



Padilha – Ciro Saurius, Monotipia

PANDEMIA-SINDEMIA COVID19: SISTEMAS NACIONAIS UNIVERSAIS PÚBLICOS DE SAÚDE OU BARBÁRIE

Covid19 pandemic-sindemia: national universal public health systems or barbaries

Alexandre **Padilha**¹ (Universidade Nove de Julho/São Paulo, Faculdade São Leopoldo Mandic/Campinas, Brasil)

Florentino **Leônidas**² (Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil)

RESUMO: *Este ensaio de opinião apresenta uma reflexão de como a doença causada pelo vírus SARS-COV-2 a COVID-19 não se resume a apenas uma pandemia, mas uma Pansindemia, ou seja, uma situação caracterizada não exclusivamente pela doença respiratória da COVID-19, mas também por outras afecções que são resultados das interações biológicas e sociais que contribuem para piorar o estado de saúde das populações e geram impactos para além dos sanitários e a centralidade de fortalecermos Sistemas Universais Públicos de Saúde. É discutido neste artigo, como as sociedades capitalistas têm influenciado através da agenda neoliberal a desconstrução de políticas públicas, principalmente no setor saúde, o que reduziu a capacidade dos Estados nacionais em responder de modo efetivo a esta Pansindemia. No Brasil, a agenda implantada desde 2016, acarretou na redução do financiamento do SUS, na precarização do trabalho e na redução por parte da classe trabalhadora do seu direito à saúde. Ademais, a agenda internacional de organizações multilaterais tem construído alternativas modestas e tímidas diante do direito à saúde. Recuperamos, na crítica de Marx e na produção teórica por ele inspirada na saúde, de que como o modo de organização da produção e reprodução capitalistas impactam na saúde e de que como, historicamente, a luta da classe trabalhadora foi decisiva para garantir o direito a saúde no marco dos estados que emergem dessas sociedades. Desta forma apontamos para a necessidade que das tensões sociais e de classe que emergem no contexto desta Pansindemia possam reafirmar a importância e prioridade de um novo ciclo de lutas das classes trabalhadoras e populares sustentada no direito universal a saúde e na construção de sistemas públicos universais, e que só assim poderemos superar os riscos e danos da atual Pansindemia.*

¹ Médico, doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas, docente da Universidade Nove de Julho / São Paulo e da Faculdade São Leopoldo Mandic / Campinas, ex-Ministro da Saúde do Brasil 2011-2014

<https://orcid.org/0000-0002-1934-5450>; padilha.alexandre@gmail.com

² Sanitarista, especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e em Gestão Pública pelo Insper, mestrando em Políticas Públicas de Saúde pela Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0692-7443>; juniorleonidas@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: pandemia; COVID-19; sindemia; Sistemas Universais de Saúde; direito à saúde.

ABSTRACT: This article presents a reflection of how the disease caused by the SARS-COV-2 virus to COVID-19 is not just a pandemic, but a pansyndrome, that is, a situation characterized not only by the respiratory disease of COVID-19, but also by other conditions that are the result of biological and social interactions that contribute to worsening the health status of populations and generate impacts beyond the sanitary and particularly about the necessity of strengthening Universal Public Health Systems. It is discussed in this article, how capitalists societies have influenced, through the neoliberal agenda, the deconstruction of public policies, mainly in the health sector, which has reduced the capacity of national states to respond effectively to this Pansyndrome. In Brazil, the agenda implemented since 2016 has resulted in a reduction in SUS funding, in precarious work and in the reduction by the working class of their right to health. Furthermore, the international agenda of multilateral organizations has been building modest and timid alternatives to the right to health. We recover, in Marx's critique and in the health theoretical production inspired by Marx, that how the capitalist production and reproduction mode impacts health and that, historically, the struggle of the working class was decisive in guaranteeing the right to health within the framework of the states that emerge from these societies. Thus, we point to the need that the social and class tensions that emerge in the context of this Pansyndrome can reaffirm the importance and priority of a new cycle of struggles of the working and popular classes based on the universal right to health and in the construction of universal public systems, and that only in this way can we overcome the risks and damages of the current Pansyndrome.

KEYWORDS: pandemic; COVID-19; sindemia; Universal Health Systems; right to health.

Introdução:

Um vírus de transmissão respiratória, SARS COV 2, ronda o mundo. A doença denominada COVID19 e seus impactos sanitários, econômicos, sociais, culturais e políticos ocupam o nosso cotidiano, as dúvidas, angústias, esperanças e prospecções futuras dos seres humanos.

O conceito Sindemia caracteriza a coexistência de dois grupos de doenças neste fenômeno, a doença respiratória COVID19 e as doenças crônicas não transmissíveis que, junto com o envelhecimento, são fatores de risco para gravidade e morte (Horton, 2020). As Sindemias são caracterizadas por interações biológicas e sociais, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou piorar seus resultados de saúde e geram impactos para além do sanitário, ganhou notoriedade na última pandemia do século XX, HIV/AIDS, que até hoje assola o mundo (Novotny, 2017).

Particularmente em sociedades capitalistas extremamente desiguais, como o Brasil e América Latina, mas não apenas nessas, a Sindemia expressa e aprofunda as marcas das desigualdades sociais, econômicas e regionais, além de gerar impactos para outras dimensões da saúde, da economia, da política, das instituições e das cidades em que vivemos.

Somos provocados a refletir sobre todas essas dimensões de um fenômeno histórico, com todas as limitações de fazê-lo durante o momento que o vivemos intensamente.

O convite para essa reflexão na Revista Mouro é também um sinal de como a Pansindemia COVID19, como passaremos a tratá-la neste ensaio, provoca uma necessária reflexão sobre o Direito a Saúde e como garanti-lo nas nossas sociedades atuais. Não à toa, o título brinca com a frase de Rosa Luxemburgo, no Pamphlet Junius “Socialismo ou barbárie”.

A Pansindemia COVID19 já é a quarta declaração de emergência global em saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nas duas primeiras décadas do Século XXI. Comparando, em todo o século XX, temos em 21 anos o mesmo número de emergências globais declaradas e que indica que outras virão, em menor espaço de tempo, se não aprendermos com o que vivemos desde 2020.

