bem Estar social, onde de fato ocorreu, já que tivemos a desregulamentação, e por sua vez a mercantilização de serviços públicos pensada pelo Banco Mundial, com a conivência dos estados nacionais. Todavia, a França foi o país com a mais longa história de privatização da água.

Segundo este mesmo jornal, neste processo as duas gigantes franceses foram ocupando o mercado mundial, antes dominados pelos respectivos estados e empresas estatais. A empresa Suez-Lyonnaise des Eaux passou a atuar na China, Malásia, Itália, Tailândia, República Tcheca, Eslováquia, Austrália e Estados Unidos. Por outro lado, a Générale des Eaux (hoje, Vivendi), com a qual a Suez-Lyonnaise se associava, às vezes, ficou com Buenos Aires, em 1993. Nos últimos dez anos, a Vivendi instalou-se na Alemanha (Leipzig, Berlim), na República Tcheca (Pilsen), na Coreia (complexo de Daesan), nas Filipinas (Manila), no Cazaquistão (Alma Ata), mas também nos Estados Unidos, com suas filiais Air and Water Technologies e US Filter (POUPEAU, 2002).

Em outras palavras, o processo de privatização da água tem seu ponto de partida em empresas francesas, com características monopolistas, que passaram a disputar o mercado

mundial constituído por empresas estatais. Este processo de expansão, no entanto, acabou provocando grandes mobilizações populares, especialmente contra a grande elevação de tarifas, que levou à retirada, em alguns países sul-americanos, dessas empresas. Em 1997, em Tucumán (Argentina), a população iniciou um movimento de “desobediência civil” contra uma filial da Vivendi, negando-se tanto a pagar as contas de água, que tinham subido 100% de valor, quanto pela péssima qualidade da água. Naquele momento, o governo da província descobriu que a água estava contaminada.

A cidade de La paz (Bolívia) também passou pela privatização da água, que desde então passou a ser administrada pelo consórcio francês Águas delIllimani (LyonnaisedesEaux) e teve aumento de preço de 400% no bairro de Alto Lima. Todavia, na Bolívia a resistência à privatização da água mais marcante foi na cidade de Cochabamba. O movimento ficou conhecido com a Guerra da Água a partir de massiva mobilização popular, que resultou na expulsão da empresa transnacional que geria o sistema de água potável e esgoto de Cochabamba, em 2000. Este processo massivo de quase seis meses de mobilização permanente, nas ruas, significou uma grande derrota do modelo neoliberal e serviu de preparação para outras lutas, unindo o campo e a cidade (COCHABAMBA, 2010). Além disso, esta luta teve influência direta na nova Constituição do Estado, que colocou os recursos hídricos como um direito humano fundamental.

Segundo Nota Técnica do DIEESE sobre a privatização da água, no Brasil a privatização da água compreende 258 contratos de prestação de serviços, distribuídos em 133 concessões plenas, 28 parciais, 15 Parcerias Público-privadas (PPPs), 3 locações de ativos e 1 subdelegação de serviços. Além disso, existem outros 78 contratos de assistência técnica. De acordo com este estudo, esse processo se concentra em seis empresas que ficam em torno de 95% dos negócios privados: OAS, GS Inima, Odebrecht Ambiental, Águas do Brasil, Aegea e Cab Ambiental. Este levantamento constatou um aumento do capital estrangeiro nesta atividade. Neste processo, o grupo japonês Itochu adquiriu 49% da participação da Queiroz Galvão na concessionária Águas do Brasil; o fundo de investimento canadense Brookfield comprou os ativos da Odebrecht Ambiental, a maior empresa privada do setor no país; e o fundo de investimento GIC, de Cingapura, elevou a participação no grupo Aegea (CEE-FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, a privatização da água tem, na cidade de Manaus, um caso revelador, já que começou em 2000 e completa agora vinte anos. Trata-se de um serviço privado controlado pelo Grupo Aegea Saneamento e Participações, através da concessionária Águas de Manaus, mediante uma PPP, que oferecia garantia de rentabilidade, apostando na tão propalada eficiência do setor privado para o propósito de universalizar os serviços. Vale lembrar que a Aegea é controlada pela Equipav³⁷, grupo que detém participação em vários setores, como açúcar e álcool, mineração, engenharia e concessões de infraestrutura. O diferencial, no

³⁷ Esta empresa atua no setor sucroalcooleiro. Ver: <http://www.renukabrasil.com.br/br/historia/grupo-equipav>.

entanto, está na participação do fundo soberano de Cingapura GIC e do Internacional Finance Corporation (IFC), do Banco Mundial (PEREIRA, 2018). Com o aumento da incerteza das empresas privadas de saneamento, ligadas às empreiteiras, envolvidas na Operação Lava Jato, a Aegea teve um crescimento exponencial. De acordo com dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS – base 2018), Manaus tem um serviço de esgoto a que apenas 12,43% da população tem acesso, vinte anos após sua privatização.

No Estado de Mato Grosso, sempre à frente na introdução de políticas neoliberais, tivemos outra forma de privatização da água. Neste estado, em 1996 o governo Dante de Oliveira extinguiu a antiga SANEMAT (Companhia de Saneamento e água de Mato Grosso), que era responsável pelo fornecimento de água e tratamento de esgoto para todas as cidades do estado, devolvendo aos municípios as concessões desses serviços. Com isso cada município ficou com a tarefa de criar sua própria empresa ou privatizar. Tal fato fez com que neste estado tivéssemos um elevado índice de serviços privatizados.

Depois de 2012 a SANECAP (Companhia de Saneamento da Capital), criada em 2001, foi privatizada, quando a CAB (Companhia de Águas do Brasil) Ambiental ganhou, por 30 anos, a concessão deste Serviço. Compreender o que é a CAB Ambiental nos facilita compreender os rumos das privatizações em outros estados e municípios. Esta empresa, com sede em São Paulo, criada em 2006, pertencia ao Grupo Queiroz Galvão, que gerenciava outras companhias de saneamento. A outra empresa que participou da concorrência foi a Foz do Brasil, que pertencia às Organizações Odebrecht (CAB..., 2012). Em outras palavras, temos as principais empreiteiras envolvidas no escândalo da Lava Jato disputando antigas empresas estatais com dinheiro do Banco Estatal BNDES mediante uma proposta megalomaniaca de universalização dos serviços.

Passados oito anos da privatização da SANECAP, começa a surgir denúncias de corrupção ocorrida nesse processo. Segundo acordo de delação premiada, homologado no Supremo Tribunal Federal (STF), o empresário Mario de Queiroz Galvão afirmou que pagou pelo menos R\$ 1 milhão em propina para o governador Mauro Mendes (DEM), em outubro de 2012 e fevereiro de 2013, em três parcelas (BORGES; RODRIGO, 2020). Esta denúncia se refere ao período em que ele era candidato a prefeito de Cuiabá pelo PSB. Vale lembrar que este se elegeu governador com um forte discurso anticorrupção. No mesmo ano que a CAB Ambiental obteve a concessão da SANECAP, por 30 anos, o BNDES aprovou a subscrição pela BNDESPAR de ações ordinárias (que dão direito a voto) no valor de R\$ 120 milhões (BNDES..., 2012).

A uso de dinheiro estatal subsidiado para o financiamento de empresas ligadas a bancos privados no setor de água e energia

Veremos agora como o setor financeiro, que sempre esteve obtendo a maior rentabilidade da economia, passou a comprar emprestas estatais de água e energia usando

dinheiro estatal subsidiado. O Brasil, de acordo com a proposta do BNDES, está na contramão do mundo não só por privatizar a água quando os países que privatizaram estão reestatizando, mas por permitir o uso de dinheiro estatal subsidiado, que poderia ser usado para contribuir no financiamento das empresas estatais e assegurar à população a água e esgoto com objetivo de combater a pandemia.

O leilão da Companhia de Saneamento de Alagoas (Casal) está proposto para ocorrer no momento em que o Estado já teve mais de 1.700 mortos pela pandemia do COVID-19 e pela precariedade do sistema de saúde pública. Trata-se da concessão de água e esgoto da Grande Maceió (Região Metropolitana) até 2033. Vale lembrar que Maceió é responsável, praticamente, por 60% do faturamento da Casal, que teve um lucro de R\$ 52 milhões em 2019. Atualmente o lucro da região metropolitana financia as regiões deficitárias, no chamado subsídio cruzado. A CASAL vai continuar existindo para bancar o atendimento dos demais municípios sem os recursos que antes vinham da região metropolitana.

Este leilão da Casal, que ocorrerá em setembro de 2020, pretende servir de teste para lei do novo Marco Legal do Saneamento Básico. Tal fato resulta da ação do BNDES, que construiu as condições para a oferta de dinheiro a juros baixíssimos a quem queira adquirir esta empresa pelo preço módico R\$ 12 milhões. A CEAL foi privatizada em 2018 por um valor simbólico de R\$ 50.000,00 e em seguida teve a demissão de mais de 660 funcionários e multiplicação dos apagões (BARBOSA, 2018).

Segundo a Federação Nacional dos Urbanitários, em 2018, o empresário Jorge Paulo Lehmann, que tem uma fortuna estimada em R\$ 90 bilhões, sendo o homem mais rico do Brasil, comprou a CEPISA, que opera no Piauí, por R\$ 50 mil, preço de um carro usado. A empresa usada para esta aquisição foi Equatorial Energia. Esta mesma empresa comprou a CEAL em Alagoas por R\$ R\$ 50.000,00. Ou seja, as duas empresas, que atendem a dois estados, com exclusividade, saíram por R\$ 100.000,00 ou dois carros populares novos (HOMEM..., 2018).

Não bastava comprar por preço irrisório, tem que pegar dinheiro público para o empreendimento privado. Nesta direção, o BNDES aprovou, em 27 de abril de 2020, financiamento de R\$ 491,4 milhões para a Equatorial Energia Alagoas, como parte do plano de investimento da concessionária, previsto até dezembro de 2033. O empréstimo aconteceu num momento crítico de aprofundamento da COVID-19, enquanto o governo alega não ter recursos para o enfrentamento da pandemia. Ao mesmo tempo, liberou, também, empréstimo na ordem de R\$ 643 milhões destinados à Equatorial Piauí. Os dois empréstimos chegam a um total de R\$ 1,13 milhão (NEALDO, 2020).

Após aquisição dessas empresas a preços irrisórios, essas recorrem à mão mágica dos empréstimos do BNDES para se capitalizar. Curiosamente, este banqueiro, que também é dono da AMBEV, usa dinheiro estatal subsidiado para tocar a gestão da empresa após demitir número grande de funcionários. Em outras palavras, são bancos que tanto ganham comprando títulos da dívida pública e compram essas empresas estatais com dinheiro estatal.

Enquanto isso, vários estados recorrem a empréstimos internos, junto a bancos privados e estrangeiros, para contratar mais obras junto às empreiteiras.

Desta forma, os bancos privados vão comprando empresas estatais com dinheiro estatal subsidiado, enquanto esses bancos privados fazem empréstimos a taxa de juros bem mais elevadas aos estados, que privatizam suas estatais. Este quadro fica mais absurdo quando os estados fazem renúncias fiscais aos grandes grupos monopolistas, associados aos grandes bancos privados, e deixam de repassar para as receitas estaduais o imposto pago pelos consumidores.

Esta forma metamorfoseada dos bancos privados atuarem no processo de privatização também se manifestou no caso da ENERGISA. Esta empresa teve uma expansão que foge do tradicional no setor elétrico. Na disputa empresarial para comprar o grupo Rede, que estava com uma dívida de R\$ 6 bilhões e sob a intervenção da ANEEL, a Energisa acabou ganhando da CPFL³⁸ naquele momento, depois de trocas de acusações públicas. Ao investigarmos o controle acionário da ENERGISA, verificamos que a acionista controladora era a Gipar S/A³⁹, com 66,36% das ações preferenciais, tendo os banqueiros Ronaldo César Coelho e Antônio José Almeida Carneiro e o banco Itaú como acionistas. Vale lembrar que o banco Itaú obteve a decisão no Conselho Administrativo de Recursos Fiscais (Carf), em 2017, de que não precisava pagar impostos no valor de R\$ 25 bilhões, do processo de fusão com o Unibanco. Tal fato gerou perdas para a Receita Federal, ao mesmo tempo que permitiu a este banco se preparar para a privatização da Eletrobras (NASCIMENTO, 2017). Sendo assim, estes impostos deixaram de ser repassados aos cofres públicos, podendo servir de fundo para aquisições de patrimônio estatal. Atualmente, o controle acionário do Grupo Energisa é exercido pela Gipar S.A, cujo controlador é a família Botelho (PERGUNTAS..., 2020).

Nesta primeira fase de privatização, em que as estatais foram compradas pelo Grupo Rede, tivemos também uso do dinheiro do BNDES. Segundo a revista Exame, de 21/06/13, nesta falência ocorreu um dos maiores calotes da história do setor, quando o empresário Jorge Queiroz, dono do grupo Rede Energia, deixou de honrar cerca de R\$ 6 bilhões aos seus credores, equivalente a seis vezes a geração de caixa anual do grupo (BAUTZER, 2013). Trata-se de oito concessionárias, que atuavam nos estados de Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná e São Paulo, que sofreram intervenção da ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), em 31/08/2012. Tal intervenção se deu devido ao elevado endividamento das concessionárias, que colocava em risco a prestação adequada dos serviços de distribuição de eletricidade (ANEEL..., 2012).

Esta intervenção da ANEEL foi encerrada em 2014 condicionada à formalização da transferência das ações entre as empresas que compõem o compromisso de compra e

38 Maior empresa privada do ramo de energia elétrica do país e sócia da Equatorial. Ver: <https://exame.com/revista-exame/tem-bode-na-sala/>.

39 Ver mais sobre o controle acionário em: <https://ri.energisa.com.br/governanca-corporativa/composicao-acionaria-e-estrutura-societaria/>.

venda, e à realização de assembleias gerais para eleição dos novos administradores das concessionárias (DECRETADO..., 2014). Segundo o Jornal Valor, esta intervenção ocorrida teria sido a maior da história (RESENDE; RITTNER, 2012). Neste momento precisamos questionar como empresas que foram compradas por preços subavaliados, com crédito em parte subsidiado pelo BNDES, que tinham o monopólio nos setores, praticaram elevadas tarifas, fizeram grandes demissões e terceirizações, e ainda assim conseguiram uma falência tão devastadora? A outra pergunta é como estas empresas falidas depois foram repassadas novamente ao setor privado? Qual foi o ônus que os cofres públicos tiveram para, em seguida, novamente privatizar? Tivemos novos empréstimos do BNDES para os novos donos assumirem? Todavia, em 13 de outubro de 2015 a ANEEL autorizou a constituição de garantias formadas por recebíveis das distribuidoras do Grupo Energisa para a obtenção junto ao BNDES de financiamento no valor de R\$ 1,2 bilhões, pelo prazo de seis anos (ANEEL..., 2015).

O fracasso das experiências de privatização da água

A maioria dos casos de reestatização ocorreu por meio da rescisão de contratos, em função de serem tão lesivos que os municípios resolveram reestatizar os serviços, apesar da possibilidade de ter que indenizar as empresas. Segundo o estudo (POLLACHI, 2020), o país com maior número de reestatização dos serviços é a França (94 casos), seguida pelos Estados Unidos (58), Espanha (14) e Alemanha (9). Na América Latina foram registrados casos na Argentina (8), Uruguai (1), Bolívia (2), Equador (1), Colômbia (2), Venezuela (2) e Guyana (1). No Brasil também já ocorreram casos de reestatização, conforme será apresentado na próxima seção⁴⁰.

Segundo estudo divulgado em maio de 2020, pelo Instituto Transnacional (TNI), na Holanda, 1.408 municípios de 58 países, nos 5 continentes, reestatizaram seus serviços, sendo que 312 municípios na área de água e/ou esgoto de 36 países, entre os anos de 2000 e 2019. Este estudo também constatou que reestatizaram os sistemas na Alemanha, nos EUA, no Canadá, na Espanha e na França, país onde 152 municípios, incluindo Paris, sede das duas maiores empresas multinacionais que atuam no setor, tiveram os serviços remunicipalizados (POLLACHI, 2020). Em outras palavras, o processo de reestatização se deu porque a privatização piorou a universalização do sistema nesses locais (CASO; MOURA, 2020).

Para tanto, temos que perguntar por que União compromete mais de 40% do seu orçamento com o pagamento do serviço da dívida pública, enquanto o Orçamento do governo federal teve redução de 21% nos recursos para saneamento básico, em 2020. Serão R\$ 661 milhões previstos para 2020, ante R\$ 835,5 milhões autorizados em 2019. Esta queda no orçamento do saneamento federal em 2020 mantém a trajetória dos últimos anos: R\$ 3,1 bilhões em 2015, R\$ 914,9 bilhões em 2016, R\$ 1,5 bilhões em 2017 e R\$ 605 bilhões em

⁴⁰ Ver nota técnica do DIEESE: <https://cee.fiocruz.br/?q=nota-tecnica-do-dieese-sobre-a-privatizacao-das-aguas-um-raio-x-da-ameaca>.

2018. Em outras palavras, tivemos aqui a repetição da mesma estratégia da privatização em outros setores com uma redução brusca de alocação de recursos públicos para criar um clima de desmonte que tente justificar a privatização. Por ironia, os cortes de recursos públicos ocorridos na fase preparatória da privatização foram acompanhados por um aumento de recursos públicos subsidiados oferecidos pelo BNDES para as empresas privadas, que em seguida desejam participar dessas empresas privatizadas.

Normalmente se fala que a precarização do serviço de água e esgoto, que impede o atendimento universal, seria algo peculiar aos países subdesenvolvidos. Segundo John Mulholland (apud MALAJ, 2020), nos EUA, 30 milhões vivem em áreas onde não tem água potável. Da mesma forma, 110 milhões de pessoas estão expostas a produtos químicos tóxicos no suprimento. Por outro lado, o serviço foi reduzido para 15 milhões de pessoas devido à grande crise de acessibilidade à água no país.

Neste estudo ficou claro os bilhões que resultam da comercialização de água, fruto da apropriação de fontes públicas de água. Dentro disso, milhões de pessoas, mais vulneráveis pela baixa renda, nas áreas rurais, comunidades afrodescendentes, comunidades tribais e imigrantes não têm acesso à água nem ao saneamento, o que dificulta a garantia da saúde e o combate à pandemia (MALAJ, 2020). Por outro lado, segundo a análise de 12 cidades dos EUA, fica claro que o preço da água aumentou em média 80% entre 2010 e 2018, o que compromete o orçamento já que cada vez mais parte dos gastos familiares vão para a conta de água.

Considerações finais

A etapa de privatização, na qual se insere a privatização da água, é parte de um processo que teve início no Consenso de Washington, a partir em 1989, depois de uma reunião do FMI, Banco Mundial e do Departamento de Tesouro dos Estados Unidos. Esta iniciativa definiu os princípios da mudança de orientação no papel do Estado, que impulsionou a mercantilização dos serviços públicos, consenso que ocorreu um ano após a aprovação da Constituição Federal de 1988.

No Brasil, o processo de privatização teve início com o Governo Collor, passando pelo Governo Itamar e acelerando com o Governo FHC. A interferência do Banco Mundial e do FMI, que estava presente nos anos 1980, se tornou mais acentuada com a introdução do Plano Real em 1994. Todavia, o ano de 1997, marcado pela crise asiática e pela brutal elevação da taxa básica no Brasil, explosão da dívida pública nos estados, fez surgir a Lei 9496/97, que transformou dívidas estaduais em federais, gerando o momento agudo da privatização no Brasil. O processo de privatização, que estava na esfera federal, se desloca para a esfera estadual, resultou da exigência que a União fez para renegociar as dívidas por 30 anos. Vinte anos após, os estados tiveram uma nova renegociação, por mais 20 anos, conforme a Lei

complementar 156. Sendo assim, mais uma vez a União exigiu a privatização das estatais que sobraram, com destaque às estatais de água.

O fato novo que temos é que a destruição dos serviços públicos, na fase anterior, serviu de facilitador para a propagação da COVID-19. Todavia, a resposta dos governos, seja federal ou estaduais, é de aprofundar as privatizações no momento em que o serviço público mais se mostra necessário para o combate à pandemia. Ao mesmo tempo que os governos impulsionam a privatização dessas empresas estatais, eles ampliam o volume de capital estatal subsidiado para as novas empresas que passam a atuar no setor. Mais grave ainda é que a privatização da água ocorre quando os países que foram pioneiros nesta modalidade de privatização estão reestatizando esses serviços, em função do fracasso pelo aumento das tarifas, piora na qualidade da água e manutenção de parte da população sem acesso à água e esgoto.

A defesa da água e saneamento para todos não deve ser vista apenas como uma ação fundamental no combate ao COVID-19, emergencial, mas como uma política permanente de saúde, já que parte do adoecimento da maioria da população se deve ao não acesso à água potável e da ausência de saneamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada dólar gasto com saneamento, quatro dólares são economizados com saúde. Por outro lado, essa organização da Organização das Nações Unidas (ONU) concluiu que uma criança morre no mundo a cada 2,5 minutos devido a problemas relacionados à falta de água potável e esgoto. Ou seja, antes da pandemia, a falta de água potável e esgoto já era responsável pela morte de muitas crianças.

Portanto, privatizar a água, especialmente durante a ocorrência de uma pandemia, exigirá ainda mais investimentos na saúde, quando estamos sobre a vigência da Emenda constitucional 95, que congelou despesas sociais por 20 anos ('PARA...', 2020). Em outras palavras, quando mais precisamos de água para que a população possa se higienizar, no combate ao COVID-19, o governo dá andamento ao processo de privatização, que irá favorecer empresas estrangeiras e empreiteiras envolvidas na Operação Lava Jato e, por sua vez, bancos que dão sustentação às empreiteiras em crise.

A privatização da água não compromete apenas o combate ao COVID-19, mas também o bom funcionamento do ensino público. Atualmente o Brasil possui 109 mil escolas municipais, ou 35% das escolas que não tem água encanada para alunos professores e técnicos. Desta forma, o retorno às aulas no Brasil exige que cada escola tenha álcool em gel, mas também água potável e saneamento. Segundo levantamento feito pelo jornal O Globo, de 05/07/20, a partir dos dados do Censo Escolar de 2019, são quase dois milhões de alunos em colégios nessas condições. Além disso, temos, no Nordeste, a região com o maior número proporcional — uma a cada quatro — de escolas abastecidas por cacimbas — poços rasos, facilmente contamináveis por fossas de esgoto ou poluentes que vêm com a água da chuva. Na Paraíba, metade das escolas municipais são abastecidas com esse sistema.

Podemos concluir que a iniciativa atual mantém os mesmos argumentos já usados na fase anterior. Portanto, a privatização proposta mudou apenas nos instrumentos jurídicos novos, mas manteve os velhos argumentos propostos pelo FMI e Banco Mundial. Trata-se de uma nova roupagem jurídica para o mesmo objetivo: rolar a dívida dos estados, enquanto transfere para o setor privado o patrimônio, repassando para os consumidores as elevadas tarifas e o péssimo serviço. Enquanto isso, os governadores estabelecem um novo ciclo de endividamento externo e interno dos estados, ampliam as renúncias fiscais aos grandes grupos monopolistas e aprofundam os ataques aos servidores públicos sem concurso, sem carreira, sem reajuste, e privatizam todos os serviços públicos, ampliando as terceirizações, Organizações Sociais (OS) e PPP's. Tudo isso ocorre enquanto aprofunda a redução das receitas dos Estados, seja pelo não repasse da Lei Kandir, ou pela crescente renúncia fiscal dentro da já conhecida Guerra Fiscal.

Esta tarefa de universalização passa pelo obstáculo da existência de duas políticas. Uma para os municípios de maior renda, considerados viáveis, e os municípios de menor renda, ou considerados inviáveis. O subsídio cruzado existente permite que as regiões de maior concentração populacional e renda, na existência das empresas estaduais, ajudem a financiar as regiões de menor renda. Com isso, teríamos a viabilidade para o atendimento a todos os moradores do Estado. Se o Estado tem dinheiro estatal para os grupos privados privatizarem estas empresas, deveria fundamentalmente direcionar estes recursos para apoiar as empresas estatais, que já conhecem esse setor.

Com a criação de empresas privadas que atendam às regiões metropolitanas, como a proposta para Alagoas, os demais municípios continuarão com o atendimento pela CASAL. Todavia, sem os recursos do subsídio cruzado teremos um quadro bastante dramático para a população do Sertão, com municípios que têm dependência dos recursos vindos do Bolsa Família e das transferências de Previdência Social. Sem o subsídio cruzado, as regiões superavitárias deixam de subsidiar as regiões deficitárias, nas cidades menores e isoladas. Por outro lado, o fato do Coronavírus ter sido encontrado no esgoto de várias cidades pesquisadas revela a importância de uma política emergencial de esgoto e tratamento para o efetivo combate a esta e futuras pandemias.

No processo de privatização não está em jogo apenas o valor das tarifas e qualidade do serviço, mas também a desnacionalização, que pode gerar problema no balanço de pagamentos com a remessa de lucro. É bom lembrar que o saneamento básico compreende o abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, manejo dos resíduos sólidos e a drenagem da água de chuva.

O mito da eficiência de gestão do setor privado como justificativa de privatização não se justifica, pois grande parte do setor elétrico privatizado acabou passando por intervenção, além do comprometimento da qualidade do serviço. Na trajetória desse processo observamos que os estados repassaram ao setor privado empresas estratégicas a preço de banana e com empréstimos subsidiados, que em alguns casos não foram pagos. Mesmo assim, a maioria

das empresas sofreram intervenção da ANEEL. Neste processo está em disputa também o acesso aos recursos hídricos brasileiros, com destaque para os rios, mas especialmente dos Aquífero Guarani e do Alter do Chão, na Amazônia.

Desta forma, os bancos privados vão comprando empresas estatais com dinheiro estatal subsidiado, enquanto eles mesmos fazem empréstimos, a taxas de juros bem mais elevadas, aos estados, que privatizam suas estatais. Este quadro fica mais absurdo quando esses estados fazem renúncias fiscais aos grandes grupos monopolistas, associados aos grandes bancos privados, e deixam de repassar para as receitas estaduais o imposto pago pelos consumidores. Torna-se fundamental perguntarmos para que serve o Estado Nacional, já que, atualmente, cobram impostos de pobres, praticam renúncia fiscal para os grandes grupos monopolistas, pagam elevado volume de recurso para o serviço da dívida pública e privatizam todos os serviços públicos.

BIBLIOGRAFIA

ANEEL autoriza Energisa a obter financiamento de R\$ 1,25 bi do BNDES. 2015. Disponível em: <https://www.canalenergia.com.br/noticias/4929483/aneel-autoriza-energisa-a-obter-financiamento-de-r-125-bi-do-bndes>. Acesso em: 31 jul. 2020.

ANEEL determina intervenção em oito distribuidoras de energia elétrica. 2012. Disponível em: http://www.aneel.gov.br/busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2Fweb%2Fguest%2Fbusca&_101_assetEntryId=14542796&_101_type=content&_101_groupId=656877&_101_urlTitle=aneel-determina-intervencao-em-oito-distribuidoras-de-energia-eletrica&inheritRedirect=true. Acesso em: 31 jul. 2020.

BARBOSA, Alexandre. Eletrobras Alagoas é arrematada em leilão por preço simbólico de R\$ 50 mil: lance único foi oferecido pela empresa equatorial energia, em leilão realizado nesta sexta, em São Paulo. Portal Gazetaweb.Com. Maceió. 28 dez. 2018. Disponível em: https://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2018/12/ceal-e-arrematada-em-leilao-por-preco-simbolico-de-r-50-mil_67269.php. Acesso em: 31 jul. 2020.

BAUTZER, Tatiana. Dono do Rede Energia deu o maior calote da história. Revista Exame, São Paulo, 21 jun. 2013. Disponível em: <https://exame.com/revista-exame/nao-pagou-e-se-mandou/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BNDES subscreverá R\$ 120 milhões em ações da CAB Ambiental, do Grupo Galvão. 2012. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/20120119_cab. Acesso em: 31 jul. 2020.

BORGES, Lázaro Thor; RODRIGO, Pablo. Exclusivo: governador de Mato Grosso é acusado de receber propina. 2020. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/corrupcao/exclusivo-governador-de-mato-grosso-e-acusado-de-receber-propina/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

CAB Ambiental ganha licitação para gerenciar a Sanecap por 30 anos. 2012. Disponível em: <https://www.hnt.com.br/cidades/cab-ambiental-ganha-licitacao-para-gerenciar-a-sanecap-por-30-anos/8768>. Acesso em: 31 jul. 2020.

Caderno IERBB – Vozes para o Saneamento Básico / Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, CAO Meio Ambiente e Patrimônio Cultural – Rio de Janeiro: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

CASO, Camila de; MOURA, Caio. Destrinchamos a nova lei que mercantiliza a água. Outras Palavras. São Paulo. 03 jul. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/destinchamos-a-nova-lei-que-mercantiliza-a-agua/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

CEE-FIOCRUZ. Nota técnica do Dieese sobre a privatização das águas: um raio-x da ameaça. Brasil, 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=nota-tecnica-do-dieese-sobre-a-privatizacao-das-aguas-um-raio-x-da-ameaca>. Acesso em: 31 jul. 2020.

COCHABAMBA: Guerra da Água completa 10 anos. 2010. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2010/03/01/cochabamba-guerra-da-agua-completa-10-anos/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

DECRETADO fim da intervenção no Grupo Rede. 2014. Disponível em: http://www.aneel.gov.br/busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=http%3A%2F%2Fwww.aneel.gov.br%2Fbusca%3Fp_auth%3DBqoAa67g%26p_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D1%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_state_rcv%3D1&_101_assetEntryId=14514624&_101_type=content&_101_groupId=656877&_101_urlTitle=decretado-fim-da-intervencao-no-grupo-rede&inheritRedirect=true. Acesso em: 31 jul. 2020.

DRUMMOND, Nathalie. A guerra da água na Bolívia: a luta do movimento popular contra a privatização de um recurso natural. **REVISTANERA** – Ano 18, n.º. 28 – Dossiê. 2015. Disponível em: <https://www.google.com/l?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjP9c2Y24vrAhU3G7kGHWMVDvAQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Frevista.fct.unesp.br%2Findex.php%2Fnera%2Farticle%2Fdownload%2F3998%2F4155&usg=AOvVaw2G-yKpeg6dpSkJt9EMKSrg>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: um balanço do desmonte do Estado**. São Paulo: Geração editorial, 2014.

FATTORELLI, Maria Lúcia. Auditoria cidadã da dívida dos estados. Brasília: Inove Editora, 2013.

CEE-FIOCRUZ. Nota técnica do Dieese sobre a privatização das águas: um raio-x da ameaça. um raio-X da ameaça. Brasil, 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=nota-tecnica-do-dieese-sobre-a-privatizacao-das-aguas-um-raio-x-da-ameaca>. Acesso em: 31 jul. 2020.

GOMES, José M. **Acumulação de Capital e Plano de Estabilização**: um estudo a partir da experiência de âncora cambial na América Latina nos anos 90. São Paulo. USP: Tese de Doutorado, 2005.

HOMEM mais rico do Brasil, Lemann compra parte da Eletrobras por R\$ 50 mil. 2018. Disponível em: <https://www.fnucut.org.br/homem-mais-rico-do-brasil-lemann-compra-parte-da-eletobras-por-r-50-mil/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

LEONETI, Alexandre Bevilacqua; PRADO, Eliana Leão do; OLIVEIRA, Sonia Valle Walter Borges de. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 331-348, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000200003>.

MALAJ, Norberto. EE.UU. Sinaguapotable, consu ministros privatizados prohibitivos y aguas contaminadas. Política Obrera, 23 jun. 2020. Disponível em: <https://politicaobrera.com/internacionales/1682-eeuu-sin-agua-potable-con-suministros-privatizados-prohibitivos-y-aguas-contaminadas?>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MASCHIO, José. Banco Mundial estimulou privatização: relatório mostra que órgão sugeriu ao governo tirar poder de municípios pequenos na titularidade dos serviços de água. Folha de S. Paulo. Londrina. 24 jan. 2001. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2401200135.htm>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MOREIRA, T. A hora e a vez do saneamento. **Revista do BNDES**, v. 5, n. 10, p. 189-216, 1998.

NASCIMENTO, Bárbara. Carf decide a favor do Itaú em processo de R\$ 25 bi de impostos. O Globo. Brasília. 10 abr. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/carf-decide-favor-do-itau-em-processo-de-25-bi-de-impostos-21186804>. Acesso em: 31 jul. 2020.

NEALDO, Carlos. Em meio à pandemia, BNDES libera R\$ 491,4 milhões à Equatorial AL. Gazeta de Alagoas. Maceió. 29 abr. 2020. Disponível em: <https://d.gazetadealagoas.com.br/economia/273451/em-meio-a-pandemia-bndes-libera-r-4914-milhoes-a-equatorial-al>. Acesso em: 31 jul. 2020.

‘PARA cada dólar gasto com saneamento, você economiza quatro dólares com saúde’. CBN. 25 jun. 2020. Disponível em: <https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/306121/para-cada-dolar-gasto-com-saneamento-voce-economiz.htm?fbclid=IwAR3H3mzqsvQf-fl4PqlnS3zDsIL8Dt3rdADRomTu7m5mAWIswWh9WSHZ-mo>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PERGUNTAS mais frequentes. 2020. Disponível em: <https://ri.energisa.com.br/servicos-de-ri/perguntas-mais-frequentes/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PEREIRA, Renée. Aegea vira a 2ª maior em saneamento no País. O Estado de Minas. São Paulo. 09 jan. 2018. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2018/01/09/internas_economia,929643/aegea-vira-a-2-maior-em-saneamento-no-pais.shtml. Acesso em: 31 jul. 2020.

POLLACHI, Amauri. As águas do Brasil, de novo ameaçadas. Outras Palavras. São Paulo. 24 jun. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/direitosouprivilegios/as-aguas-do-brasil-de-novo-ameacadas/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

POUPEAU, Franck. E a água foi privatizada.... Le Monde Diplomatique Brasil. La Paz. 1 maio 2002. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/e-a-agua-foi-privatizada/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

RESENDE, Thiago; RITTNER, Daniel. Aneel determinou a “maior intervenção da história”. 2012. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2012/08/31/aneel-determinou-a-maior-intervencao-da-historia.ghtml>. Acesso em: 31 jul. 2020.