Um dos aprendizados é de como o modo de produção capitalista e a organização das sociedades contemporâneas impactam no acesso, na vigilância e prevenção a situações e atividades de risco à saúde e no provimento de insumos, produtos, equipamentos e serviços com esta relacionados.

Além disso em um mundo cada vez mais interconectado, integrado fisicamente e polarizado a partir de centros econômicos dinâmicos, onde se concentra a produção e reprodução da riqueza, é necessária e imprescindível uma reflexão sobre quais os mecanismos de cooperação e governança da saúde global, incluindo-se aí os processos de desenvolvimento, produção, distribuição, oferta e acesso aos produtos de saúde.

Na visão destes autores, ou reafirmamos a saúde como direito, como fruto de um conjunto de políticas econômicas, sociais, culturais e a consolidação de Sistemas Nacionais Públicos Universais como política pública para garanti-lo ou repetir-se-ão as catástrofes similares a Pansindemia da COVID19.

Como recordaremos neste ensaio, o papel das lutas dos trabalhadores nas sociedades, mas também dos sistemas globais de governança da saúde global que apoiem e estimulem a sua conquista e implementação, serão decisivos.

O SUS e a COVID19:

No Brasil, a importância de um Sistema Nacional Público de Saúde (SUS) nunca foi tão percebida como na Pansindemia COVID19 (IBOPE, 2000). O que aconteceria no nosso país, sem a existência do SUS, é reiteradamente afirmada, principalmente diante da capilaridade no atendimento, a cobertura para os cerca de 50 milhões de trabalhadores sem carteira assinada e suas famílias, a regulação da oferta de produtos que ampliam sua demanda coletiva e o conjunto das ações de vigilância em saúde. O SUS provocou a reorganização da gestão de estruturas de governança nacional que antes eram separadas. Se estivéssemos no modelo pré-SUS, hoje, o provimento de atendimento, testes, serviços de urgência, ambulâncias e hospitais estaria subordinada ao Ministério da Economia, como toda a Previdência Social. Por outro lado, as ações de controle e prevenção de doenças estariam ligadas ao Ministério da Saúde, sob coordenação de estruturas federais que se apresentavam de maneira vertical para o controle de doenças. Todas sob condução exclusivamente federal.

A luta pelo direito a saúde no Brasil e o surgimento do SUS constitui três movimentos importantes. O primeiro, a ampliação do acesso às ações de prevenção, cuidado e reabilitação em saúde, atingindo o patamar onde 78% da população dependem exclusivamente do SUS. O segundo, o surgimento do que caracterizamos com uma cidadania política, a partir da luta cotidiana pelo direito a saúde, com a eclosão de novos atores políticos e sociais, movimentos, organizações, formas de ação comunitária em territórios vulneráveis, redes de pressão institucional, inclusive jurídica. O terceiro e último denominamos de tensão paradigmática: não bastava levar o acesso à saúde para quem não tinha, é necessário produzir outra forma de cuidar da saúde (Campos, 2005). Com esta tensão, surgem novos arranjos das equipes de saúde, uma visão para além do binômio médico-hospital, desconstruindo concepções de saúde e adoecimento. O exemplo mais intenso para a realidade histórica brasileira foi à desconstrução da abordagem da saúde mental pré-SUS. Outro bom exemplo, foi à constituição de uma ampla rede de 48 mil serviços com equipes multiprofissionais da atenção básica, a partir dos variados territórios do país, que teve seu ápice com o Programa Mais Médico para o Brasil.

Contraditoriamente, a resistência desta rede produzida por estes três movimentos integrados reduziu a barbárie da Pansindemia da COVID19, ao mesmo tempo, a sua não potencialização é uma das tônicas da trágica resposta brasileira a COVID19 (Lima et al, 2020).

A COVID 19 chega no momento mais frágil da história do SUS:

O Brasil enfrenta um desafio único no mundo: garantir o direito a saúde para um país com mais de 100 milhões de habitantes. Em comparação, o Reino Unido, cujo NHS (National Health Service) inspirou o SUS, hoje tem uma população menor que 70 milhões. No Canadá, esse número não chega a 40 milhões. Esta ousadia Constitucional

encontrava-se no seu momento mais frágil, já no período pré-Pansindemia COVID19, diante de um subfinanciamento crônico, a Emenda Constitucional 95 (2016) retirou R\$ 22,48 bilhões entre 2018 e 2020 e inviabilizou qualquer sustentabilidade no médio prazo do Sistema (Moretti, Funcia e Ocké, 2020).

O desenvolvimento do SUS é um histórico de progressos, crises e resiliência. Apesar da expansão da cobertura universal a saúde, sobretudo no período 2003 a 2014, problemas estruturais persistiram no SUS, incluindo lacunas na organização e governança de uma complexa federação trina, baixo financiamento público e alocação de recursos. Consequentemente, prevalecem grandes disparidades regionais no acesso a serviços e resultados de saúde, afetando de modo negativo as regiões mais pobres e grupos socioeconômicos mais desfavorecidos da população (Massuda et al, 2018). Esses problemas e disparidades estruturais se agravam com as medidas de austeridade introduzidas pelo atual governo e revertendo conquistas históricas do SUS. Além da retração fiscal, a crise política, econômica, institucional e social aprofunda fragilidades da governança deste sistema (Padilha et al, 2019).

Dados oficiais de 2019 mostram que, pela primeira vez no século 21, a meta vacinal entre as crianças não havia sido atingida (CNN, 2020) e houve uma redução significativa na proporção de famílias que receberam visitas domiciliares mensais de pelo menos um membro das equipes de saúde da família, caindo de 50% em 2013 para 37% em 2019 (IBGE, 2020). Antes mesmo da Sinpandemia COVID19, já se observava a necessidade de aumentar a resiliência do sistema de saúde para neutralizar choques externos (como crises econômicas e políticas) e choques internos (como políticas de austeridade específicas do setor e rápido envelhecimento, levando ao aumento da carga de doenças) para proteger o progresso alcançado (Massuda et al, 2018).