SALLES, Maria José. Política Nacional de Saneamento: percorrendo caminhos em busca da universalização. 2008. 176 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2605/1/ENSP_Tese_Salles_Maria_Jos%C3%A9.pdf. Acesso em: 31 jul. 2020.

TEIXEIRA, Júlio César; GUILHERMINO, Renata Lopes. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros, empregando dados secundários do banco de dados indicadores e dados básicos para a saúde 2003- IDB 2003. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 277-282, Set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522006000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522006000300011>.

O apoio do Estado à Saúde Suplementar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil

Maria Valéria Costa Correia⁴¹

Pâmela Karoline Lins Alves⁴²

Introdução

Conforme analisa Harvey (2020), a atual crise sanitária, gerada pela COVID-19, se intercala com diversos aspectos estruturais do sistema capitalista. O autor afirma que “o modelo de acumulação de capital existente já estava com muitos problemas. Movimentos de protesto estavam ocorrendo em quase todo lugar (de Santiago a Beirute) [...]” (HARVEY, 2020, p. 14). Seguindo esse entendimento, parte-se da análise de que a atual crise sanitária explicitou e vem agravando os processos da crise estrutural e endêmica já existente no capitalismo.

Nesse contexto, o presente artigo pretende analisar, a partir de um estudo preliminar, como tem se dado o apoio do Estado e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴³ à saúde suplementar, diante da pandemia do novo Coronavírus. O artigo fundamenta-se em uma análise crítica dos processos de mercantilização da saúde, via fortalecimento da saúde suplementar por meio do Estado e da referida agência, utilizando a pesquisa bibliográfica e documental.

Dessa forma, recorreu-se à pesquisa documental através do levantamento, acesso e análise aos documentos e notas divulgadas pela ANS, no período de março a junho de 2020, e ao documento “Boletim COVID-19”, referente ao mês de junho, também emitido por essa agência. Além disso, utilizou-se a pesquisa documental e acesso aos dados divulgados

41 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UFPE. É professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS/UFAL). Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com.

42 Assistente Social. Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade de Pernambuco (PPGSS/UFPE). Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). E-mail: pamela.t9@hotmail.com.

43 É uma agência reguladora, criada por meio da lei 9.961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por regulamentar e fiscalizar os planos e seguros privados de saúde. De acordo com a referida lei, apesar de ser vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS é considerada uma autarquia sob regime especial, tendo autonomia administrativa, financeira, técnica, patrimonial e de gestão de recursos humanos.

pela Receita Federal, por meio do Projeto de Lei Orçamentária Anual, do ano de 2019, e do Relatório da execução orçamentária anual de 2019.

Este estudo também utilizou a pesquisa bibliográfica para analisar a relação entre o setor público e o setor privado na oferta dos serviços de saúde no Brasil, assim como para caracterizar qual tem sido o papel e a atuação da ANS na regulação dos planos e seguros de saúde.

Portanto, em um primeiro momento, pretende-se analisar, a partir de estudos realizados anteriormente,⁴⁴ como tem se dado a relação entre o setor público e o privado na saúde, e o papel do Estado nesse processo, que tem se caracterizado por viabilizar o fortalecimento da saúde suplementar. Em um segundo momento, serão investigadas as medidas de apoio à saúde suplementar, identificadas nas ações do Estado, por meio de subsídios diretos, e através do incentivo à desregulamentação da saúde suplementar pela ANS, no enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

1. A viabilização da saúde suplementar no Brasil e os mecanismos de apoio estatal

O Estado vem desempenhando um importante papel na viabilização da expansão e consolidação da saúde suplementar, desde antes da constituição do SUS. Bravo (2011) aponta que, durante o período ditatorial militar, os programas de saúde se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado. Nessa época, um novo padrão de organização dos serviços médicos previdenciários foi implantado, com prioridade na contratação de serviços de terceiros, propiciando o crescimento e a expansão da iniciativa privada, tendo como central o apoio do Estado. Correia (2018) utiliza a expressão de Mendes (1994) para caracterizar esse padrão como “médico-assistencial privatista”, que está fundamentado no setor privado.

A legislação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo como preceito a universalização do acesso e a gratuidade do serviço. Porém, esse processo de implementação do SUS se dá atrelado a um mecanismo de racionamento dos recursos destinados a ele, gerando o seu subfinanciamento e dificultando a viabilização plena da expansão da saúde pública com eficiência e qualidade. Esse fator tem favorecido o fortalecimento da saúde suplementar, por meio da migração dos segmentos sociais das camadas médias e do operariado mais bem remunerado, para os serviços prestados pela rede privada da saúde. Para Mendes (1999, p.53),

o mandamento constitucional é reinterpretado na prática social não como um universalismo inclusivo – expressão de cidadania plena – mas como

⁴⁴ O estudo sobre a mercantilização da saúde no Brasil e os mecanismos de apoio estatal a esse processo é objeto de pesquisa do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais; podendo ser identificado nos livros de Correia e Santos (2015) e Correia (2018). Neste artigo pretende-se analisar como esses fatores se apresentam durante a pandemia do novo Coronavírus no Brasil.

um universalismo excludente que garante a incorporação ao sistema público de segmentos sociais carentes, ou seja, aqueles que não tem como se antepor aos mecanismos de racionamento. É essa expulsão das camadas privilegiadas que garante a expansão, na década de 1980, da saúde suplementar (MENDES, 1999, p. 53).

Correia (2015) ressalta que as “limitações para a efetivação do SUS estão inseridas em um contexto mais amplo de enfrentamento da crise contemporânea mundial do capital, em que o Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital” (CORREIA, 2015, p. 71).

Segundo a autora, a “ampliação do setor privado de saúde no livre mercado com apoio do Estado tem ocorrido através do fomento dos governos brasileiros, ao longo dos anos, à estabilidade do sistema de saúde suplementar” (CORREIA, 2018, p. 23). O Estado tem favorecido esse sistema por meio de mecanismos como a renúncia fiscal, as desonerações, o perdão de dívidas, o apoio à criação dos planos de saúde acessíveis, além das isenções e benefícios fiscais ao setor farmacêutico, entre outros. Para Correia (2015), essas isenções produzem uma soma significativa de recursos que poderiam compor o financiamento da saúde pública.

Analisando a renúncia fiscal, demonstra-se que, de acordo com os dados do Projeto de Lei Orçamentário Anual (PLOA), no ano de 2019, a renúncia fiscal em saúde, considerando a dedução no Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF) com despesas em planos de saúde e serviços médicos privados foi de R\$ 15.502.081.124; e o desconto no Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ) com assistência médica, odontológica e farmacêutica, prestada a empregados, foi de R\$ 5.645.151.451,00, totalizando R\$ 21.147.232.575,00. Enquanto, o orçamento da seguridade social para a saúde — advindo de contribuições sociais, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) —, no ano de 2019, foi de R\$122.269.918, como apontado pelo relatório da execução orçamentária anual do Tesouro Nacional. Evidencia-se, dessa forma, que o montante de recursos que o Estado deixa de arrecadar e que seria imprescindível para o financiamento da saúde pública, tem servido para viabilizar o fortalecimento do mercado privado de saúde.

Para o apoio ao fortalecimento da oferta dos serviços privados de saúde, a justificativa do Estado é a de que esses serviços desafogariam o SUS, colocando os seguros e planos de saúde como suplementar aos serviços públicos. Porém, conforme aponta Ocké-Reis (2015), a realidade demonstra o inverso, visto que os usuários da saúde suplementar utilizam, também, os serviços públicos, via vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica.

Dessa forma, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras, como é identificado na questão do ressarcimento, que é a utilização e o acesso à rede pública por parte dos usuários da saúde suplementar e, nesse sentido, o custeio deveria ser arcado pelas

operadoras e repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme foi preconizado na lei 9656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. No entanto, o que tem ocorrido é a utilização dos serviços públicos, por parte dos usuários das operadoras privadas de saúde, sem o devido ressarcimento. No ano de 2019, o valor total a ser cobrado do ressarcimento ao SUS dessas operadoras totalizava R\$561.911.181,00, mas só foi pago, à vista, o valor de R\$119.386.420,00, que somado ao valor parcelado de R\$ 119.579.189,50, significou 43% do valor total que deveria ter sido ressarcido, conforme os dados divulgados pela ANS.

Diante dos fatores apresentados, pode-se afirmar que não há uma relação de complementaridade dos planos e seguros de saúde para com o SUS, mas, ocorre o inverso, ou seja, o apoio fundamental do Estado para fortalecer esse setor através de isenções e incentivos fiscais, ou por inércia, ao não fazer valer integralmente a lei 9656/1998 de ressarcimento. O Estado serve de sustentação para a acumulação de riqueza desse setor, contribuindo para sua maior lucratividade. Sestelo (2019, p.14) ressalta que “as empresas passam por uma metamorfose em que precisam tanto do lucro da relação com clientes como da expropriação do Estado para assegurar a rentabilidade”.

A regulação dos planos e seguros de saúde surgiu por meio da lei 9.656/1998 e, posteriormente, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da lei nº9.961/2000. Para Menicucci (2000), essa regulação da assistência privada formaliza a dualidade na prestação dos serviços de saúde, existindo o público e o privado concomitantes, no ponto de vista legal, normativo e institucional.

Sendo assim, com a criação da ANS, passa a existir uma maior regulação entre os usuários e os prestadores de serviços da saúde suplementar, assim como a formação de um ambiente de estabilidade jurídica para as operadoras que ofertam esses serviços.

O próximo tópico aborda as ações do Estado, via subsídios diretos, e os incentivos de desregulamentação da saúde suplementar pela ANS, que viabilizam o fortalecimento da saúde suplementar nesse período, tendo como enfoque o contexto de pandemia do novo Coronavírus no Brasil.

2. O fortalecimento da saúde suplementar no enfrentamento à COVID-19: a atuação da ANS e os mecanismos de apoio estatal

Considerando o atual contexto de crise econômica agravada com a pandemia do novo Coronavírus no Brasil, observou-se, a partir de pesquisa⁴⁵ desenvolvida, o importante papel desempenhado pela ANS e pelo Estado no fortalecimento da saúde suplementar. As ações se direcionam no sentido de viabilizar o desempenho financeiro dos planos e seguros de saúde,

⁴⁵ A pesquisa documental foi realizada a partir do acesso aos documentos e notas emitidas pela ANS; do acesso ao documento produzido pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, referente a maio de 2020; do acesso à Portaria nº 1.393, de 21 de maio de 2020; e à Portaria nº 1.448, de 29 de maio de 2020, que trata do auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos/privados.

na tentativa de contornar possíveis crises desse setor frente à pandemia. Dessa forma, a ANS tem elencado uma série de medidas de apoio à saúde suplementar, conforme apontam as notas emitidas por ela no período de março a junho de 2020.

Uma de suas principais medidas durante a pandemia foi a flexibilização das normas prudenciais, ou seja, da regulação econômico-financeira, que estabelecem garantias financeiras protetoras no caso de riscos operacionais na oferta de serviços pelos planos e seguros privados de assistência à saúde. Com isso, a ANS declarou que irá antecipar o congelamento da Margem de Solvência⁴⁶ para as operadoras de saúde que decidirem adotar o novo modelo Capital Baseado em Riscos (CBR). Essa ação busca dar aplicabilidade à Resolução Normativa (RN) nº 451, de 06 de março de 2020, que se tornará obrigatória a partir de 2022 e dispõe sobre as regras de definição do Capital Regulatório⁴⁷ das operadoras. Essa RN propõe a substituição do modelo calculado a partir da Margem de Solvência pelo modelo Capital Baseado em Riscos, essa mudança significa, conforme apontado pela ANS (2020a), a redução do montante de recursos obrigatórios destinado a essa regulamentação.

Portanto, de acordo com a ANS, a medida de congelamento da Margem de Solvência prevê a redução de aproximadamente R\$ 2,7 bilhões dos recursos antes destinados ao Fundo Garantidor da Saúde Suplementar⁴⁸, favorecendo nove seguradoras que atuam no setor com alto nível de capitalização, além de outros R\$ 0,2 bilhão para as demais operadoras contempladas.

Além dessa medida, houve o adiamento, para 2021, da exigência de provisões de passivo quanto à Insuficiência de Contraprestações/Prêmio (PIC)⁴⁹ e à Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados realizados no SUS (PEONA-SUS)⁵⁰. De acordo com a ANS, esse adiamento prevê, ao longo de 2020, a liberação de aproximadamente R\$ 1,7 bilhões, que podem ser utilizados pelas operadoras para outros fins. Ou seja, são recursos exigidos para compor o Fundo Garantidor regulado pela ANS, mas que estão sendo liberados para que as operadoras privadas de saúde utilizem no enfrentamento da COVID-19 e, dessa forma, tenham uma maior liquidez para lidar com o momento de crise agravada pela pandemia do Coronavírus.

46 É a comprovação financeira de que a operadora tem condições de honrar todos os compromissos financeiros assumidos.

47 É o limite mínimo do patrimônio líquido ajustado que a operadora deve reservar para mitigar a possibilidade de sua insolvência.

48 Funciona como um seguro para que, caso as operadoras privadas de saúde deixem de funcionar, arquem com as responsabilidades financeiras. Esse fundo é regulamentado pela ANS e possui o total de cerca de R\$54 bilhões de reservas técnicas das operadoras. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ans-quer-atendimento-a-inadimplentes-para-liberar-parte-de-fundo-bilionario-a-planos-de-saude,70003264823>.

49 Cobertura de eventual insuficiência das contraprestações para custear as despesas assistenciais, administrativas e de comercialização de planos privados de assistência à saúde.

50 É uma provisão que possibilita o ressarcimento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela operadora. Para fins desta provisão, o conhecimento do evento passa a ser caracterizado a partir do momento que a operadora o registra contabilmente.

Na sequência, a ANS realizou algumas concessões que, somadas às medidas aqui elencadas⁵¹, preveem a liberação do total de cerca de R\$ 15 bilhões⁵² para as operadoras de saúde no enfrentamento à COVID-19.⁵³ Essas concessões seriam implementadas mediante a assinatura de um termo de compromisso, constando a exigência de contrapartidas. Nesse sentido, as contrapartidas exigidas para as operadoras que assinaram o contrato foram pagamento regular aos prestadores de serviços à saúde suplementar e a renegociação dos contratos com os usuários em atraso de pagamento, comprometendo-se a preservá-los regularmente nos planos e seguros privados de saúde até o mês de junho de 2020.

As operadoras que assinaram o termo de compromisso foram: Bio Saúde Serviços Médicos LTDA, Sistemas e Planos de Saúde LTDA, MED-TOUR Administradora de Benefícios e Empreendimentos LTDA, Terra Mar Administradora de Planos de Saúde LTDA, UNIMED do Sudoeste, ABC Saúde LTDA, AMHA Saúde S/A, Polimédica Saúde Sociedade Simples LTDA e Alice Operadora LTDA, totalizando, dessa forma, 9 operadoras de saúde que assinaram, em um total de 718 operadoras. Segundo a ANS, “as empresas que optaram por não aderir ao termo indicam que estão em boa situação de liquidez financeira e que, portanto, não precisam recorrer às reservas técnicas para o enfrentamento da pandemia” (ANS, 2020c, não paginado).

Quanto às concessões, a primeira foi a retirada da exigência de ativos garantidores da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL-SUS)⁵⁴, dessa forma, a operadora fica desobrigada de manter esses ativos no que consta o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL-SUS), pelo período que vai da data de assinatura do termo de compromisso até o final de 2020. Com essa medida, segundo a ANS, tem-se a previsão de redução de R\$ 1,4 bilhão para as operadoras que atuam no setor.

A segunda concessão foi a possibilidade de movimentar ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), ou seja, será retirada a exigência de vinculação dos ativos garantidores na proporção equivalente à PEONA contabilizada. “Assim, será possível à operadora adequar o fluxo de pagamento à sua rede prestadora médica e hospitalar em um cenário de eventual queda da liquidez” (ANS, 2020b, não paginado). Neste sentido, ainda de acordo com a ANS, estima-se a liberação de R\$ 10,5 bilhões para os planos e seguros de saúde.

Dessa forma, é perceptível que a principal preocupação da ANS está direcionada em evitar qualquer possibilidade de crise da saúde suplementar, criando diversas medidas que flexibilizem as exigências na oferta desses serviços e que gerem processos de

51 Antecipação do congelamento da Margem de Solvência e o adiamento das exigências de provisões de passivo.

52 Esse recurso compõe parte do valor do fundo garantidor, explicado na nota de rodapé 48.

53 Contudo, o montante de recursos aqui elencado, foi disponibilizado pela ANS como uma previsão do total de recursos liberados no caso de maior aderência pelas operadoras à assinatura do Termo de Compromisso, não sendo disponibilizado pela ANS, até a data de elaboração desse artigo, os valores reais liberados após a assinatura do termo.