Para além destes desafios, o Brasil tem outra complexidade que é a convivência, prevista na Constituição, com uma rede suplementar privada. Esta rede suplementar envolve cerca de 22% da população brasileira, com um crescimento e concentração da sua rede lucrativa, subsidiada pelo estado, através de um conjunto de renúncias fiscais, que beneficiam empresários e segmentos da classe trabalhadora. Esta relação público-privado tem expressão direta na Pansindemia COVID19, de um lado a inexpressiva participação do setor privado nas ações de vigilância, prevenção e promoção, no diagnóstico e testagem. Segundo dados oficiais em 2020, 93% dos exames de Covid19 no Brasil foram realizados pelo SUS segundo o Ministério da Saúde. De outro, a desigualdade no acesso a leitos de UTI, onde a população que tem acesso a determinados planos de saúde acaba sendo privilegiada. Esta desigualdade é acentuada com medidas como a não requisição para o SUS dos leitos privados, durante o enfrentamento da COVID 19, diferente de outros países que tomaram iniciativas semelhantes como a Espanha e Itália.

Nunca foi tão brutal a ameaça à saúde como valor solidário, direito de cidadania e dever do Estado, e ao SUS, em particular, como projeto de Estado a partir dos governos que emergem do golpe parlamentar-jurídico-militar-midiático de 2016 e da eleição presidencial de 2018, afirma um manifesto histórico assinado por seis ex-ministros da Saúde (Chioro et al, 2021). Para além das restrições constitucionais diretas ao financiamento e de uma declaração explícita de abandono ao objetivo constitucional da defesa de um Sistema de Saúde Público e Universal, há a desconstrução de um

conjunto de políticas de grande impacto na saúde. Aponta este documento que são elas: os retrocessos nas normas de segurança nos ambientes de trabalho e legislação referente a acidentes de trabalho e doenças profissionais; propostas referentes à legislação do trânsito que impactam na morbimortalidade por acidentes envolvendo veículos automotores (velocidade nas estradas, normas e regras para condução, “cadeirinha das crianças”, número de pontos para ter a carteira cassada); os ataques ao Estatuto da Criança e do Adolescente; as restrições ao amplo acesso à educação e informação e a fragilização das políticas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos; as reiteradas ameaças ao estatuto do desarmamento; o aumento dos benefícios fiscais para a indústria de refrigerantes, indo na contramão do que se faz em todo o mundo; o ataque à educação pública e a ameaça à ciência nacional com o drástico contingenciamento do orçamento setorial; a liberação sem critério de agrotóxicos e pesticidas e as ameaças à saúde, ao meio ambiente e à sustentabilidade; a nova política de drogas, que possibilita a internação involuntária de usuários, prioriza as comunidades terapêuticas e a abstinência como objetiva do tratamento da dependência, ao invés das políticas voltadas ao tratamento de saúde de usuários, focadas na redução de danos; a proposta do Ministério da Justiça para redução do preço do cigarro que fragilizará a exitosa política de prevenção e controle do tabaco; os riscos da fragilização da regulação do setor privado na saúde; as iniciativas do mercado com a intenção de flexibilização de regras de cobertura, da introdução de planos populares e de reajustes dos planos de saúde.

Este SUS, sob ataque, deveria ser uma fortaleza para enfrentar a pandemia da COVID19 (Croda et al, 2020). Para Massuda (2021), o SUS teve como alguns pontos fortes durante a Pandemia da COVID 19: a resposta aos esforços iniciais do Ministério da Saúde para comunicar a população sobre os riscos da pandemia e sobre distanciamento físico; a ampliação de mais de 13 mil leitos hospitalares em 2020 e a participação amplamente majoritária na rede de testagem. Além dos pontos citados por Massuda (2021), destaca-se o papel das instituições públicas do SUS, como o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz, no desenvolvimento de parcerias para vacinas. Os mesmos autores citados anteriormente, apontam como fragilidades do Sistema: a precária oferta, proteção e treinamento dos profissionais; a insuficiência de dados e informações, o baixo grau de informatização da rede assistencial, além da limitação na oferta assistencial e sua desigualdade entre as regiões do país.

Apesar disso, a resiliência do SUS contrasta com um conjunto de outros países, nos quais a existência de Sistemas de Saúde está baseada no seguro-social público, onde o acesso do indivíduo ou família está condicionado à inserção no mercado de trabalho, ao status social e ao nível de renda. Esta era a experiência do Brasil pré-SUS e ainda se encontra presente na maioria dos países latino-americanos. Nestes países ancorados na lógica do seguro social, as pessoas que são trabalhadoras formais têm o acesso à saúde vinculado à sua inserção no mercado de trabalho. Muitas vezes isso atinge 50% da população e a outra metade só tem acesso a serviços básicos, que não dão conta da maior parte dos problemas de saúde da população.

A situação ainda é mais grave nos sistemas fortemente privados, em que o acesso das pessoas está atrelado à capacidade de pagamento, seja de plano ou seguro de saúde ou de forma direta. Além de profundamente geradores de desigualdades, no momento de uma epidemia como essa, sistemas como estes terão capacidade de resposta mais limitada, como verificado nos Estados Unidos. Uma dessas características

é a incapacidade de coordenar o atendimento, mesmo quando o indivíduo tem acesso. Vide a incapacidade de coordenar ações básicas de saúde pública, como campanhas de vacinação (CNN, 2021).

Tais modos de organização dos sistemas de saúde nos países e sua fragilização também são decorrentes da ofensiva neoliberal sobre a organização das políticas públicas e os direitos garantidos pelos Estados contemporâneos, em especial a seguridade social e a saúde. Esta é uma das maiores contradições com as quais o SUS teve que conviver, ao longo de toda a sua existência, pois inspirado nos modelos de Sistemas Universais de Saúde dos “Estados de Bem Estar Social” Europeus, o SUS surge historicamente, no Brasil, no período histórico de ataques a estes sistemas pelo neoliberalismo na Europa (Fleury, 1994) e a um conjunto de reformas da saúde e seguridade social na América Latina (Laurel, 2015). Chama atenção, além das coalizões políticas sociais e econômicas, no âmbito dos países em torno da disputa sobre o papel do Estado e das políticas públicas sociais, também instituições multilaterais como o Banco Mundial e a própria Organização Mundial de Saúde - OMS (Laurel e Lima, 2017). Na prática, este movimento minimiza a atuação do Estado nas políticas sociais (Silva, 2013), propõe um esvaziamento da dimensão do coletivo a favor da responsabilidade individual, transferindo para o indivíduo e para o mercado a responsabilidade pelo cuidado em saúde. Para alguns autores, constituindo em uma tecnologia de governo que interage com o ideário social “do empresário de si mesmo” (Peter e Rose, 2017).