54 São os débitos referentes ao ressarcimento ao SUS identificados e cobrados pela ANS.

desregulamentação, sem construir contrapartidas que de fato resguardem os usuários da saúde suplementar, compreendendo que, conforme demonstrado, a única contrapartida direcionada aos usuários foi válida apenas até o mês de junho de 2020, enquanto os subsídios dados às operadoras estão em implementação até, pelo menos, o final de 2020.

Além disso, essas concessões afetam diretamente o SUS, pois parte desses recursos seriam recursos que as operadoras deveriam destinar para a garantia do ressarcimento e estão sendo liberados para subsidiá-las, tendo, dessa forma, como prioridade a saúde suplementar em detrimento do SUS.

Essas ações foram realizadas em articulação e acordo com o Ministério de Saúde, tendo como dirigente o então ministro Luiz Henrique Mandetta, que conforme afirmou em entrevista à época (LINDNER, 2020), a expectativa em facilitar a liberação desses recursos é que as operadoras usem para comprar equipamentos e reforçar leitos no enfrentamento da COVID-19, sob a justificativa de não sobrecarregar o SUS.

Porém, quando se analisa o número de usuários de planos de saúde, observa-se uma tendencial queda diante do atual contexto de pandemia. No período de fevereiro a maio de 2020 houve uma queda de 0,5%, totalizando uma redução de 212.702 mil usuários, conforme documento produzido pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2020).

Dessa forma, observa-se que a queda na utilização dos serviços da saúde suplementar, decorrente da crise econômica durante a pandemia do COVID-19, tem acarretado uma maior demanda pelos serviços públicos de saúde, o que demonstra a importância do fortalecimento do SUS e do direcionamento das ações do Estado para garantir mais recursos para esse setor, superando o seu histórico subfinanciamento e o recente desfinanciamento⁵⁵.

Outro fator a ser destacado são os subsídios dados pelo Estado às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos/privados⁵⁶, que apesar de atenderem de modo complementar ao SUS, ofertam principalmente serviços para a saúde suplementar. Dessa forma, o Estado liberou um auxílio financeiro emergencial à essas instituições, para a aquisição de medicamentos, suprimentos, insumos, equipamentos, para o aumento da oferta de leitos de terapia intensiva, bem como para a contratação de profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19, trabalhando de forma articulada com o Ministério da Saúde.

O recurso destinado para o citado auxílio emergencial totalizou o valor de R\$ 2,2 bilhões, dividido em duas parcelas, por meio da Portaria nº 1.393, de 21 de maio de 2020, e da Portaria nº 1.448, de 29 de maio de 2020, nos termos da Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020. Demonstra-se, assim, mais um mecanismo estatal que visa apoiar e viabilizar o mercado privado de saúde, no intuito de contornar o agravamento de possíveis crises nesse setor durante a pandemia.

55 A Emenda Constitucional Nº 95/16, congela os gastos sociais por 20 anos, e só entre 2018 e 2019 subtraiu R\$22,5 bilhões do SUS.

56 Segue-se a análise de Silva, Correia e Santos (2015) de que apesar de se apresentarem como filantrópicas, possuem uma alta margem de lucro, portanto, atendem a interesses privados de mercado.

Conforme apontado pela ANS (2020d), analisando a taxa mensal de ocupação de leitos geral da rede privada — comum e UTI — que atende aos planos e seguros de saúde, e baseando-se no comparativo do mesmo período do ano anterior, constata-se que tem havido uma estabilidade na ocupação desses leitos. No mês de maio de 2019, obteve-se 76% dos leitos ocupados, enquanto, em maio de 2020, obteve-se 61% dos leitos ocupados.

De acordo com os dados do Boletim COVID-19 divulgado pela ANS (2020d), a taxa de ocupação dos leitos destinados para COVID-19, em março de 2020, foi de 45%, avançando para 61%, no mês de maio do mesmo ano. Porém, a taxa de ocupação dos leitos para os demais procedimentos em março de 2020 foi de 65%, caindo para 61% no mês de maio do mesmo ano. Enquanto isso, a rede pública de saúde encontra dificuldades em garantir o acesso aos seus serviços, devido ao sucateamento histórico e ao agravamento da COVID-19 no Brasil, que requer uma maior atuação desse setor.

Pelos dados expostos, de queda na ocupação de leitos, frente ao risco de contágio em locais de atendimento à saúde e devido ao estímulo dos planos privados de saúde pelo atendimento virtual, a pandemia tem potencial de ser uma oportunidade de acumulação de capitais para esse setor. Esse fato, somado aos estímulos e apoios financeiros disponibilizados pelo Estado e pela ANS, asseguram a potencialização das margens de lucro no setor, mesmo diante da pandemia. Dessa forma, estimativas apontam que o Grupo Notredame Intermédica, por exemplo, terá seus lucros em cerca de R\$150 milhões no primeiro trimestre de 2020, significando uma alta de 45% na comparação com o primeiro trimestre de 2019. Para a Qualicorp estima-se receita de R\$ 490 milhões, que significa uma alta de 5% na comparação com o mesmo período do ano anterior. A Hapvida prevê um lucro de R\$ 247 milhões no primeiro trimestre de 2020, que significa uma alta de 20%, comparando com o mesmo período do ano anterior (DESIDÉRIO, 2020).

Soma-se a essa realidade o parecer contrário da ANS sobre a proposta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Recomendação N^a 26, de 22 de abril de 2020, para a requisição de leitos privados, quando necessário, com sua regulação única pelo SUS em prol de garantir atendimento igualitário durante a pandemia. Dessa forma, em resposta à solicitação do Ministério da Saúde a respeito da citada Recomendação do CNS N^o 26, a ANS divulgou seu posicionamento expresso no voto elaborado pela Diretoria de Gestão, que teve a aprovação dos diretores de Normas e Habilitação dos Produtos; de Normas e Habilitação das Operadoras; e de Fiscalização. Portanto, conforme o Voto N^o11/2020/DIGES, a ANS argumenta que a existência de um desequilíbrio entre os diversos agentes que atuam, de forma interconectada, na cadeia produtiva que compõe a infraestrutura da atenção à saúde pode gerar crises econômico-financeiras profundas, pondo em risco o equilíbrio do setor da saúde suplementar (ANS, 2020e).

De acordo com a ANS,

diante de tais contornos, a hipótese de gestão unificada dos leitos públicos e privados, pela via da requisição administrativa, a fim de promover uma alocação mais eficiente dos leitos de terapia intensiva disponíveis no país, como recomendado pelo CNS, dependeria de uma regulação que equilibrasse oferta e demanda, de modo a ocupar leitos efetivamente ociosos (ANS, 2020e, p.5).

Nesse sentido, a ANS, ao considerar a hipótese de esgotamento dos leitos para toda a população, incluindo os usuários da rede de saúde suplementar, argumenta ser inviável que esses usuários fiquem sem assistência à saúde, sendo necessário resguardar essa garantia.

A gestão unificada desses leitos, do ponto de vista dos pacientes, apenas promoveria uma equalização da falta de acesso não só para a COVID-19, como também para outros agravos, sem alcançar o resultado de assegurar direitos a usuários do SUS e gerar o sentimento de restrição de acesso pela ótica do beneficiário. Cumpre insistir que essa realidade não é dada, mas precisa ser considerada (ANS, 2020, p.6).

Portanto, a defesa da ANS é no sentido de que se deve resguardar os leitos e a oferta dos serviços pelos planos e seguros privados de assistência à saúde, mesmo diante do contexto de mortes em algumas regiões do país por falta de leitos no SUS. A regulação única dos leitos públicos e privados pelo SUS seria a maneira mais eficaz e igualitária de garantir o acesso aos leitos.

Considerações finais

Este estudo buscou, inicialmente, demonstrar que o estímulo do Estado à saúde suplementar, por meio de mecanismos como a renúncia fiscal, tem sido consolidado desde antes da criação do SUS e que se mantém posterior a sua implementação. Dessa forma, ao contrário do que é propagado pelos setores sociais hegemônicos do capitalismo, a relação que a saúde suplementar estabelece com o SUS é concorrencial e predatória. A existência dos serviços privados de saúde não desafoga o SUS, mas aprofunda sua precarização e contribui com seu desmonte.

No atual contexto de pandemia do Coronavírus essa relação se aprofunda e torna-se mais visível. A saúde suplementar fortalece sua base de acumulação de capitais patrocinada pelo Estado e facilitada pela ANS, como foi aqui demonstrado.

A ANS tem desempenhado um importante papel quanto ao fortalecimento da saúde suplementar. Nesse sentido, as medidas tomadas são de flexibilização das normas que regulamentam os planos e seguros privados de assistência à saúde, assim como a liberação de recursos para garantir a estabilidade desse setor no contexto de crise econômica aprofundada pela pandemia. Essas ações têm se dado com o apoio do Estado, que também tem atuado para manter a estabilidade do sistema, inclusive liberando recursos para as Santas Casas e para os hospitais filantrópicos ditos sem fins lucrativos.

Portanto, nesta pesquisa conclui-se que tem havido o alinhamento das ações da ANS com o Estado para garantir a estabilidade e o fortalecimento da saúde suplementar, buscando evitar possíveis crises para esse setor, no enfrentamento da COVID-19 no Brasil, criando as condições para o aumento de sua lucratividade em plena pandemia. A pesquisa desenvolvida demonstra, preliminarmente, que, na atual crise sanitária que aprofunda a crise estrutural do capital, o Estado tende a atuar para favorecer o mercado da saúde, resguardando-o de possíveis perdas e possibilitando sua lucratividade exponencial.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Combate ao coronavírus: ANS define novas medidas para o setor de planos de saúde. 2020a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-COVID-19/coronavirus-todas-as-noticias/5459-combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS flexibiliza o uso de mais de 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores. 2020b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-COVID-19/coronavirus-todas-as-noticias/5475-ans-flexibiliza-uso-de-mais-de-r-15-bilhoes-em-garantias-financeiras-e-ativos-garantidores>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS divulga operadoras que aderiram ao termo de compromisso. 2020c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-COVID-19/coronavirus-todas-as-noticias/5497-coronavirus-ans-divulga-operadoras-que-aderiram-ao-termo-de-compromisso>. Acesso em: 23 jul. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Boletim Covid-19 mês de junho**. 2020d.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. VOTO Nº 11/2020/DIGES, Brasília, ANS, 2020e. Disponível em: http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/76499___Voto%2011.pdf. Acesso em: 29 jul. 2020

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 26, de 22 de abril de 2020. **Disponível em:** <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>. Acesso em: 29 jul. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. dos (Org.) **Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O protagonismo do setor privado na saúde pública brasileira. In: CORREIA, M.V.C. (Org.) **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal e Imprensa Oficial, 2018.

DESIDÉRIO, Mariana. Em meio à pandemia, empresas de saúde devem divulgar alta nos lucros. **Exame.**, São Paulo, 06 maio 2020. Disponível em: <https://exame.com/negocios/em-meio-a-pandemia-empresas-de-saude-devem-divulgar-alta-nos-lucros/>. Acesso em: 05 ago. 2020.

HARVEY, David. **Política anticapitalista em tempos de COVID-19**. In: DAVIS, Mike, et al: Coronavírus e a luta de classes. Terra sem Amos: Brasil, 2020. p. 13-24.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Nota de acompanhamento dos beneficiários/ NAB48. 2020.

LINDNER, Júlia. Para evitar sobrecarga do sistema, governo vai facilitar liberação de 10 bilhões para planos de saúde. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,para-evitar-sobrecarga-do-sistema-governo-vai-facilitar-liberacao-de-r-10-bi-planos-de-saude,70003240621>. Acesso em: 23.jul. 2020.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.1393, de 21 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.393-de-21-de-maio-de-2020-258046968>. Acesso em: 18 jul. 2020.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Tese de Doutorado em Sociologia e Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: 2003. 402 p.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gasto privado em saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p.1351-1353, jul. 2015.

Poder Legislativo. Lei nº 13.995, de 05 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.995-de-5-de-maio-de-2020-255378351>. Acesso em: 18 jul. 2020.

SESTELO, José Antonio de Freitas. A relação predatória e concorrencial dos Planos de Saúde com o SUS. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos**, São Leopoldo, v. 541, p.14-21, set. 2019.

SILVA, Clara Morgana Torres Rocha da; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiro dos. A privatização do fundo público da saúde: a complementaridade invertida no SUS. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. (Org.) **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015.

A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil: lucro acima da vida

Maria Valéria Costa Correia⁵⁷

Clara Morgana Torres Rocha da Silva⁵⁸

INTRODUÇÃO

No Brasil, o atual contexto de descontrole da pandemia do novo Coronavírus protagonizado pelo Governo Federal revela seu caráter negacionista e ultraliberal. Tem desfinanciado e desmontado as políticas sociais e minimizado a pandemia, não considerando as evidências científicas, ocultando dados, naturalizando as mortes e provocando a flexibilização das medidas recomendadas pela ciência e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em nome do lucro.

Até a última semana de julho de 2020 já havia passado dois Ministros pela pasta do Ministério da Saúde (MS), desde o início da pandemia no Brasil. Faz mais de dois meses que esse ministério é ocupado por um general como ministro interino, que tem indicado para os altos postos do MS militares sem experiência no Sistema Único de Saúde (SUS). A média de óbitos diários por COVID-19 tem sido de mais de mil, até o final de julho, data de fechamento desse artigo. No entanto, além de não existir nenhum plano nacional de combate à pandemia, só foram gastos, até então, cerca de 30% dos recursos destinados ao MS para enfrentá-la, ao tempo que faltam Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ventiladores mecânicos e medicamentos em todo país.

Enquanto não existir uma vacina e eficácia de tratamentos para a COVID-19, as intervenções com maior efetividade são as medidas restritivas de isolamento social e o acesso a cuidados especializados para os pacientes graves. Os estados brasileiros, em períodos

⁵⁷ Assistente Social, doutora em Serviço Social pela UFPE, professora da Faculdade de Serviço Social da UFAL. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL).

⁵⁸ Assistente Social, membro do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL).

diferentes, têm se aproximado da total ocupação dos leitos disponibilizados para atender à COVID-19, com listas de espera para leitos de UTIs e registros de óbitos por falta de leitos.

A pesquisa desenvolvida e apresentada de forma preliminar neste artigo tem como objetivo investigar a relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil, no contexto de privatização e de mercantilização da saúde.

Em tempos de acirramento da crise do capital, faz-se necessária a compreensão do papel que o fundo público desempenha para assegurar a conservação do capitalismo na estrutura econômica e na salvaguarda da reprodução social. (SALVADOR, 2010). Dessa forma, pretende-se analisar como tem se dado a relação entre o setor público e o setor privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, já que há uma trajetória histórica de contratualização pelo SUS de serviços hospitalares privados, em vez de ampliar sua própria rede de serviços. O que tem sido denominado de complementaridade invertida por Correia (2012)⁵⁹. Assim, no primeiro item desse artigo será resgatada essa trajetória, a partir de estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais.

Em seguida, buscou-se conhecer quantos leitos privados foram contratualizados pelo SUS e o montante de recursos públicos destinados ao setor privado durante o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, tanto no cenário nacional quanto no estado de Alagoas. Para tanto, realizou-se a pesquisa documental com a coleta de dados em sites do Ministério da Saúde (Portal COVID-19) e da Secretaria do Estado, relacionados às ações de combate ao Novo Coronavírus. Nesse sentido, pesquisou-se as informações referentes ao quantitativo de leitos disponíveis para atendimento da COVID-19 aos/as usuários/as do SUS, fazendo a análise da distribuição desses leitos nos âmbitos do setor público e privado, através da contratualização de leitos pelo Governo do estado de Alagoas.

Observou-se que a falta de leitos para os pacientes da COVID-19, entre outros fatores como a falta de testagem e do rastreamento e acompanhamento dos doentes, tem contribuído para o rápido colapso do sistema de saúde pública durante a pandemia, ao tempo que em algumas regiões os leitos privados ficam desocupados. Situação essa que evidencia a importância de existir uma fila única de leitos sob gestão do sistema público de saúde, como aconteceu em alguns países.

Na terceira parte deste artigo será apresentado o resultado da pesquisa sobre a análise da importância da fila única de leitos para o atendimento à COVID-19, da sua legalidade e das demandas de vários setores da sociedade. Além de como tem sido a resposta governamental

⁵⁹ Expressão empregada por Correia para explicar a tendência crescente de aplicação do fundo público da saúde na contratualização de serviços privados, principalmente na média e alta complexidade, em detrimento da ampliação desses serviços na rede exclusivamente pública, caracterizando a inversão da complementaridade assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990. Em vez do sistema privado ser complementar ao público nos procedimentos hospitalares, esse tem sido superior em termos de disponibilização de serviços no sistema público.

e do mercado privado de saúde a essa demanda. Outrossim, emprega-se uma revisão literária acerca da consolidação de uma fila única, com a experiência de outros países e a indicação de implantação no Brasil, por parte de renomados pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), assim como utiliza-se também a coleta de dados nos sítios da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), para identificar o quantitativo de leitos disponíveis no Brasil e a população usuária.

1. A relação entre o setor público e o privado nos procedimentos hospitalares: a complementaridade invertida

O arcabouço jurídico do SUS regulamenta a relação entre o setor público e privado na oferta dos serviços de saúde, tanto na Constituição Federal de 1988, quanto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, ao dispor que apenas nos momentos em que as disponibilidades do SUS forem insuficientes para atender a demanda dos/as usuários/as, o setor privado⁶⁰ poderá complementar a oferta dos serviços.