Nos últimos anos este movimento acirra o debate em fóruns internacionais multilaterais, inclusive no âmbito da OMS, sobre a polarização entre sistemas nacionais públicos universais ou cobertura universal de saúde como compromisso para os países. Importante entendermos os conteúdos desta polarização. De um lado, a ideia força dos sistemas públicos universais, construídos ao longo do século XX, enquanto compromissos dos países em que o provimento de prevenção, promoção, cuidado e reabilitação devam ser objeto de uma política pública conduzida pelos Estados nacionais, compreendendo o direito a saúde como universal e integração de um sistema público que coordene e regule todas estas. Do outro, o conceito de cobertura universal em saúde, que passou a ser assumido pela própria Organização Mundial de Saúde a partir da segunda década do século XXI, que compreende que o objetivo de um país seja garantir acesso ao atendimento e práticas de prevenção em saúde a todos os seus cidadãos a um custo que seja absorvido pelo mesmo, inclusive em situações de ampliação emergencial da demanda (Giovanella, 2018).

A concepção de cobertura universal tem sido difundida por organizações internacionais e incorporada às reformas dos sistemas de saúde de alguns países em desenvolvimento, inclusive na América Latina. Listando algumas delas como o Banco Mundial (World Bank, 2017) e a Organização Mundial de Saúde (OMS 2010; OMS, 2013) e incorporada em resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015). O Brasil, em 2019, primeiro ano do governo Bolsonaro, mudou sua posição histórica de defensor dos Sistemas Universais Públicos de Saúde e passou defender a tese da cobertura universal nos Fóruns Internacionais.

O núcleo desta disputa é a renovação dinâmica do capitalismo e sua agenda neoliberal. De um lado, compreende as políticas de saúde como um gasto excessivo dos

Estados a ser contido na sua expansão de investimentos públicos, abocanhando o orçamento público para o financiamento do segmento rentista. Ao mesmo tempo, enxerga a saúde como campo fértil para a produção e reprodução do próprio capitalismo, compreendendo-o em oportunidade de geração de mercadorias e lucro, sobretudo a gestão e empreendimento de serviços de saúde, tecnologias de infraestrutura de saúde envolvidas e os produtos demandados (Iriart C, 2017). Acrescenta-se a este movimento a participação de fundos de investimento e grandes redes privadas internacionais de gestão de serviços sobretudo a partir da realidade dos EUA.

Os limites do conceito de cobertura universal em oposição a sistemas universais também estão explícitos na comparação da efetividade dos dois modelos, onde vários estudos revelam que os sistemas universais custam menos e tem indicadores de saúde superiores (Giovanella, 2018). Além disso, a própria Pansindemia COVID19 revela que os desafios quanto à comunicação e educação em saúde pública, vigilância de riscos; controle de endemias, regulação de ofertas de leitos; desenvolvimento e produção de vacinas; regulação de insumos e produtos, são melhores executados em sistemas públicos universais e não apenas no atendimento individual coberto por serviços públicos ou privados (Fachini, 2020). Mais uma vez, na opinião destes autores, a tragédia humana em que se configura a COVID19, não apenas reafirma a centralidade do direito à saúde, mas a necessidade de sistemas universais públicos para operacionalizá-lo.

A fragilidade dos mecanismos de governança global na saúde e a Pansindemia COVID19:

No século XXI, uma série de encontros e resoluções da OMS e ONU buscaram construir compromissos globais, como trazido por Buss (2020). Tais compromissos para fragilizar o compromisso da defesa de Sistemas Universais de Saúde ampliam as dificuldades do enfrentamento a pandemias e desafios da saúde em todo o planeta, e acontecem em um mundo cada vez mais impactado pelos desafios globais da saúde e pelo próprio esvaziamento dos sistemas universais.

Em 2007, a OMS aprovou um novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Entre 2009 e 2020, seis emergências de saúde pública de interesse internacional foram declaradas: 2009 – pandemia de H1N1; 2014 – disseminação internacional de poliovírus; 2014 – surto de ebola na África Ocidental; 2016 – vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas; 2018 – surto de ebola na República Democrática do Congo e a atual pandemia da COVID-19.

Em quatro ocasiões a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) tratou de temas da saúde. Em maio de 2001, para tratar da questão HIV/Aids. Em 2010, examinou a questão da prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de que são exemplo as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e as neoplasias. Ainda em 2010, na 65ª AGNU foi adotada a resolução intitulada Global health and foreign policy (A/RES/65/95) (Unga, 2011), que afirma que ameaças à saúde podem comprometer a estabilidade e a segurança, trazendo a saúde para a centralidade nas estratégias de desenvolvimento. Esta resolução reafirma o direito dos países a utilizar as disposições do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Agreement on Trade-Related Aspects of

Intellectual Property Rights) -TRIPS e a Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública, de modo a promover o acesso universal a medicamentos. A quarta vez em que a AGNU tratou de um tema de saúde foi por causa do surgimento do vírus ebola, 2014, criando uma missão para conter e combater o surto de Ebola na África Ocidental (A/RES/69/1) (Unga, 2014).

Nenhum destes esforços conseguiu antever ou reduzir significativamente os danos da Pandemia COVID 19. Isso revela as fragilidades dos mecanismos multilaterais de governança da saúde global em intervir nos determinantes econômicos e sociais das crises sanitárias, na desconcentração do acesso a insumos, produtos e tecnologias em saúde e em promover mecanismos ágeis e amplos de cooperação e governança de respostas a crises sanitárias.

A declaração da pandemia da COVID-19 desencadeou uma série de resoluções e esforços destes mesmos mecanismos, como também os sistematizou Buss (2020). Em março 2020, é lançado um chamamento para uma resposta multilateral coordenada de grande escala, capaz de arrecadar 10% do PIB mundial (UN, 2020a). É estabelecido o fundo com o objetivo de auxiliar países de renda baixa e média (UN, 2020b), complementando planos estabelecidos pela OMS (WHO, 2020a). É a maior concentração de esforços no âmbito da ONU para parar uma pandemia e reiniciar a economia. A 74ª sessão da AGNU adotou duas resoluções específicas sobre o assunto (Unga,2020a). Entretanto, apesar de reconhecer que os mais pobres serão os mais afetados, particularmente no que tange aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da agenda 2030, não se atacou adequadamente a questão do acesso a produtos, medicamentos e vacinas (Buss,2020). No âmbito dos organismos multilaterais, o diretor-geral da Organização Mundial de Propriedade Intelectual (Wompi) afirmou que o maior desafio não é o acesso a vacinas, tratamentos ou curas, mas a ausência de produtos aprovados.