Contudo, tal aparato normativo é enfático ao vedar a destinação dos recursos públicos para auxílios e subvenções a instituições de saúde que apresentem finalidade lucrativa.

Nesse sentido, a complementaridade do serviço privado de saúde ao serviço público, assegurada constitucionalmente, deve ser estabelecida apenas, e tão somente, quando as disponibilidades desse não forem suficientes para garantir a cobertura assistencial à população, sendo realizada através de parcerias, firmadas por contratos e/ou convênios entre os setores público e o privado da saúde.

Entretanto, os dados disponibilizados no Sistema de Informação Hospitalares do DataSUS trazem uma inversão nesta complementaridade, uma vez que a maior parte dos recursos destinados à produção hospitalar e aos procedimentos ambulatoriais, no decorrer dos anos, vêm sendo continuamente aplicados no setor privado, por meio da contratualização de serviços. Esse processo Correia (2012) denominou de “complementaridade invertida”. Para Correia (2015), a expansão dos serviços privados filantrópicos contratados pelo SUS expressa uma complementaridade invertida e contraria o assegurado na Constituição de 1988. A autora afirma que esse processo contradiz também um dos pilares da Reforma Sanitária Brasileira, pois

ao invés da progressiva estatização da saúde, tem ocorrido um processo de progressiva privatização, o que tende a reatualizar os traços estruturais do modelo de saúde da previdência social, nos anos de ditadura, que era baseado na compra de serviços privados (CORREIA, 2015, p. 71).

⁶⁰ Aqui, ao utilizarmos o termo “privado”, também nos referimos às instituições filantrópicas, por considerarmos que o selo de filantropia se apresenta como um argumento para isenção de impostos, mas que a lógica de extrair lucro é tão acentuada quanto no privado.

Assim, para uma melhor visualização e compreensão, de como uma parte do fundo público da saúde vem sendo destinada à ampliação e reprodução do capital por meio da complementaridade invertida, evidencia-se as despesas do SUS com a produção hospitalar, conforme figura a seguir:

Figura 1 – Tabela nacional de valores anuais 2015-2019 dos recursos do SUS para Produção Hospitalar

Produção Hospitalar - BRASIL			
ANO	PÚBLICO	PRIVADO	Total
2019	6.581.309.813,47	9.226.668.578,99	15.807.978.392,46
2018	6.550.831.983,78	8.555.556.223,28	15.106.388.207,06
2017	6.360.336.936,40	8.157.463.793,23	14.518.578.158,32
2016	5.939.469.593,44	8.061.633.884,50	14.001.103.477,94
2015	5.556.340.079,71	8.231.642.762,13	13.787.982.841,84

Fonte: DataSUS/Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.

Os dados, obtidos no DataSUS, demonstram a evolução dos valores dos recursos do SUS destinados aos setores público e privado, referentes ao pagamento de produção hospitalar⁶¹ no Brasil, entre os anos de 2015 e 2019.

De acordo com os valores dispostos na Figura 1, tem-se a média de que nos últimos 5 anos 57% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de procedimentos hospitalares foram aplicados no setor privado. Percentual que em 2019 ultrapassou essa média e chegou aos 59%, em detrimento dos 41% aplicados no setor público.

No contexto de pandemia, observou-se que a tendência de financiamento privado com recursos públicos, via compra de serviços por contratos e convênios, vem se mantendo. No período de março a maio de 2020, do total de R\$ 3.476.881.743,97 destinados aos procedimentos hospitalares pelo governo federal, R\$ 2.003.600.698,72 foram para o setor privado contratualizado, enquanto para a rede pública, foram destinados apenas R\$ 1.473.281.045,25, ou seja, 42% do total e os 58% foram destinados aos setor privado.

2. A disponibilização de leitos públicos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil

Alguns pesquisadores, ao analisarem a atual conjuntura de pandemia causada pelo novo Coronavírus, são enfáticos em afirmar que essa acirrou as contradições e crise societária já existentes.

Com a finalidade de observar a configuração da expansão e a oferta dos leitos de tratamento da COVID-19 em Alagoas e no Brasil, realizou-se uma pesquisa nos portais

⁶¹ Compreende todos os procedimentos e serviços que são executados no âmbito hospitalar.

do Governo Federal e Estadual, que disponibilizam dados referentes ao enfrentamento da pandemia, cujos resultados serão apresentados a seguir.

2.1 Os leitos próprios do SUS e o número de leitos do setor privado contratualizado pelo SUS para atender os doentes da COVID-19

No tocante à oferta de leitos para tratamento da COVID-19 a nível nacional, a matéria publicada no dia 24 de julho de 2020, no sítio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), afirma que até aquele momento foram investidos R\$ 1.591 bilhões e habilitados⁶² 11.084 mil leitos de UTI para COVID-19, distribuídos pelas regiões brasileiras da seguinte forma: Norte-740, Nordeste-3.003, Centro-Oeste-838, Sudeste-4.763 e Sul-1.740.

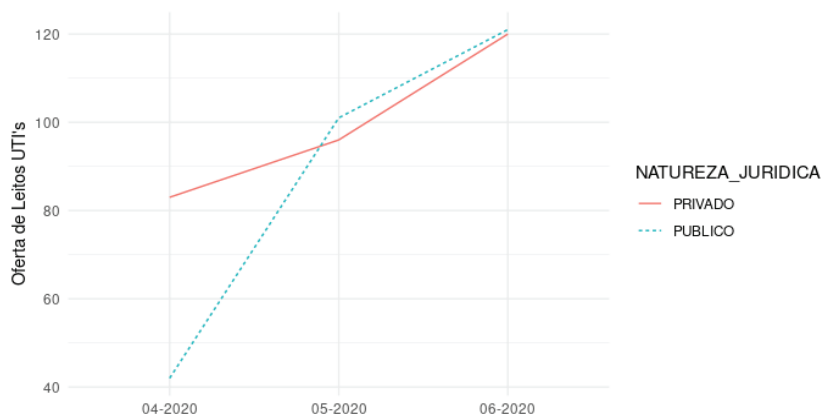
Ressalta-se, porém, que nos portais disponibilizados pelo governo federal, os dados concernentes aos demais leitos e à natureza jurídica dos hospitais de atendimento às pessoas infectadas pelo novo Coronavírus não foram identificados. Fato que inviabilizou a análise mais detalhada do objeto dessa pesquisa, ou seja, quantos dos leitos habilitados são próprios dos hospitais públicos e quantos são contratualizados do setor privado. Assim, a pesquisa sobre esses dados terá continuidade, enquanto a pandemia durar, e será apresentada posteriormente.

No que diz respeito à realidade de Alagoas, observou-se que o Governo passou a divulgar, diariamente, os dados referentes ao quantitativo de leitos ofertados somente a partir da segunda metade do mês de abril, 43 dias depois do registro do primeiro caso de COVID-19 no estado.

Os gráficos a seguir apresentam o crescimento das ofertas dos leitos públicos e privados contratualizados no estado de Alagoas. Onde, as linhas tracejadas em azul refere-se aos leitos disponíveis para o SUS em hospitais públicos, e as linhas contínuas em vermelho dizem respeito aos leitos disponíveis na rede privada, contratualizada para prestar serviços aos SUS.

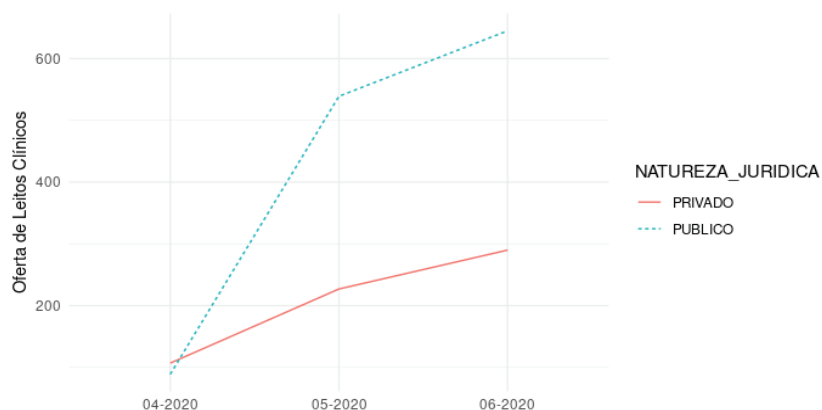
⁶² A Portaria nº414 do Ministério da Saúde autorizou a habilitação de leitos UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes de Covid-19. (BRASIL, 2020)

Figura 2 – Gráfico de Oferta de Leitos UTI COVID-19 Alagoas pelo SUS: próprios e privados contratados



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SESAU. Elaboração: Erikson Calheiros.

Figura 3 – Gráfico de Oferta de Leitos Clínicos COVID-19 Alagoas pelo SUS: próprios e privados contratados



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SESAU. Elaboração: Erikson Calheiros.

De acordo com os dados da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), de 20 de abril à 01 de julho de 2020, Alagoas teve um crescimento significativo dos leitos de atendimento a pessoas com COVID-19. Em de 20 abril de 2020 era um total de 378 leitos do SUS, sendo 187 ofertados em hospitais públicos e 191 contratualizados pelo estado de hospitais privados. Até o dia 01 de julho de 2020 houve uma evolução para um total de 1.238 leitos, sendo eles 807 públicos⁶³ e 431 privados/contratualizados⁶⁴.

63 Hosp. da Mulher, Hosp. Metropolitano, Hosp. Universitário, U. E. do Agreste, Hosp. de Campanha Girau do Ponciano, Hosp. Hélio Auto, Hosp. de Campanha Celso Tavares, Polo Regional de Campo Alegre, Hospital de Campanha de Arapiraca, Hosp, IbGatto Falcão, Hosp. Clodolfo Rodrigues, HGE, UPA Benedito Bentes, UPA Jacintinho, UPA Tabuleiro, UPA Trapiche, UPA Coruripe, UPA Delmiro, UPA Penedo, UPA Maragogi, UPA Palmeira dos Índios, UPA Marechal Deodoro, UPA Viçosa e UPA São Miguel dos Campos.

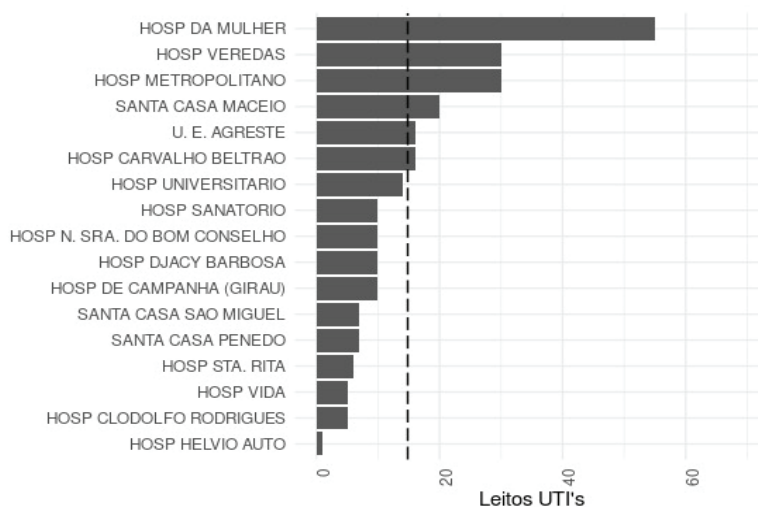
64 Santa Casa de Maceió, Hosp. Veredas, Hosp. Carvalho Beltrão, Hosp. Djacy Barbosa, Hosp. Sanatório, Soc. Beneficente N. Sra. do Bom Conselho, Santa Casa de São Miguel, Hosp. Santa Rita, Hosp. Vida, Hosp. Humanité, Hosp. Médico Cirúrgico, Hosp. São Vicente de Paulo.

Observa-se, nas Figuras 2 e 3, que até meados de maio a maioria dos leitos, tanto de UTI quanto clínicos, eram contratualizados do setor privado, com a finalidade de serem ofertados aos/às usuários/as do SUS, e a partir do referido mês houve uma ascensão do setor público no oferecimento desses leitos. Até o referido período eram 52 leitos de UTI ofertados em hospitais públicos e 78 contratualizados, ofertados em hospitais privados; 99 leitos clínicos disponíveis na rede pública e 140 disponíveis na rede contratualizada.

Avalia-se que o aumento da disponibilização de leitos exclusivos para a COVID-19 deu-se graças à abertura de um hospital público (no mês de maio), Hospital Metropolitano, que já estava em fase de construção e teve suas obras aceleradas devido à pandemia, bem como a habilitação de novos leitos em outro hospital, inaugurado há pouco menos de um ano, o Hospital da Mulher Nise da Silveira. Eles foram decisivos para a evolução do setor público na oferta dos leitos para COVID-19, uma vez que os leitos contratualizados do setor privado também continuaram a se expandir.

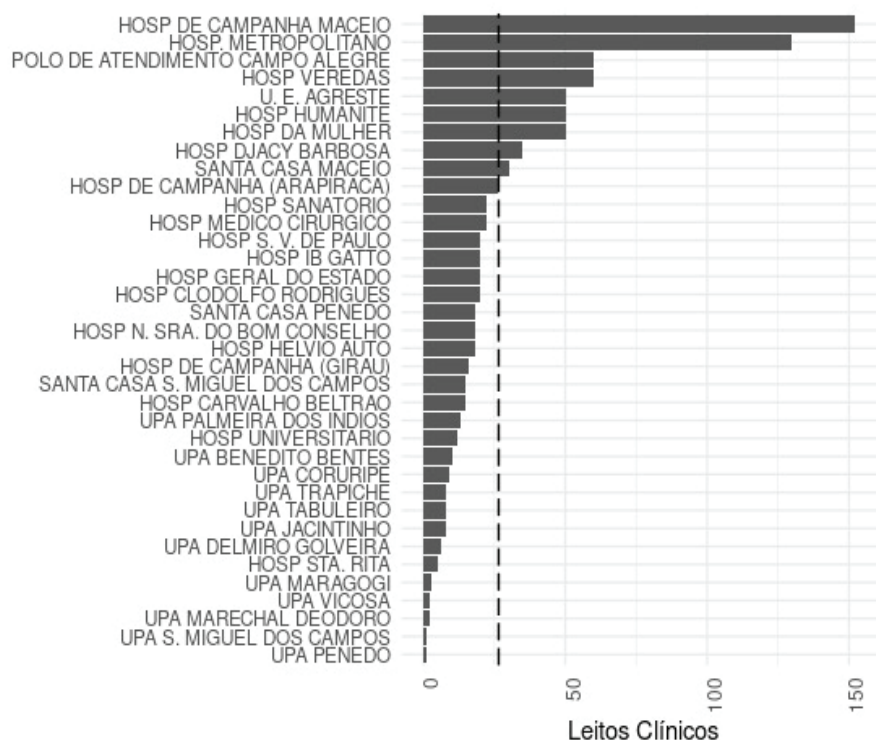
Assim, as figuras abaixo apresentam a disponibilização geral dos leitos do SUS para atendimento da COVID-19 em Alagoas, por hospital, em 01 de julho/20.

Figura 4 - Gráfico de Leitos UTI COVID-19 Alagoas



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU. Elaboração: Erikson Calheiros.

Figura 5 - Gráfico de Leitos Clínicos COVID-19 Alagoas



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU. Elaboração: Erikson Calheiros.

Considerando que a linha tracejada marca a média da quantidade de leitos para COVID-19 ofertada por estabelecimentos de saúde, observa-se, na Figura 4, que entre os hospitais que ofertam leitos de UTI, dos seis hospitais que estão acima da média de oferta, três deles são privados e/ou filantrópicos.

No tocante aos leitos clínicos, expostos na Figura 5, observa-se que das nove instituições de saúde que estão acima da média de oferta, quatro são privadas e cinco públicas.

E, no que diz respeito aos leitos intermediários, 100% deles estão disponíveis nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do estado, que em sua maioria são geridas por OSs — o que ilustra o modelo de privatização não clássica, via novos modelos de gestão, apontado por Granemann (2011).

Diante do exposto, fica evidente que apesar da expansão do setor público na oferta dos leitos de atendimento à COVID-19 no estado de Alagoas, é inquestionável o protagonismo do setor privado. Seja através das contratualizações, seja através dos novos modelos de gestão. Nota-se com mais clareza a seguir, ao serem apresentados os valores dos aportes de recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID-19)⁶⁵.

⁶⁵ Bloco de financiamento do SUS, para transferência, fundo a fundo, de recursos federais, referentes aos gastos de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, com a Covid-19. Criado pela portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. (BRASIL, 2020)

2.2 O montante de recursos do SUS repassados para a compra dos leitos privados

A portaria do Ministério da Saúde nº 568, publicada em 26 de março de 2020, dobrou o valor do custeio diário dos leitos de UTI, passando de R\$ 800 para R\$ 1,6 mil, excepcionalmente para o atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19.