A questão de mecanismos ágeis de licença compulsória, quebrando o monopólio de quem detém patentes de medicamentos e vacinas, fica para adoção particular para cada realidade nacional, o que é absolutamente insuficiente para o contexto de uma pandemia que mata e paralisa a economia mundial. Os números de março de 2021 no que dizem sobre a vacinação, reforçam tal entendimento e são particularmente impressionantes ao mostrar que 76% das doses vacinais do mundo estão concentradas em 10 países.

As resoluções da Assembleia Mundial de Saúde da OMS são mais assertivas na afirmação dos mecanismos de flexibilidade do Acordo TRIPS. Como recupera Buss (2020) esta resolução defende: remoção urgente e injustificada de obstáculos ao acesso; um apelo às organizações internacionais para que utilizem repositórios voluntários de licenciamento de patentes e dirige-se ao diretor-geral da OMS, para que identifique e apresente opções, consistentes com TRIPS, que visem garantir o acesso a medicamentos, vacinas e equipamentos médicos. Entretanto, também não avançam para um mecanismo mais ágil em função do contexto pandêmico, como provocado por Índia e África do Sul no âmbito da Organização Mundial do Comércio - OMC, de suspensão temporária enquanto durar a emergência em saúde pública das legislações internacionais de proteção as patentes em relação a produtos e tecnologias relacionados ao enfrentamento a COVID19.

No âmbito regional do continente americano, destacam-se recomendações da OPAS, em um documento sobre a promoção da equidade em saúde, igualdade de gênero e étnica, e direitos humanos, nas respostas da COVID-19 (OPAS, 2020a, WHO, 2020b; PAHO, 2020b), com orientações aos trabalhadores de saúde (WHO, 2020c). Chama atenção para total ausência de mecanismos de cooperação regional anteriormente utilizados para situações de saúde na América do sul, como a UNASUL ou mesmo o Mercosul ou cooperações bilaterais entre agências reguladoras da região.

A fragilidade das capacidades nacionais de produção em saúde:

Sem dúvida uma das questões chaves na resposta a Pansindemia é o aumento das capacidades nacionais de produção de insumos, produtos, medicamentos, tecnologia e serviços de saúde. Há três cenários possíveis, na opinião dos autores. Primeiro manteremos a forma conflitiva atual, polarizada pelo poder de transacionais e as regras de propriedade intelectual. O segundo, se caracteriza pela polarização a partir das transacionais ser mediada por uma disputa caracterizada hoje, pelo “nacionalismo”, primeiro dos insumos e equipamentos, depois dos produtos e atualmente das vacinas, onde o poder de compra e regulação de nações e seus orçamentos públicos têm sido decisivos. O terceiro, seria a emergência de exercício de cooperação internacional, pelo menos entre algumas nações, projetamos este papel para a UNASUL e os BRICS, tão utilizados na ação externa brasileira durante os governos LULA e Dilma, fortalecendo as capacidades nacionais mútuas de produção e ampliando acesso dos povos aos produtos e tecnologias em saúde.

O conceito do CEIS (Complexo Econômico Industrial de Serviços da Saúde) foi desenvolvido no início dos anos 2000, para captar a relação indissociável entre saúde e desenvolvimento, considerando-se a saúde e o sistema de produção e de inovação como indissociável de um padrão de desenvolvimento e não apenas como um fator acessório (Gadelha, 2020). Este conceito ousou produzir uma política nacional no âmbito do Brasil, iniciada em 2009 e ampliada em 2011, no primeiro governo Dilma, combinando ações que integravam o uso do poder de compra do mercado público do SUS, da construção de parcerias entre laboratórios públicos nacionais e empresas privadas nacionais ou internacionais detentoras de tecnologia a ser transferida, crédito e subvenção de projetos estratégicos de transferência de tecnológica e medidas regulatórias. Todas coordenadas pelo governo federal, envolvendo Ministério da Saúde, área econômica e política externa, no âmbito de um ciclo histórico de desenvolvimento de ampliação do poder de compra do SUS, expansão das políticas sociais, educação, ciência e tecnologia e redução das desigualdades sociais e regionais (Gadelha, 2018).

Esta política, interrompida ao final do governo Dilma, revelou bons caminhos, mas no seu pouco tempo de execução também se mostrou insuficiente para reverter a baixa capacidade nacional de garantir soberania em produtos de saúde, principalmente em momentos como o do cenário devastador com a Pansindemia da COVID19. Entretanto, seus frutos foram decisivos para que duas instituições do SUS pudessem ser produtoras de vacinas nesse cenário, Butantan e Fiocruz.

A superação da pandemia e a recuperação econômica do Brasil passam necessariamente pela recuperação de um projeto estratégico para o CEIS que, no Brasil, responde por 9% do PIB, por pelo menos 15 milhões de empregos diretos e indiretos e

por 30% da pesquisa brasileira (Gadelha, 2020). Os direitos sociais e o direito à vida são parte essencial da solução, constituindo uma alavanca para a superação estrutural da crise.

O modo de produção capitalista e a saúde, a origem de tudo:

Os impasses do fortalecimento do direito a saúde não estão desgarrados dos impasses de superação do atual modelo hegemônico das sociedades capitalistas. Recuperar, rapidamente, como este tema foi abordado em análises críticas das sociedades capitalistas e como evoluiu na história contribui para termos dimensão do que está em jogo no contexto atual.

O tema da saúde aparece desde os estudos de Engels e Marx sobre a realidade dos trabalhadores. Marx (1988a) aponta como as condições objetivas para o processo de acumulação de capital são garantidas pelo impulso a produtividade e a exploração, e consequente pauperização dos trabalhadores, comprometendo a reprodução social e levando a degradação da sua saúde. O mesmo Marx aponta a contradição no fato de que a maquinaria, que poderia reduzir a intensificação do ritmo de trabalho e proporcionar menor desgaste físico e psíquico para o trabalhador, sob o modo de produção capitalista, provoca o oposto, pela lógica da maximização dos lucros, produção de mais mercadorias em um período igual ou menor, afetando a saúde dos trabalhadores (MARX, 1988b).