Segundo matéria publicada no sítio do Ministério da Saúde datada de 03 de julho de 2020,

Ao todo, o Ministério da Saúde fez um aporte na ordem de R\$ 1,283 bilhão, pago em parcela única, para estados e municípios custearem esses leitos [UTI] pelos próximos 90 dias ou enquanto houver necessidade em decorrência da pandemia (BRASIL, 2020).

Em Alagoas, chama a atenção os valores desse aporte de recursos públicos na habilitação de leitos de UTI exclusivo à COVID-19 em hospitais privados, conforme tabela abaixo:

Figura 6 – Tabela de Valores: Habilitação de Leitos UTI COVID-19 Alagoas

PORTARIA	ESTABELECIMENTO	LEITOS	VALOR
Nº 1.013 – 24/04/2020	Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly	7	R\$ 1.008.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira	49	R\$ 7.056.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Hospital Veredas	20	R\$ 2.880.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Hospital Sanatório	15	R\$ 2.160.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Hospital Universitário Profº Alberto Antunes	6	R\$ 864.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Santa Casa de Misericór- dia de Maceió	20	R\$ 2.880.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Santa Casa de Misericór- dia de São Miguel dos Campos	7	R\$ 1.008.000,00
Nº 1.013 – 24/04/2020	Carvalho Beltrão Serviços de Saúde LTDA	15	R\$ 2.160.000,00
Nº 1.235 – 18/05/2020	Hospital Regional de Ara- piraca	10	R\$ 1.440.000,00
Nº 1.469 – 03/06/2020	Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira	Mais 5	R\$ 720.000,00
TOTAL		154	22.176.000,00

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração Própria.

Nota-se que através das Portarias do Ministério da Saúde, até o dia 07 de junho de 2020, Alagoas recebeu do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), o total de R\$ 22.176.000,00.

Desse total, o valor de R\$ 12.528.000,00 foi alocado em seis hospitais privados, contratualizados para ampliar e assegurar a oferta de leitos às/aos usuárias/os do SUS. Em contrapartida, os R\$ 9.648.000,00 restantes foram destinados a três hospitais públicos, para o mesmo fim.

Tais valores demonstram que, não fugindo aos processos de privatização do fundo público da saúde no estado e no país, até o mês de junho, aproximadamente 57% dos recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), destinados a Alagoas via Portaria Ministerial, foram alocados no setor privado, e apenas 43% desses recursos no setor exclusivamente público. O que caracteriza a complementaridade invertida, no que diz respeito a alocação dos referidos recursos.

Destaca-se que esse processo de complementaridade invertida em Alagoas não é novo, estudos apontam⁶⁶ que nos últimos cinco anos, de 2015 a 2019, a média de recursos do SUS aplicados no setor privado via contratualização de procedimentos hospitalares foi de 73%.

E, não obstante dessa realidade, no atual cenário de pandemia, grande parte dos recursos públicos permanecem sendo alocados no setor privado filantrópico da saúde, através das contratualizações de leitos e serviços, em detrimento do setor público, o que faz emergir o debate acerca da unificação da fila de acesso aos leitos de UTI para tratamento da COVID-19, conforme será discutido a seguir.

3. Fila única de leitos para enfrentar a pandemia: o lucro acima da vida

3.1 Panorama dos leitos de UTI no Brasil

No contexto de pandemia, em que ocorre em algumas regiões do país o colapso do sistema de saúde, pesquisadores/as e entidades sociais, que lutam em defesa do SUS, apontam a fila única de acesso aos leitos de UTI como garantia de atendimento igualitário à população e como alternativa de equilíbrio, em meio à crise sanitária.

Na nota técnica *A disponibilidade de leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos planos de saúde diante da epidemia da COVID-19 no Brasil*, publicada em março de 2020, pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro apontam que

na análise de disponibilidade de leitos de UTI constata-se a existência de duas estruturas de provisão na área hospitalar no Brasil: 1) a rede pública

⁶⁶ Estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, coordenado pela professora Dra. Maria Valéria Costa Correia, da Faculdade de Serviço Social, desde 2006.

no âmbito do SUS, composta por prestadores governamentais e privados contratados que atendem basicamente à população sem plano de saúde (SUS dependente); e 2) a rede privada independente da demanda governamental, financiada basicamente pela utilização dos segurados dos planos privados de assistência à saúde (COSTA & LAGO, 2020).

Nesse sentido, em abril de 2020, a Associação de Medicina Intensivista Brasileira (AMIB) desenvolveu um estudo relacionado à proporção de leitos de UTI por habitantes, em todo o território nacional, tendo como parâmetro o índice apontado pela OMS como ideal, que é entre 1-3 leitos de UTI, por 10 mil habitantes. Em linhas gerais, os resultados do referido estudo estão elencados nas imagens a seguir.

Figura 7 – Tabela nacional de proporção Leitos UTI x 10 mil habitantes, em abril de 2020

	GERAL	UTI SUS	UTI NÃO SUS
BRASIL	2,2	1,4	4,9

Fonte: Associação de Medicina Intensivista Brasileira. Elaboração própria.

Segundo a AMIB, em abril de 2020, em linhas gerais, o Brasil dispunha de 2,2 leitos de UTI para 10 mil habitantes, número que o colocava em conformidade com os critérios estabelecidos pela OMS. Todavia, ao analisar a oferta desses leitos de UTI no âmbito do SUS, de acordo com a Figura 7, esta proporção cai para 1,4. E, quando esta mesma oferta foi avaliada na esfera “Não SUS” (ofertada pelos Planos Privados de Saúde), o índice proporcional aumentou para 4,9.

Entre fevereiro e maio houve um aumento em torno de 20% no número de leitos de UTI no Brasil, passando de 46 mil leitos para 55 mil⁶⁷. Entretanto, esse aumento se concentrou na rede privada (33%), que passou de uma proporção de 4,9 leitos por 10 mil habitantes para 6,2 leitos. No SUS o aumento foi de apenas 7%, passando de 1.4 leitos/10.000 habitantes para 1.5 leitos. Observa-se que o referido aumento de leitos de UTI na rede privada, entre fevereiro e maio, período em que a COVID-19 chega ao país e inicia sua propagação, foi de mais de 4 vezes superior ao aumento ocorrido na rede pública.

Levando-se em consideração que a população estimada do Brasil é de 211 milhões de habitantes⁶⁸ e que 47 milhões de pessoas são beneficiárias de algum plano privado de saúde⁶⁹, tem-se que pouco mais de 22% da população brasileira tem acesso a esses planos. Logo, a maioria massiva de 78% é de usuários/as que dependem exclusivamente das disponibilidades do SUS. Constata-se que a desigualdade no acesso a esses serviços é imensa, pois, enquanto

⁶⁷ Dados apresentados pela Diretora Presidente da AMIB, Dra. Suzana Lobo, na 61ª reunião da comissão externa de enfrentamento à COVID-19 no Brasil, promovida pela Deputada Carmem Zanotto, na Câmara dos Deputados, em 16 de julho de 2020.

⁶⁸ Projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2020.

⁶⁹ Número da Associação Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referente ao ano de 2019.

22% da população brasileira dispõe da oferta de 6,2 leitos de UTI por 10 mil habitantes, os outros 78%, que dependem exclusivamente dos leitos do SUS, disputam a oferta de 1,5 leitos de UTI por 10 mil habitantes. Situação que se agrava quando se observa a disparidade regional na disponibilização de leitos, conforme figura que segue.

Figura 8 – Tabela Regional de proporção Leitos UTI x 10mil habitantes

REGIÃO	UTI SUS	UTI NÃO SUS
Norte	0,9	4,8
Nordeste	1,1	5,6
Sul	1,8	3,5
Sudeste	1,8	4,7
Centro-Oeste	1,3	8,2

Fonte: Associação de Medicina Intensivista Brasileira. Elaboração Própria.

No tocante aos leitos de UTI SUS, a região Norte está abaixo dos parâmetros da OMS, por apresentar insuficiência de leitos, com a proporção de 0,9 UTI por 10 mil habitantes; o Nordeste enquadrava-se minimamente no padrão, com a proporção de 1 leito de UTI por 10 mil habitantes; e, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste também alinhavam-se, apresentando proporções de 1,8, 1,8 e 1,3, respectivamente.

Quando evidenciados os leitos de UTI “Não SUS”, os índices proporcionais das regiões chegaram a aumentar em mais de 600%, como foi caso do Centro-Oeste, que apresentou a proporção de 8,2. Por sua vez, as regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste, apresentaram respectivamente as proporções de 4,8, 5,6, 3,5 e 4,7. Ressalta-se que apenas 6% das cidades brasileiras têm leitos de UTI⁷⁰ e esses leitos estão concentrados nas cidades maiores.

Tais índices expõem a desigualdade na distribuição dos leitos de UTI no Brasil e o domínio dos planos privados de saúde na oferta desses leitos. Condições que notoriamente inviabilizam o acesso de milhares de pessoas ao tratamento adequado de saúde, que as Unidades de Terapia Intensiva oferecem. Situação agravada no período da pandemia do Coronavírus, cuja previsão é de que, dos acometidos pela COVID-19, 15% precisem de hospitalização e 5% necessitem de leitos de UTI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2020). Segundo estudos da Confederação Nacional de Municípios (AGÊNCIA CNM DE NOTÍCIAS, 2020), a fila única de leitos para a UTI poderia aumentar em 86% o acesso da população a esses leitos.

Considerando que no enfrentamento da COVID-19 as duas intervenções com maior efetividade, até a imunização coletiva ou a descoberta de tratamento adequado, são o isolamento social e o acesso a cuidados da atenção primária e de serviços especializados para os pacientes graves, e que até maio, como já abordado, a proporção de leitos da rede privada era de 6,2 leitos por 10 mil habitantes e a do SUS era de 1.5 leitos, a vida dos usuário de

⁷⁰ Dados da AMIB, 2020.

planos de saúde parece valer 4 vezes mais que a dos usuários do SUS. Desigualdade de acesso incompatível com o arcabouço legal do SUS e com as legislações em período de emergência de saúde pública internacional, como será abordado no próximo item.

3.2 Aspectos legais da fila única de leitos

Fundamentado no princípio da Supremacia do Interesse Público, o inciso XXV do Art. 5^a da Carta Magna brasileira, de 1988, alinha-se ao instrumento de intervenção estatal juridicamente conhecido como “Requisição Administrativa”⁷¹, ao assegurar que “no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano” (BRASIL, 1988).

A Lei Federal nº13.979, instituída em 06 de fevereiro de 2020, e regulamentada através da Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública internacional decorrente do Coronavírus, também à luz do princípio da supremacia do interesse público, incorporou em seu texto os precedentes legais pertinentes à requisição administrativa, conforme dispõe o inciso VII do Art.3º.

Ante o exposto, considera-se que os precedentes jurídicos que normatizam e regulamentam o uso de bens privados em situações de perigo público iminente já estão assegurados e podem garantir a efetivação dos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade, inerentes ao Sistema Único de Saúde brasileiro, via gerenciamento estatal de todos os leitos de UTI COVID-19 existentes no território. Esse arcabouço jurídico deu sustentação às mobilizações e lutas de pesquisadores/as, entidades da saúde, movimentos sociais e partidos políticos em torno da fila única de leitos como será abordado a seguir.

3.3 Demandas pela fila única de leitos

A proposta de fila única defendida por pesquisadores/as, defensores/as do SUS, associações de saúde, partidos políticos e instâncias nacionais de controle social é para garantir que todas as pessoas contaminadas pelo novo Coronavírus possam ter acesso ao leito de UTI, caso dele necessitem, de acordo com suas condições de saúde, independentemente de o leito ser público ou privado, ou de a pessoa ser ou não beneficiária de plano privado de saúde.

Em 22 de abril/20, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Recomendação Nº 26, recomendou “aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia”.

⁷¹ Aqui, entende-se requisição administrativa como um ato administrativo, passivo de execução imediata que consiste na utilização de bens ou de serviços particulares pela Administração Pública, para atender necessidades coletivas em tempo de guerra ou em caso de perigo público iminente (CARVALHO, 2019).

Alguns países, como a Itália, França, Espanha, Irlanda e Austrália, adotaram a fila única de leitos para atender de forma igualitária as crescentes demandas por leitos decorrentes da COVID-19. Inspirados no movimento que ocorreu na Itália, o “Vidas Iguais”, movimentos sociais e pesquisadores/as lançaram no Brasil a campanha “Leito para Todos + Vidas Iguais”, com a publicação de um Manifesto, em 12 de maio/20.

Depois dessas iniciativas e mobilizações, projetos de leis foram elaborados para responder a essa demanda. São cinco projetos que tramitam na Câmara Federal (BRASIL, 2020), até meados de julho de 2020, quais sejam: o Projeto de Lei 2333/20, apresentado pela bancada do Psol, que estabelece a gestão unificada de todos os leitos hospitalares do País, incluindo unidades militares, filantrópicas e privadas; o Projeto de Lei 1316/20, do deputado Alexandre Padilha (PT-SP) e outros, que também regulamenta a requisição de leitos da rede privada para o SUS durante a pandemia de COVID-19; e o PL 1254/20, do deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP), na mesma direção. Os projetos de lei 2176/20 e 2301/20, respectivamente dos deputados do PCdoB, Orlando Silva (PCdoB-SP) e Daniel Almeida (PCdoB-BA), reduzem a proposta de fila única para pacientes com COVID-19 em estado grave.

3.4 Impasses e perspectivas da fila única: interesses do lucro acima da vida

A partir da recomendação nº 026 do Conselho Nacional de Saúde, já citada, o Ministério da Saúde realizou uma consulta à ANS a respeito da requisição administrativa de leitos hospitalares e dos possíveis impactos no setor de Saúde Suplementar acerca da adoção de uma fila única de leitos. Em resposta à referida solicitação, a ANS emite a Nota Técnica Nº 04/2020, que, de forma geral, afirma que a medida traria prejuízo a segurados e a empresas do setor. Para se contrapor à recomendação do CNS, essa agência recorre a argumentos constitucionais, os quais asseguram o direito à propriedade privada e à saúde como livre à iniciativa privada, apontando que

[...] qualquer ato do Poder Público sobre a rede privada hospitalar deve, portanto, observar o que a própria Lei prevê, devendo-se atentar que um ato de império pode ofender atos jurídicos perfeitamente amoldados às previsões legais, que visam garantir a assistência à saúde dos consumidores de planos de saúde (ANS, 2020).

A agência reguladora pontua, ainda, o possível risco de inadimplência e abandono por parte dos/das beneficiários/as dos planos privados de saúde, “o que poderia acarretar severo desequilíbrio econômico-financeiro de difícil reparação em todo setor de saúde suplementar” (ANS, 2020). A ANS, ao argumentar em defesa dos planos privados e contra a adoção da proposta de fila única, expõe a sua priorização da manutenção dos lucros do setor privado de saúde, em detrimento da defesa da vida e adequada atenção à saúde dos/as brasileiros/as em tempos de pandemia.

O tipo de consulta do MS à essa agência sobre “os possíveis impactos no setor de Saúde Suplementar acerca da adoção de uma fila única de leitos” já caracteriza a preocupação prioritária do Ministério com os possíveis prejuízos financeiros desse setor. O MS tem total autonomia e respaldo legal para implantar a fila única, mas não é do seu interesse, coadunando com a ausência de estratégias nacionais de enfrentamento da pandemia, ao minimizá-la, tentar ocultar dados, não efetivar a aplicação dos recursos disponibilizados e ao negar as evidências científicas e as orientações da OMS.

Considerações finais

Os apontamentos iniciais da relação entre o setor público e privado na oferta dos leitos COVID-19 suscitam o caráter mercantil da saúde frente a conjuntura de crise sanitária provocada pelo novo Coronavírus.

Existe, assim, uma relação de parasitismo⁷² do setor privado da saúde em relação ao setor público, que funciona como hospedeiro, sendo falsa a perspectiva de independência do setor privado que parece depender apenas do livre mercado para obter seu financiamento e lucratividade.

O setor privado da saúde é alimentado pelo sistema público de saúde, através da captura do fundo público, pelo qual recebe 59% dos recursos do SUS para procedimentos hospitalares, um volume de R\$ 9.226.668.578,99, só em 2019, enquanto na rede pública foram alocados R\$ 6.581.309.813,47. Como já caracterizada de complementaridade invertida pela prevalência lógica do interesse privado.

O poder do setor privado na extração do fundo público do Estado na área da saúde, ou seja, do SUS, seu hospedeiro, é perene e se impõe de várias formas. Por exemplo, com as isenções fiscais para quem consome serviços privados de saúde, pessoa física e jurídica — em 2019, o governo deixou de arrecadar mais de R\$ 21 bilhões, recursos que poderiam compor o fundo público da saúde e fortalecer o SUS.

Durante a pandemia do Coronavírus o setor privado nega-se à proposta de fila única, mesmo sendo assegurado que os custos dos leitos seriam bancados pelo SUS, demonstrando que o lucro precede a vida, e essa só tem valor pelo pagamento dos seus clientes.

Entretanto, se a vantagem financeira for garantida, como foi demonstrado, vende-se leitos para o setor público a fim de sustentar sua lucratividade, além de outros serviços de alta complexidade, como hemodiálise⁷³.

⁷² Em recente artigo Parásitos - *La contradicción entre lo público y lo privado en la sanidad*, publicado em 05/05/2020, Ángeles Maestro da Red Roja analisa a dependência do setor privado da Espanha ao setor público, realidade muito perecida com o caso brasileiro (MAESTRO, 2020).

⁷³ De acordo com Carneiro (2015), no ano de 2013 o serviço privado realizou 11.646.300 diálises, enquanto o serviço público realizou 649.081 diálises. Nesse ano, quase o total de diálises, aproximadamente 95%, que foram ofertadas nos serviços privados, foram financiados pelo Fundo Público de Saúde (CARNEIRO, 2015, p. 135).

Na pandemia, a exemplo do que aconteceu em Alagoas, os leitos privados foram vendidos ao setor público para atender aos pacientes de COVID-19, quando até o mês de junho, os recursos oriundos do Ministério da Saúde destinados aos leitos privados (R\$ 12.519.000,00) foram superiores aos alocados nos leitos públicos. Não diferindo da média de alocação de 73% dos recursos destinados aos procedimentos hospitalares entre 2015 e 2019.

Assim, ao garantir o pleno desenvolvimento do setor privado da saúde, especialmente nas áreas mais rentáveis, como a dos procedimentos hospitalares, em detrimento do fortalecimento e ampliação do SUS público e estatal, e ao defender que os lucros das seguradoras privadas de saúde estão acima das vidas da maioria de brasileiros/as, cerca de 164 milhões de pessoas que não são beneficiários/as dos planos privados, com a negação da fila única dos leitos, mesmo que só durante a pandemia e mediante ressarcimento, observa-se que o lucro está acima da vida e que a vida de quem pode pagar pela saúde privada importa mais ao Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CNM DE NOTÍCIAS (Brasil). **Estudo da CNM: fila única para UTI pode aumentar em 86% o acesso a leitos.** 2020. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/estudo-da-cnm-fila-unica-para-uti-pode-aumentar-em-86-o-acesso-a-leitos>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVISTA. **Significativa redução da desigualdade 2020 vs. 2015.** Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/21/pesquisa_AMIB_Marco_2020.pdf. Acesso em: 09 ago. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Nota Técnica nº 4/2020.** Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/COVID_19/Nota_Tecnica_n_4_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf Acesso em: 08 ago. 2020

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e manutenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº13.979, de 06 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019.** Brasília, DF, fev 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735> Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 026 de 22 de abril de 2020. **Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020> Acesso em: 08 ago 2020

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.ph Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19).** Brasília, DF, mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº414, DE 18 DE MARÇO DE 2020.** Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Brasília, DF, mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-414-de-18-de-marco-de-2020-249025222> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 568, DE 26 DE MARÇO DE 2020.** Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Brasília, DF, mar. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020-*-251705696 Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828, DE 17 DE ABRIL DE 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Brasília, DF, abr.

2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.013, DE 24 DE ABRIL DE 2020. Habilita leitos da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado ao Estado e Municípios de Alagoas.** Brasília, DF, abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.013-de-24-de-abril-de-2020-254003220> Acesso em: 09 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.235, DE 18 DE MAIO DE 2020. Habilita leitos da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado ao Estado de Alagoas e Município de Arapiraca.** Brasília, DF, mai. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.235-de-18-de-maio-de-2020-257392525> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.469, DE 3 DE JUNHO DE 2020. Habilita leitos da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 do Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado ao Estado de Alagoas.** Brasília, DF, jun. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.469-de-3-de-junho-de-2020-260082258> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil conta com mais de 9 mil leitos de UTI habilitados para COVID-19.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47164-brasil-conta-com-mais-de-9-mil-leitos-de-uti-habilitados-para-covid-19> Acesso em: 03 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde habilita mais de 11 mil leitos de UTI para COVID-19.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47253-ministerio-da-saude-habilita-mais-de-11-mil-leitos-de-uti-para-covid-19> Acesso em: 09 ago. 2020.

BRASIL. Murilo Souza. Agência Câmara de Notícias/Câmara dos Deputados. **Projetos criam fila única para atender pacientes com COVID-19 em UTIs públicas e privadas.** 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/658677-projetos-criam-fila-unica-para-atender-pacientes-com-covid-19-em-utis-publicas-e-privadas/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Silvia Pacheco. Agência Saúde/Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde habilita mais de 11 mil leitos de UTI para COVID-19**. 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47253-ministerio-da-saude-habilita-mais-de-11-mil-leitos-de-uti-para-covid-19>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

CARNEIRO, Rita de Cássia Amorim. A complementaridade invertida: a privatização progressiva da atenção ao renal crônico em diálise em Alagoas e no Brasil. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. dos (Org.). **Reforma Sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015.

CARVALHO, Raquel. **Requisição administrativa: aspectos básicos do regime jurídico**. 29 de março de 2019. Disponível em: <http://raquelcarvalho.com.br/2019/03/29/requisicao-administrativa-aspectos-basicos-do-regime-juridico/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

COSTA, N R e LAGO, M J. **A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/a92729d3eae11d7fe26e4f4bd9a663c16f13a410.PDF> Acesso em: 08 ago. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Privatização da Saúde na Atualidade**. Anais do XIII ENPESS - Acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão, Vol. 1, **Juiz de Fora**, MG, Brasil, 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. dos (Org.). **Reforma Sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

MAESTRO, Ángeles. **Parásitos: la contradicción entre lo público y lo privado en la sanidad**. La contradicción entre lo público y lo privado en la sanidad. 2020. Disponível em: <https://historica.redroja.net/autores/angeles-maestro/5578-parasitos>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilásio. et al. **Financeirização**. Fundo público e política social. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) Sobre o Novo Coronavírus. Disponível em: <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/03/a592fb12637ba55814f12819914fe6ddbc27760f54c56e3c50f35c1507af5d6f.pdf> Acesso em: 09 ago. 2020.

O capital estatizado? Análise comparada da assim chamada nacionalização da saúde durante a pandemia de 2020

*Aruã Silva de Lima*⁷⁴

Os jornais divulgaram, em meados de março, para desespero contido dos liberais e capitalistas, que a Espanha acabara de nacionalizar os hospitais privados do país. Alguns dias depois a imprensa irlandesa anunciava o mesmo. E, assim, movimentos que historicamente defendiam a estatização dos serviços de saúde, saudaram as medidas. Em diversos países tais movimentos encorajaram a luta pela reversão das privatizações, como nos casos do Chile e Itália; em outros tantos países, que não conhecem serviços de saúde públicos, o movimento foi fortalecido pela necessidade de inaugurar uma nova era, caso dos Estados Unidos, Índia e África do Sul.

Se parece claro que os modelos espanhol e irlandês funcionaram melhor que os modelos privados de saúde pública de outros países, é necessário analisar a natureza da dita estatização. Adianto, à rara e ao raro leitor, capitalistas não deixaram de lucrar com a operação. Conforme um importante aforismo da sociedade burguesa, “não há almoço grátis”.

A dita nacionalização dos hospitais privados na Espanha

Nos dias 14 e 15 de março de 2020, o governo espanhol decretou estado de alarme e tornou público outros dispositivos que subsidiaram a suposta nacionalização dos hospitais privados do país. No dia 20 de março, a *Quirónsalud*, principal operadora de hospitais privados do país e subsidiária da *Fresenius*, gigante alemã do setor privado de cuidados em saúde, tornou público seu entendimento sobre as decisões do governo espanhol. Em resumo, a empresa germânica reconhecia que, face ao estado de alarme, “o governo espanhol obteve temporariamente o direito de **dirigir** todos os hospitais do país” (negrito nosso), medida que, segundo informe, fora adotada por outros países da União Europeia

⁷⁴ Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo (2015), professor da Faculdade de Serviço Social/ Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

(LINK, 2020). Além de concordar com a medida, realçou que tal ato “permite uma gestão centralizada da capacidade (instalada) e, portanto, respostas rápidas às circunstâncias em mudança e uma dedicação total de todo o sistema para combater o Coronavírus”. Por fim, a *Fresenius* alertou que

rumores sobre uma ‘nacionalização’ do sistema hospitalar privado da Espanha estão claramente errados e sem qualquer base. *Quirónsalud* continua a **administrar** seus hospitais, e já está operando os leitos adicionais solicitados pelas autoridades, no esforço conjunto contra a ameaça da COVID-19 em benefício da Espanha e da sociedade em geral. (LINK, 2020)

Saliento nossos grifos para destacar uma aparentemente sutil diferença, no comunicado da *Fresenius*: o governo **dirige** os hospitais privados, mas a empresa ainda **administra**.

O governo espanhol utilizou mecanismos da chamada de economia de guerra para o enfrentamento da pandemia do Coronavírus. Os decretos do mês de março atuaram num amplo espectro de intervenção estatal na economia de mercado. Autorizou, por exemplo, a intervenção e ocupação de “indústrias, fábricas, oficinas, fazendas ou instalações de qualquer tipo, incluindo centros de saúde, serviços e estabelecimentos privados, bem como os que operam no setor farmacêutico” além do confisco de produtos de primeiras necessidades, tais como máscaras, fármacos e produtos químicos. O governo central autorizou às regiões administrativas autônomas a julgar a necessidade ou não de adoção dessas medidas previstas em decreto conforme desenvolvimento da pandemia.

Portanto, o que se depreende não é um procedimento de estatização, como imaginado por uma parte significativa da imprensa internacional (LARDIEZ, 2020; VÉLEZ, 2020). Houve, ao que parece, uma unificação das filas nas regiões de saúde do país e a direção estatal estabeleceu os parâmetros de prioridades. Entretanto, os regimes de trabalho daqueles que estavam nas linhas de frente nos hospitais, as formas de financiamento e, em última análise, a propriedade privada, se mantiveram. Na Espanha, o único conflito identificado — até o momento — por razões de mercado se deu entre a associação de mantenedores de hospitais privados e o grupo de planos privados, já que, com a interrupção de serviços rotineiros e focalização no combate à COVID-19, houve queda na arrecadação dos hospitais. Ainda assim, trata-se, em princípio, de uma questão marginal. De acordo com Carlos Rus, presidente de *La Alianza de la Sanidad Privada Española* (ASPE), associação patronal dos hospitais privados espanhóis, não é o momento de falar em dinheiro, ainda que as instituições privadas não tenham recebido contrapartidas pelos serviços que estão prestando (MUNÁRRIZ, 2020). Segundo Rus, as seguradoras de saúde continuam recebendo mensalidades mas não efetuam o pagamentos dos sinistros. Esse desenrolar possivelmente cairá na conta do estado espanhol, para quem já foi solicitada ajuda aos hospitais privados na forma de isenções fiscais e ajudas diretas. Uma dessas medidas, por exemplo, inclui a isenção de 100% da participação patronal

na contribuição para seguridade social dos trabalhadores das empresas que não adotarem contratos precarizados (ERE e ERTE)⁷⁵. Somente essa medida recomporia a liquidez das empresas, já que se trata de quase 30% da massa salarial dos hospitais privados.

Em abril, a Generalidade da Catalunha chegou a um acordo com associação patronal dos hospitais privados e acordou os ressarcimentos que serão efetivados às empresas. Os hospitais receberão as seguintes quantias por paciente: 1) 43.000 EUR por leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 2) 2.500 EUR por leito sem cuidados intensivos com internação de até 3 (três) dias; 3) 5.000 EUR para estadias mais longas que 3 dias; 4) 93 EUR por teste de PCR. Além disso, as unidades que atendem casos de COVID-19 cobrarão 4% do faturamento de fevereiro para realizar expansão das instalações para atendimentos dos pacientes de COVID-19 (GARCÍA, 2020). Tal acordo tornou-se referência da ASPE para negociar parâmetros com o governo central espanhol.

Criticada por setores conservadores, desde maio há uma pressão massiva no governo de centro-esquerda a respeito da medida de intervenção no mercado. Tal pressão se estrutura em alguns pilares. Primeiramente, como dito, os hospitais privados desejam ressarcimento pelos serviços prestados no combate à COVID-19 e ajuda estatal para cobrir custos operacionais resultantes da queda de cerca 80% no faturamento das empresas. Em segundo lugar, o setor privado também requer uma ajuda específica às clínicas e aos laboratórios pequenos e médios que estão prestes a encerrar atividades dada a ociosidade que a pandemia impôs, fruto do isolamento social e consequente cancelamento de procedimentos não essenciais. Do lado do Estado, governo central e governos autônomos, discute-se de quem seria a responsabilidade por ressarcir a iniciativa privada e, paralelamente, debatem-se os parâmetros de como se daria tal operação financeira. Por fim, no plano do debate ideológico sobre a saúde pública, o Partido Socialista e o PODEMOS iniciam um debate sobre restrições da participação da iniciativa privada na Espanha ao tempo em que liberais e conservadores acusam o governo central de “comunistas” e de excesso de estatismo.

O caso espanhol ainda terá mais desdobramentos, tanto porque não se sabe ao certo o quanto se gastou por paciente de COVID-19 nos hospitais que sofreram intervenção do estado, quanto porque há um debate sobre as medidas de austeridade e privatização que destruíram o sistema ao longo das últimas décadas. No plano imediato, resta claro que não houve apropriação das empresas por parte do Estado; houve, sim, uma intervenção segura, para o grande capital, que, no caso da Catalunha, garantiu margens de lucro suficientes para reprodução sistêmica das empresas e saúde financeira dos hospitais privados para pós-pandemia. Nesse sentido, no caso espanhol — e em outros, como poderemos ver adiante — a estrutura do estado foi utilizada para regular, momentaneamente, a geração de lucro.

⁷⁵ *Expediente de Regulación de Empleo (ERE)* e *Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE)* referem-se a duas formas de contratação em fundamentos jurídicos e sociais precários. A primeira concede direito especial ao patronato de promover demissões e suprimir certos direitos trabalhistas mediante algumas situações específicas da empresa. A segunda também opera no mesmo sentido, autorizando empresas a reduzirem jornadas de trabalho ou a efetuarem demissões.

É difícil calcular o quanto tal procedimento inibiu a criação de novos leitos públicos, mas não é difícil concluir que as razões de estado tiveram que incluir a questão do lucro à defesa intransigente da propriedade privada, mesmo durante a construção do plano de mitigação da maior pandemia em 100 anos.

Inglaterra e Irlanda

Na Irlanda houve uma iniciativa análoga à experiência espanhola. O acordo, aparentemente mais transparente que aquele firmado no país ibérico, prevê que os operadores de hospitais privados serão reembolsados pelos custos operacionais após a pandemia ou após o fim da parceria público-privado. Em finais de março, o acordo previu que os 19 hospitais privados do país seriam administrados pelo poder público, perfazendo, em números, 2.000 leitos, 47 em UTIs, 194 respiradores e 9 laboratórios. (BRAY; CULLEN, 2020) O chefe de governo da Irlanda rejeitou alegações de que se tratava de nacionalização, motivo pelo qual podemos sublinhar que se trata de uma operação de mercado entre Estado e operadores de hospitais privados.

A estimativa de custos para os cofres públicos da Irlanda transitava em torno de 115 milhões de euros para cobrir aproximadamente um mês. A previsão governamental era de gastos em torno de 338 milhões de euros até o fim de junho (WALL; MCGEE, 2020).

O *Health Service Executive*(HSE) tem incentivado a utilização do *NationalTreatmentPurchaseFund* (NTPF) para continuar garantindo a fluidez nos atendimentos e evitar a consolidação de filas na oferta de serviços em saúde. No caso irlandês, portanto, no período pós-pandemia — ou pelo menos entre a primeira e a segunda onda — haverá reforço na transferência de recursos do tesouro público para a iniciativa privada. Embora o governo tenha assegurado que os recursos repassados para a iniciativa privada não devem gerar lucros e, tão somente, cobrir custos operacionais, ainda não está claro como os valores serão auditados e, em última instância, resta a dúvida do porque investidores do setor da saúde como negócio aceitariam uma proposta que inviabilize lucros.

O mesmo procedimento foi adotado pelo *National Health System* (NHS), da Inglaterra. Em março, o governo comprou 8.000 leitos, a valores de 2.4 milhões de libras por dia, em tentativa de se antecipar ao colapso do sistema público de saúde. Em junho, os leitos estavam à disposição do NHS já por 11 semanas. A estimativa de custo ao erário inglês era, àquela altura, de 150 milhões de libras (BOYD, 2020).

Dada a interrupção de atendimentos e procedimentos médicos diversos, mas, em particular, aqueles associados a câncer, o NHS está finalizando um acordo de 5 bilhões de libras por ano com a iniciativa privada. O argumento para o acordo é que o represamento de serviços (cirurgias e exames de alta complexidade, sobretudo) causado pela pandemia trará um fluxo de pacientes maior que a capacidade operacional do NHS, o que culminará num novo colapso do sistema (CAMPBELL, 2020).

Não por acaso, no dia 30 de junho, Boris Johnson, o primeiro ministro britânico do Partido Conservador, veio a público sugerir que os banqueiros mereciam aplausos ao tempo em que tentou descartar possibilidades de taxaço aos mais ricos para cobrir o rombo no orçamento público, causado pelas medidas mitigatórias da retração econômica aprofundada pela pandemia. Se a crise econômica já estava em curso, a pandemia do Coronavírus apressou seus efeitos. Aparentemente, o governo conservador britânico não mudará sua política tributária para recuperar o poder do Estado de dirigir políticas públicas (MERRICK, 2020).