Na maioria das fábricas de algodão, de worsted e de seda, um exaustivo estado de tensão, necessário para o trabalho junto à maquinaria, cujo movimento foi acelerado tão extraordinariamente nos últimos anos, parece ser uma das causas da excessiva mortalidade por doenças pulmonares, que o Dr. Greenhow comprovou em seu admirável relatório mais recente (REPORTS OF INSP. OF FACT, 1861, p. 25-26 apud MARX, 1988b, p. 37, grifos no original).

Os dados de expectativa de vida dos trabalhadores também são apontados por Marx:

Trabalhar até a morte está na ordem do dia, não apenas na oficina das modistas, mas em milhares de outros lugares, na verdade em cada lugar onde o negócio floresce. [...]. Permita-nos tomar o exemplo do ferreiro. [...] Em Marylebone (um dos maiores bairros de Londres) ‘os ferreiros morrem na proporção de 31 por 1000 anualmente, ou 11 acima da média de mortalidade dos homens adultos na Inglaterra. A ocupação, uma arte quase instintiva da humanidade, em si e para si irrepreensível, torna-se, em virtude do excesso de trabalho, destruidora do homem. (RICHARDSON, 1863 apud MARX, 1988a, p. 196)

Tais condições também são apontados por Engels (2008) em seus estudos observacionais, mencionando o impacto dos processos de trabalho nas condições físicas destes trabalhadores.

O trabalho excessivo provoca também outras deformações,

principalmente os pés chatos [...]. Quando uma alimentação melhorada, uma constituição física mais robusta e outros fatores preservam os jovens desses defeitos mais bárbaros da exploração a que estão sujeitos, o que se constata, no mínimo, são dores constantes nas costas, quadris, pernas, tornozelos inchados, ulcerações nas coxas e na panturrilha (ENGELS, 2008, p. 191).

Aproximando-se de uma produção que influenciou fortemente o movimento sanitário brasileiro, salientamos a importância das correntes da medicina social latino-americana. Autores como Laurell e Noriega (1986) enfrentam uma possível dicotomia entre o papel do modo de produção e processo de trabalho ou a reprodução social e uma vida precarizada em relação aos impactos a saúde das populações no contexto das sociedades capitalistas. Esses autores introduzem seu conceito de “nexo biopsíquico humano”, também denominado nexos biopsicossocial, articulando o padrão de desgaste do trabalhador (ocorrido no processo de trabalho) com as suas condições de reprodução social. Afirmam:

A combinação especial entre os processos de desgaste e de reprodução origina o nexos biopsíquico humano, historicamente específico. Nesta concepção, não há uma separação entre o social e o biopsíquico, que logo se unem por um vínculo de mediação externo, pois o processo de trabalho é ao mesmo tempo social e biopsíquico (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 36).

Não ficar preso a esta dicotomia, entre inserção no modo de produção e reprodução da vida social, na opinião destes autores, é especialmente importante para análise do contexto de sociedades profundamente desiguais, como a realidade latino-americana. Nossas sociedades, como afirma Souza, relegaram historicamente uma parcela importante das suas populações a exclusão social absoluta, ao trabalho intermitente, a novas formas de trabalho extremamente precarizados e ao desenvolvimento daquilo definido como *habitus precarius* nestas sociedades (Souza, 2006).

Além da produção teórica da medicina social latino-americana, outra oriunda da experiência histórica da luta das classes trabalhadoras na Itália influenciou fortemente as lutas pela saúde no contexto brasileiro. Para Berlinguer (1988), esta compreensão e esta luta, tem não apenas importância para a transformação da saúde, dos trabalhadores e da vida em geral, mas também, do processo histórico-social:

Para que a saúde se sobreponha à doença, 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. 3).

As lutas do movimento operário italiano também foram um marco histórico

quanto ao estabelecimento dessa associação entre as demandas específicas dos trabalhadores que impactavam direta ou indiretamente na sua saúde, como carga horária, processo de trabalho, riscos e agravos a saúde e a demanda geral anticapitalista. Como demonstra Berlinguer (1983), a partir da problematização do adoecimento no trabalho, os próprios trabalhadores italianos começaram a entender que o modo de produção capitalista se constituía uma ameaça às suas vidas, dentro e fora das fábricas, o que demandava lutas nos locais de trabalho, mas também em todos os outros espaços sociais.

A conquista dos direitos sociais e o Estado:

Segundo Bussinger (1997) as primeiras concepções sobre os direitos surgiram da obra de filósofos como Hobbes, Locke e Rousseau, que identificavam na natureza humana a existência de direitos inatos ao homem. Para Hobbes, o direito à vida, seu conceito de contrato social que na prática garante as liberdades individuais. Para Locke, o direito à propriedade era compreendida como um bem natural e inalienável do homem e a necessidade da autoridade de um juiz comum. E Rousseau amplia o conceito de direito natural, defendendo a liberdade, a igualdade e o bem-estar de todos, através de uma comunidade política, nascida do contrato social, onde o povo seria o soberano. É com base nesta concepção de indivíduo, de liberdade e de igualdade formais que se desenvolve o Estado Liberal Burguês. A classe burguesa emerge ao poder como uma “suposta” classe defensora dos interesses universais.

Marx (1975) realiza uma crítica contundente aos direitos humanos nos marcos desta sociedade que emerge com o capitalismo. Os considera produto dos ideais liberais burgueses. Apesar de um caráter universal representam interesses da classe burguesa. Nesta crítica, Marx baseia-se nas Declarações americana e francesa, afirmando que os direitos do indivíduo eram os direitos do homem burguês, “do homem egoísta, do homem separado do homem e da comunidade”, (MARX, 1975:30).

Em “Marxismo e direitos humanos”, István Mészáros (2008) afirma que a crítica central de Marx reside na “contradição fundamental entre os ‘direitos do homem’ e a realidade da sociedade capitalista”, inscrita na estrutura social capitalista. Para este autor, a sua crítica não era voltada contra os direitos humanos, mas voltada contra a noção de que, na base de todos os direitos humanos, estaria o direito à propriedade privada.

As lutas operárias e populares dos séculos XIX e XX foram construindo novos contornos a esses direitos. A Constituição Mexicana, em 1917 é a primeira a introduzir os direitos sociais. Em 1918, veio a Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado, fruto da Revolução Soviética. Para Trindade (2013) “a Declaração russa de 1918 não só reconhecia direitos civis, políticos e sociais aos trabalhadores e trabalhadoras, como os tornava donos do país”. Várias outras declarações, como a Declaração de Weimar, na Alemanha, em 1919 também incorporaram os direitos sociais em seu texto, numa tentativa de equilibrar os conflitos sociais com as concessões aos trabalhadores.

Para Coutinho (1997) o Estado, sem deixar de ser capitalista, se viu obrigado, pela pressão das lutas dos trabalhadores a superar o que caracteriza como o Estado

restrito (COUTINHO, 1997), não sendo mais o representante exclusivo das classes dominantes, caracterizando a modernidade pela tendência à universalização da cidadania. Para Marshall (1967), entretanto, a conquista dos direitos sociais pouco alterou as relações entre as classes sociais, uma vez que não eliminou a desigualdade.

Após a segunda Guerra Mundial, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948 fundou uma concepção contemporânea dos direitos humanos, configurando suas várias dimensões. Este Estado, duramente infiltrado e ampliado a partir da luta dos trabalhadores, constituiu políticas sociais, como fruto da luta de classes e pela necessidade de manutenção de certa estabilidade e de expansão e equilíbrio econômico da ordem capitalista.

Já apontamos, neste artigo, o quanto as políticas sociais, em especial no mundo contemporâneo, constituem-se também em oportunidades de expansão econômica e reprodução do capitalismo, agregando a obtenção da mais valia no seu próprio campo de execução portanto, a análise da política social deve levar em conta dois determinantes que a condicionam: tanto a dinâmica da luta de classes, quanto a participação do Estado no processo de acumulação de capital.

Ao mesmo tempo, para Netto (2001) esta evolução histórica não equivale a verificá-la como uma “decorrência natural” do Estado burguês. Não à toa, fazendo um grande giro histórico cronológico, já observamos que no final do século XX e início do século XXI houve um retrocesso intenso quanto a essas políticas sociais e conquistas dos trabalhadores, que eram dadas como consolidadas nos Estados das economias ricas do capitalismo. Outro aspecto é o fato do surgimento das políticas sociais não terem ocorrido da mesma forma em todos os países, dependendo do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado e a constituição de sociedades que excluem totalmente parcela significativa da população (Souza, 2017).

Conclusões:

A Pansindemia da COVID19 escancara o quanto a dinâmica atual das sociedades capitalistas produziu desigualdades, destruiu pilares importantes em várias sociedades do direito à saúde e coloca em risco a segurança sanitária do mundo e, em última instância, a vida.

Tal dinâmica opera no desmonte ou nos obstáculos para a construção dos Sistemas Nacionais Universais de Saúde. De um lado, por considerar o campo como fértil para os constrangimentos fiscais do orçamento público, reservando parcelas cada vez maiores para a acumulação do capital, via o sistema rentista. Ao mesmo tempo, aproveita um largo, dinâmico e inovador espectro para produção de mercadorias e lucro, aproveitando-se dos orçamentos públicos, subsídios estatais e orçamento das famílias.

Contraditoriamente, a Pansindemia COVID19 revelou o esgotamento da agenda de enxugamento do papel do Estado, mesmo nas economias mais dinâmicas do neoliberalismo. Neste sentido de forma mais intensa do que a crise que assolou o sistema financeiro dos EUA e Europa de 2008. Também escancara a fragilidade da hegemonia dos EUA na geopolítica mundial, a necessidade de mecanismos multilaterais de governança global na saúde, de maior cooperação entre os países para o

fortalecimento das cadeias produtivas e das capacidades nacionais.

Tais instabilidades abrem espaço para a disputa contra-hegemônica, a partir da luta dos trabalhadores em uma agenda ampliada de recuperação de direitos, frente a expropriação particularmente pelos novos mecanismos do mercado de trabalho. A precarização na vida no mundo do trabalho e fora dele urge, mais uma vez, a combinação da luta contra os impactos na saúde no seio dos processos de produção e no território da reprodução na vida social. Ampliando esta luta com uma agenda de desenvolvimento movida na redução de desigualdades, sustentabilidade ambiental e nova reorganização geopolítica mundial.

Mais uma vez é do fruto destas tensões que emergirá o que pode ser o futuro. Reafirmamos aqui nossas convicções de que só a afirmação do direito universal a saúde e a sua operacionalização por sistemas públicos universais de saúde e suas capacidades reguladoras sobre riscos e agravos, vigilância e cuidado, desenvolvimento e acesso a tecnologias de saúde poderá evitar ou reduzir os danos da perpetuação dos impactos sanitários da COVID19 atual. Assim como o direito a saúde e o SUS no Brasil emergiram de uma combinação de lutas populares e sindicais, diagnósticos técnicos com a academia, alianças com agentes da redemocratização, da descentralização da estrutura federativa e de atores econômicos interessados no mercado público que emergiria com a criação do SUS, só a capacidade de explorarmos um conjunto de contradições expostas pelo cenário atual pode produzir um novo ciclo necessário de reforma sanitária no Brasil. Não basta defender o SUS existente. É necessário construir um novo SUS, a partir de um novo movimento em defesa do direito a saúde liderado pelos atores sociais que emergem da Pansíndemia da COVID19.

Referências Bibliográficas:

BERLINGUER, G. Uma reforma para saúde. In: BERLINGUER, G.; FLEURY-TEIXEIRA, S. M.; CAMPOS, G. W. S. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. Tradução Tânia Pellegrini. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas. Tradução Hanna A. Rothschild; José Rubem A. Bonfim. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília: DOU, 15/12/2016.

BUSS, Paulo M.; ALCAZAR, Santiago; GALVAO, LA. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estudos Avançados*. v. 34, n. 99, São Paulo, agosto de 2020. p. 45-64. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200045&lng=en&nrm=iso.

BUSSINGER, Vanda. Fundamentos dos direitos humanos. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 53. São Paulo: Cortez, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em

defesa da vida? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, agosto de 2005. p. 398-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/sciaelo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 04 de abril de 2021.