Índia

Com uma população de 1.3 bilhões de pessoas, a Índia não possui um sistema gratuito de saúde pública. A pandemia causada pelo Coronavírus deflagrou, na Índia, desde março, um debate sobre a nacionalização dos hospitais privados para enfrentamento da pandemia. Um advogado de Nova Deli, AmitDwivedi, impetrou duas solicitações à Suprema Corte da Índia. Ambas foram rechaçadas. A primeira solicitava nacionalização da rede de hospitais privados da Índia em todo o país enquanto durasse a pandemia. Aparentemente, o advogado se inspirou no modelo espanhol para realização da proposta. Uma segunda petição solicitou que todos os testes e tratamentos relacionados à COVID-19 fossem ofertados aos indianos de maneira gratuita para todos os cidadãos da Índia (PLEA... 2020).

O país do sul da Ásia se transformou, ao longo da última década, num dos principais centros de turismo médico do mundo, recebendo quase 500.000 pessoas por ano para tratamentos diversos. Os custos mais baratos, aparelhagem moderna, médicos formados, muitas vezes, em Universidades ocidentais e falantes de inglês, tem sido um dos fatores de atração de europeus e norte-americanos à Índia para tratamento médico. Ocorre que, com a proibição de entrada de visitantes de outros países, já em março, restou uma grande capacidade ociosa nos hospitais privados que têm, como principal clientela, estrangeiros que realizam turismo médico. Ainda assim, há rechaço de propostas que vislumbrem a nacionalização das vagas privadas.

O sistema de saúde indiano é estruturado por sobre uma gigantesca desigualdade: 58% dos hospitais são privados. Esses hospitais tem somente 29% de todos os leitos do país, a despeito de concentrar 81% dos médicos. (THAYYIL; JEEJA, 2013) Com o crescimento das contaminações e avanço da pandemia em território indiano, três estados decidiram por intervir temporariamente no sistema privado. Tanto em termos de pessoal como de recursos materiais, os hospitais privados passaram a estar sob direção das unidades estatais em MadhyaPradesh, Chhattisgarh e Rajasthan a partir do final de março. Ainda não está claro como será feita contrapartida aos hospitais privados. A única garantia, por ora, ao mercado é que, no estado de Chhattisgarh os recursos de “apoio” aos hospitais privados virão do “fundo estatal de administração de desastres” (CHAKRAVARTY, 2020).

No dia 9 de julho, o site *The Wire* publicou um artigo de opinião assinado pelo pseudônimo *Asura*. Apresentado como professor/professora de bioquímica numa faculdade de medicina, o texto defende a necessidade de o governo indiano intervir nos hospitais privados.

Três décadas desta política são responsáveis pela crise em que nos encontramos atualmente. Os governos estaduais devem nacionalizar os hospitais privados em vez de cumprir ordens e diretrizes inexequíveis para hospitais privados ou ordens moralmente repugnantes e autodestrutivas como não permitir que outros pacientes estaduais recebam tratamento. Isto significaria que o governo deve cuidar das despesas dos hospitais, inclusive reter o pessoal e pagar-lhes salários (ASURA, 2020).

A Índia encontra-se, atualmente, em curva ascendente, tanto nos números de contaminação do vírus, quanto de óbitos por dia. Na região do sul da Ásia vivem 1.8 bilhões de pessoas. Os índices que medem as desigualdades nessa região são comparáveis às piores do mundo, na África Subsaariana e América Latina. Os desdobramentos das medidas omissivas do governo indiano podem gerar um genocídio pandêmico tal como acontece no Brasil.

África do Sul

O país mais meridional da África apresenta desigualdades similares aos países de capitalismo tardio, tais como Brasil e Índia. Em comum, neste caso, com o país asiático, a África do Sul não possui um sistema público e universal de saúde. Da população sul-africana, 16% por cento possuem planos privados, são majoritariamente brancos e ricos e tem 70% dos médicos do país à disposição, enquanto o restante, 84% da população, tem 30% dos médicos nos hospitais e ambulatórios públicos. Dentre os hospitais públicos, apenas 5, dos 696, estão em conformidade com os parâmetros nacionais de controle de infecções e disponibilidade de fármacos (LAUERMAN; KEW, 2020).

Para o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, o sistema de saúde da África do Sul tem tido inúmeras dificuldades. No dia 10 de julho, o país já tinha 250.000 infectados, pela contagem da Universidade Johns Hopkins. As notícias indicavam que tanto o sistema público como o privado estavam colapsando, principalmente pela ausência de profissionais, que estavam ausentes da linha de frente devido à COVID-19. A posição oficial do governo da África do Sul foi encaminhar três iniciativas: 1) contratação de leitos em hospitais privados; 2) convocar profissionais de enfermagem que estavam em licença capacitação e recontratar aquelas/es que tenham se aposentado; 3) repatriar profissionais de saúde sul-africanos que estejam trabalhando no exterior e contratar mais médicos cubanos para o país (CORONAVIRUS... 2020).

Como pano de fundo do colapso catalisado pela COVID-19 está um debate em torno da criação de um sistema universal de saúde no país. O Congresso Nacional Africano (ANC), partido que governa a África do Sul há mais de 25 anos, deflagrou no ano passado um programa para implementação efetiva do Seguro Saúde Nacional (NHI) baseado num conceito redistributivo (COHEN, 2020). A proposta, entretanto, caminha na trilha das práticas europeias e de outros países que adotaram sistema universal público no livre-mercado: um sistema amplo e público acompanhado de serviços suplementares da iniciativa privada. O sinal de tranquilidade para o mercado já dado: não será um sistema baseado em dívida e empréstimos, como é o caso americano. Desde então, porém, o andamento legislativo para consolidar a obrigatoriedade de disponibilidade orçamentária e todo aparato legal não caminhou politicamente.

Para fins de enfrentamento à pandemia, a população sul-africana continuará a mercê de um sistema brutalmente desigual e concentrado. Altamente financeirizado, o mercado de serviços em saúde na África do Sul é também fortemente internacionalizado: os dois maiores grupos (*Netcare* e *Life Healthcare*) que controlam hospitais privados atuam tanto na África do Sul como em outros países, tais como Índia e Inglaterra. (MBATHA, 2020)

Dada a ausência de espaço e também a dificuldade de produzir informações confiáveis sobre o momento atual, em linhas gerais, o continente africano tinha estruturas mais ou menos consolidadas de saúde pública no norte saariano. Países como a Tunísia, Egito, Marrocos e Líbia são exemplos de uma organização mínima que foi dilacerada pelos conflitos insuflados por potência ocidentais no início do século XXI. As guerras de independência e anticoloniais, desde o fim da segunda guerra até os anos 90, nas regiões subsaarianas, deixaram o legado de nações recém fundadas, saldos de guerra volumosos e dívidas externas impagáveis. Sistemas de saúde fragmentados são consequências diretas do imperialismo. Ainda assim, a complexidade da região é tamanha que seria necessário mais espaço para caracterizar os desafios de cada nação face à pandemia.

Na América Latina, do México ao Chile há problemas de natureza estrutural no enfrentamento da pandemia. A questão fundamental é a extrema desigualdade que dificulta a obediência às medidas de isolamento social e quarentena por parte da população, por um lado, e por outro, a obscena concentração de riquezas que dilacera qualquer possibilidade de estados nacionais minimamente autônomos das coações de grupos dirigentes que pressionam por retorno à normalidade, independentemente do saldo de mortos. Se as pessoas não são providas pelo Estado com serviços de assistência nem de direitos universais tais que garantam renda, mesmo que temporariamente; se, ainda, às pessoas não são fornecidas condições de moradia, serviços essenciais (água, saneamento básico e espaço público para lazer), não é possível esperar que haja uma disciplina tal que mantenha a população isolada. Nesse caso, assim como em tantos outros, a extrema desigualdade é parte dos aliados da COVID-19.

Considerações finais

A pandemia do novo Coronavírus colocou contra a parede a estrutura de poder que sustenta a dominação global do Ocidente branco capitalista. As sublevações contidas ao longo dos últimos anos, em particular nos centros do capitalismo global, podem ter novo impulso. São as necessidades imediatas que fazem, por vezes, emergir a fúria do ressentimento forjado por séculos de opressão; seja ela colonial, religiosa, racial, de gênero e/ou de classe. Muitas vezes imiscuídas umas com as outras, tais formas de opressão deixam marcas históricas nos povos. Os primeiros objetos dessa fúria são, necessariamente, os símbolos representativos das elites locais, motivo pelo qual não será estranho assistir-se, nos próximos anos, sublevações na África do Sul, Índia, Brasil, Estados Unidos e Europa.

As políticas de austeridade, promovidas em todos os cantos do mundo, têm impacto na vida real das pessoas, em aspectos da vida que a humanidade já tinha superado, ao menos em grande parte, e, quando não, já possui conhecimento sobre como superar. Os casos da saúde e educação públicas são exemplos fundamentais. Me restrinjo à saúde, por questão de espaço, eis como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25º, prevê:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.⁷⁶

Os mesmos organismos multilaterais estruturados durante o período pós-Segunda Guerra Mundial, como parte do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), ofertaram ao mundo uma agenda, ainda na década de 1980, cujos resultados os países assistem agora. O Consenso de Washington transformou em mercadoria serviços essenciais, dentre eles saúde. Daí que a forma como serviços públicos essenciais são ofertados aos cidadãos não mais obedece ao critério do interesse público; no lugar deste, critérios de mercado. A noção de bem-estar foi substituída por aquilo que é economicamente sustentável, sustentada por motivos que, forjadas no dia a dia da luta de classes, hoje parecem adequadas e normais à maior parte das pessoas, num claro exercício de construção de hegemonia, de uma nova razão.

A despeito disso tudo, alguns desses organismos multilaterais identificam pontos de asfixia do capitalismo contemporâneo. As saídas políticas estão na mesa. Nesse momento, é fundamental que os países mais ricos reestabeleçam a ordem mundial, dessa vez, estruturada no perdão irrestrito das dívidas dos países do chamado terceiro mundo (ou capitalismo tardio). Ironicamente, tal medida garantirá, ao menos temporariamente, a sobrevivência do

⁷⁶ <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acessado em: 09 ago. 2020.

próprio sistema de dominação atual tal como ele existe. Caso não haja uma medida análoga, restará aos subalternizados lutar por sobrevivência. O Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e outros organismos já têm feito orientações no sentido da excessiva concentração de capitais. Parecem estar sugerindo uma saída para evitar a barbárie ou uma transformação radical. Seria sábio, já que, como aconselha Sun-Tzu: “Deixa uma saída a um inimigo acochado; caso contrário, ele lutará até a morte” (SUN-TZU, 2000).

REFERÊNCIAS

ASURA. **We Need to Consider Nationalising Private Hospitals if We Are to Avert a Total Disaster**. 2020. Disponível em: <https://thewire.in/health/we-need-to-consider-nationalising-private-hospitals-if-we-are-to-avert-a-total-disaster>. Acesso em: 09 ago. 2020.

BARRY, John M. **The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications**. Journal of Translational Medicine, 2004, 2:3.

BOYD, Connor. **Private hospitals commandeered for Britain's COVID-19 crisis at a cost of £150 million are STILL empty - despite huge backlog of NHS patients needing routine surgery and vital cancer treatment**. 2020. Disponível em: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8387187/Private-hospitals-commandeered-Britains-COVID-19-crisis-empty.html>. Acesso em: 09 ago. 2020.

BRAY, Jennifer e CULLEN, Paul. **Coronavirus: Eight further deaths from COVID-19 reported, 295 new cases detected**. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/coronavirus-eight-further-deaths-from-COVID-19-reported-295-new-cases-detected-1.4215991>. Acesso em: 09 ago. 2020.

CAMPBELL, Denis. **NHS This article is more than 1 month old NHS deal with private hospitals must be renewed, say surgeons**. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2020/jun/24/nhs-deal-with-private-hospitals-must-be-renewed-say-surgeons>. Acesso em: 09 ago. 2020.

CHAKRAVARTY, Ipsita. **Coronavirus: Three states take over private hospitals. What does the fine print say?** 2020. Disponível em: <https://scroll.in/article/957556/coronavirus-three-states-take-over-private-hospitals-what-does-the-fine-print-say>. Acesso em: 09 ago. 2020.

COHEN, Michael. **How South Africa Plans to Fix an Ailing Health System**. 2020. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-08-14/how-south-africa-plans-to-fix-an-ailing-health-system-quicktake>. Acesso em: 09 ago. 2020.

CORONAVIRUS pandemic threatens to engulf South Africa's hospitals. 2020. Pretoria (Bloomberg). Disponível em: <https://www.straitstimes.com/world/africa/coronavirus-pandemic-threatens-to-engulf-south-africas-hospitals>. Acesso em: 09 ago. 2020.

Universal Declaration of Human Rights. United Nations. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 09 ago. 2020.

GARCÍA, Jesús. **El Govern pactó con la sanidad privada las compensaciones por la crisis de la COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://elpais.com/espana/catalunya/2020-04-20/el-govern-pacto-con-la-sanidad-privada-las-compensaciones-por-la-crisis-de-la-COVID-19.html>. Acesso em: 09 ago. 2020.

LARDIEZ, Adrián. **Coronavirus: ¿Puede el Gobierno nacionalizar los hospitales privados?** 2020. Disponível em: https://www.elplural.com/politica/coronavirus-puede-gobierno-nacionalizar-hospitales-privados_235139102. Acesso em: 09 ago. 2020.

LAUERMAN, John; KEW, Janice. **Universal Health Care, the South African Way.** 2020. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-01-22/south-african-wants-to-nationalize-health-care-by-2026>. Acesso em: 09 ago. 2020.

LIGHT, Donald W. **Universal Health Care: Lessons From the British Experience.** American Journal of Public Health. January 2003, Vol 93, No. 1.

LINK, Matthias. **Fresenius Helios makes significant contribution to combating COVID-19 crisis in Spain.** 2020. Disponível em: <https://www.fresenius.com/8174>. Acesso em: 09 ago. 2020.

MBATHA, Amogelang. **South Africa Pledges Affordable Health Plan, Won't Add to Debt.** Disponível em: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-08-29/south-africa-says-health-plan-is-affordable-won-t-add-to-debt>. Acesso em: 09 ago. 2020.

MERRICK, Rob. **Coronavirus: Boris Johnson says we must also 'clap for bankers who make our NHS possible'**: prime minister appears to rule out tax hikes on rich to pay for the economic crash sparked by coronavirus. Prime minister appears to rule out tax hikes on rich to pay for the economic crash sparked by coronavirus. 2020. Disponível em: <https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/boris-johnson-nhs-clap-bankers-coronavirus-a9593266.html>. Acesso em: 09 ago. 2020.

MUNÁRRIZ, Ángel. **Tensiones en la sanidad privada: los hospitales reclaman al Gobierno que haga pagar también a las aseguradoras.** 2020. Disponível em: https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/04/07/los_hospitales_privados_reclaman_gobierno_que_evite_enriquecimiento_las_aseguradoras_gracias_pandemia_105668_1012.html. Acesso em: 09 ago. 2020.

PLEA in SC to nationalise all healthcare facilities in country till COVID-19 is contained. 2020. Disponível em: <https://www.nationalheraldindia.com/india/plea-in-sc-to-nationalise-all-healthcare-facilities-in-country-till-COVID-19-is-contained>. Acesso em: 09 ago. 2020.

SCHELLEKENS, Philip e SOURROUILLE, Diego. “COVID-19 Mortality in Rich and Poor Countries A Tale of Two Pandemics?” **Policy Research Working Paper 9260**. Maio, 2020.

SUN-TZU. **A Arte da Guerra**. São Paulo: LP&M, 2000.

THAYYIL, Jayakrishnan; JEEJA, Mathummal Cherumanalil (2013). “Issues of creating a new cadre of doctors for rural India”. **International Journal of Medicine and Public Health**. Vol. **3**, Issue 1, Jan-Mar 2013: 8. doi:10.4103/2230-8598.109305.

WALL, Martin; MCGEE, Harry. **Private hospitals ‘takeover’ by State will not be extended past June.** 2020. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/private-hospitals-takeover-by-state-will-not-be-extended-past-june-1.4265777>. Acesso em: 09 ago. 2020.

Este livro foi selecionado pelo Edital nº 01/2020 da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), de um total de 44 obras escritas por professores/as vinculados/as em Programas de Pós-Graduação da Ufal, com colaboração de outros/as pesquisadores/as de instituições de ensino superior (autoria, coautoria e coletânea), sob a coordenação da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal). O objetivo é divulgar conteúdos digitais – e-books – relacionados à pandemia da Covid-19, problematizando seus impactos e desdobramentos. As obras de conteúdos originais são resultados de pesquisa, estudos, planos de ação, planos de contingência, diagnósticos, prognósticos, mapeamentos, soluções tecnológicas, defesa da vida, novas interfaces didáticas e pedagógicas, tomada de decisão por parte dos agentes públicos, saúde psíquica, bem-estar, cultura, arte, alternativas terapêuticas para o enfrentamento da Covid-19, dentre outros, abordando aspectos relacionados às diferentes formas de acesso à saúde e à proteção social, entre grupos mais vulneráveis da sociedade.

ISBN 978-65-5624-029-9