CHIORO, A. et al. Três dimensões para entender nossa tragédia. *The International Journal of health planning and management* [online], janeiro de 2021.

CNN BRASIL. *Pela primeira vez, Brasil não bate meta de vacinação em 2019 e 2020 preocupa*. Brasília, outubro de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/10/26/pela-primeira-vez-brasil-nao-bate-meta-de-vacinacao-e-2020-preocupa>

CNN BRASIL. *Trump não deixou plano de distribuição de vacinas para Biden, dizem fontes*. Janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2021/01/21/trump-nao-deixou-plano-de-distribuicao-de-vacinas-para-biden-dizem-fontes>.

COUTINHO, C. N. *Notas sobre cidadania e modernidade*. In: Praia Vermelha. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

CRODA, J. et al. Covid19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, abril de 2020.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Tradução B. A. Schumann. Ed. José Paulo Netto. São Paulo: Boitempo, 2008.

FACCHINI, L. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS EM REVISTA*, 2(1), 3-10. Belo Horizonte, abril de 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.73>

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

GADELHA, C. SUS e Complexo Industrial da Saúde. *Nexo Jornal* [online]. 11 de maio de 2020. <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-hoje>

GADELHA, C.; TEMPORÃO, J. G. Development, innovation and health: The theoretical and political perspective of the health economic-industrial complex. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2018. 23(6):1891-1902.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal:

desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro, junho de 2018. p. 1763-1776.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020, Londres, Setembro de 2020. Sep 26;396(10255):874.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):1005-1016. SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde debate*. 2009; 81(33):13-26.

IBOPE INTELIGÊNCIA. *Índice de Confiança Social 2020*. Rio de Janeiro, novembro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde*. Brasília, setembro de 2020.

LAURELL, A. C. Neoliberalism in Health Care in Mexico - the mexican popular health insurance: myths and realities. *International Journal of Health Services*. Janeiro de 2015. 45(1):105-125.

LAURELL, A.C.; LIMA, L. D. Entrevista. Crisis y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abril de 2017. 33(S2):1-7.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA COSTA, M. et al. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa Elsi Covid19. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020. e00193920.

LIMA, Humberto Sérgio Costa et al. SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019. 24(10), 3713-3716. Epub September 26, 2019.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro primeiro, Tomo I. Tradução Regis Barbosa; Flávio R. Kothe. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988a.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro primeiro, Tomo II.

Tradução Regis Barbosa; Flávio R. Kothe. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988b.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. *Para a questão judaica*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

MARSHALL, Thomas Humphrey. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MASSUDA, A. et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cadernos EBAPE.BR*, São Paulo, mar. 2021.

MASSUDA A et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, Londres, julho de 2018; 3(4): e000829.

MÉSZÁROS, István. *Marxismo e direitos humanos*. In: *Filosofia, Ideologia e Ciência Social*. Trad. Ester Vaisman. São Paulo: Boitempo, 2008.

MILLER, P. Rose, N. Governando o presente: gerenciamento da vida econômica, social e pessoal. São Paulo: Paulus, 2012.

MORETTI, B. Funcia, F. OCKÉ, C. O teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS. *Le Monde Diplomatique Brasil* [online], São Paulo, julho de 2020.

Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/>

NETTO, J. P. As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. In: *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora, 3ª edição ampliada, 2001.

NOVOTNY, Thomas et al. HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 15, Rio de Janeiro, Jul. 2015. e00124215. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/208/hivaidstuberculose-etabagismo-no-brasil-uma-sindemia-que-exige-intervencoes-integradas>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal*. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal*. Ginebra, 2013.

ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS (ONU). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Resolución 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. New York, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde e OPAS iniciam campanha para promover a saúde mental no contexto da Covid-19. OPAS, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-4-2020-ministerio-da-saude-e-opas-iniciam-campanha-para-promover-saude-mental-no>. Acesso em: 7 jun. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Covid-19 situation in the region of the Americas. Paho, 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>. Acesso em: 7 jun. 2020.

PADILHA, A. et. al. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [periódico na internet], Rio de Janeiro, outubro de 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/crise-no-brasil-e-impactos-na-fragil-governanca-regional-e-federativa-da-politica-de-saude/17384?id=17384>

Promoting health equity, gender and ethnic equality, and human rights in Covid-19 responses: key considerations. Paho, 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/promoting-health-equity-gender-and-ethnic-equality-and-human-rights-covid-19-responses>. Acesso em: 7 jun. 2020.

SOUZA GAMA, A. de et al (org). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

SOUZA, J. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya; 2017

SOUZA, J. *A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.

SOUZA, J. A gramática social da desigualdade brasileira. In: Souza, Jessé (org.)

A invisibilidade da desigualdade brasileira. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

TRINDADE, José Damião de L. Os direitos humanos: para além do capital. In: FORTI, Valéria; BRITES, Cristina Maria (orgs). *Direitos Humanos e Serviço Social: Polêmicas, debates e embates*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (Unga). Resolution A/RES/65/95. Global health and foreign policy. UNGA, 2011. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/64/265> . Acesso em: 02 mar 2021.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (Unga). Resolution A/RES/69/1. Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa. UNGA, 2014. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/69/1> . Acesso em: 02 mar. 2021.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (Unga). Resolution A/RES/74/270. Global solidarity to fight the coronavirus disease 2019 (Covid-19). UNGA, 2020a. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/65/95>. Acesso em: 02 mar. 2021.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (Unga). A/RES/74/274. International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face Covid-19. UNGA, 2020b. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/74/270> . Acesso em: 02 mar. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS (Unocha). Global Humanitarian Response Plan Covid-19. Geneva: Unocha, 2020a. Disponível em: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf> . Acesso em: 7 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Covid-19 strategy update. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19 Acesso em: 02 mar 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health & Covid-19. WHO, 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19> Acesso em: 7 jun. 2020. ESTUDOS AVANÇADOS 34 (99), 2020 63

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidance for health workers.

WHO, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications> . Acesso em: 02 mar 2021.

WORLD BANK. World Bank Group and Covid-19 (coronavirus). Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/who-we-are/news/coronavirus-covid19>

Acesso em: 02 mar 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), World Bank (WB). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. New York: WHO, WB; 2017.