

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos

Globalização, desigualdades e COVID-19:
uma análise do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento da pandemia

Rio de Janeiro

2021

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos

Globalização, desigualdades e COVID-19:
uma análise do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento da pandemia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Vercesi de Albuquerque.

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Antunes Dantas de Oliveira.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Globalization, inequalities and COVID-19: an analysis of the Brazilian health system in response to the pandemic.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq) – Chamada GM/GD, processo 131424/2019-0.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237g Santos, Priscilla Paiva Gê Vilella dos.
Globalização, desigualdades e COVID-19: uma análise do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento da pandemia / Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos. -- 2021.
83 f.

Orientadora: Mariana Vercesi de Albuquerque.
Coorientador: Ricardo Antunes Dantas de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Disparidades nos Níveis de Saúde. 2. Sistemas de Saúde.
3. Atenção à Saúde. 4. Emergências. 5. COVID-19. 6. Fatores Socioeconômicos. 7. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos

Globalização, desigualdades e COVID-19:
uma análise do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento da pandemia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Fabíola Lana Iozzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira
Universidade do Estado da Bahia

Prof.^a Dr.^a Adelyne Maria Mendes Pereira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Ricardo Antunes de Oliveira Dantas (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof.^a Dr.^a Mariana Vercesi de Albuquerque (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Carlos Henrique (*in memoriam*) e à todas as vítimas acometidas por essa crise humanitária.

Àquelas/es que idealizam uma outra globalização...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cristina e Alexandre, meu eterno porto seguro.

À minha família, que me transmite, com amor, as coisas mais importantes dessa vida.

À Fiocruz, à ENSP e ao PPG-SP, pela oportunidade de fazer ciência nessa casa. Um carinho especial pelas(os) docentes e pesquisadoras(es): Tatiana Wargas, quem me abriu as portas da Escola em 2018, Adelyne Pereira, Margareth Portela, Isabela Soares, Ligia Giovanella, Gustavo Matta e Roberta Gondim. Agradeço também às equipes do SECA e da secretaria do DAPS, sempre atenciosas e disponíveis.

Ao pessoal do movimento estudantil da ENSP e da Fiocruz-Rio, em especial Bruna, Rafael, Beth, Raphael, Laurenice, Denis, Diorlene, Rodrigo C. e Richarlls. Um prazer ter dividido e compartilhado questionamentos, pressões, conquistas e alegrias com vocês num momento tão delicado e com um corpo discente tão heterogêneo. A aposta no coletivo sempre vale a pena!

Às(aos) amigas(os) e colegas que fiz ao longo do percurso, a turma do metrado 2019-2021 e, principalmente, a turma da área de PPGCS pelos debates e discussões calorosas. Nancy, Paula, Patrícia, César, Caio, Mariana, Thiago e Fabius, obrigada por tornarem a caminhada mais divertida!

À equipe do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do IPUB/UFRJ, Pedro Gabriel Delgado, Leandro Pacheco e nossas(os) alunas(os) extensionistas e residentes, pela parceria de trabalho em paralelo à esta pesquisa. Estendo este agradecimento à Frente Estamira de CAPS!

Às(aos) amigas(os) que a vida tem me apresentado ao longo dos anos: Bianca B., Bianca R., Anabelle, Guilherme, Felipe, Catarina, Clara, Nanda, Bianca M., Maria Teresa, Leca, Cynthia, Marina, Lucas A. e Rodrigo A. Obrigada pelos momentos de descanso, alegria e inspiração.

Ao Lucas V., pelo amor, companheirismo e paciência.

Estendo à Tiana, Ettiene e Rodrigo B. pelo enorme carinho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de estudos concedida durante o período da pesquisa.

À Luciana Dias de Lima e à Juliana Pires Machado, pelas considerações na banca de qualificação. À Fabíola Iozzi, Ana Paula Chancharulo e, novamente, Adelyne Pereira, pelas contribuições na banca da defesa.

Ao coorientador, Ricardo Antunes Dantas de Oliveira, pela parceria e disponibilidade nos momentos que precisei.

À querida orientadora, Mariana Vercesi de Albuquerque, pela credibilidade, carinho e liberdade.

O cidadão também vale pelo lugar em que habita.
(SANTOS, M. – O espaço do cidadão, 1987)

RESUMO

No atual período histórico da globalização, as interconexões e interdependências facilitam a propagação de doenças, em especial as infectocontagiosas. Em um curto período de tempo, a COVID-19 se disseminou pelo mundo inteiro tornando-se a mais devastadora crise de saúde pública global do último século, que tem resultado em importantes repercussões econômicas, políticas e sociais, além das preocupações quanto à capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde. No Brasil, diversos estudos analisaram esta questão a partir da distribuição da oferta de serviços e recursos de saúde, públicos e privados, para atender os casos de SARS-CoV-2. Este estudo teve como objetivo analisar as desigualdades da oferta de recursos hospitalares do sistema de saúde brasileiro, para atendimento de pacientes graves acometidos pela COVID-19. Considera-se que as desigualdades em saúde não apenas foram intensificadas neste contexto de pandemia, mas se ampliaram, tornando ainda mais desafiador o enfrentamento da pandemia no país. Realizou-se revisão integrativa da literatura, no período de março a dezembro de 2020, fundamentalmente na área da Saúde Coletiva, com foco na distribuição espacial e na relação público-privada da oferta de recursos da assistência hospitalar, com ênfase nos leitos de UTI, respiradores/ventiladores mecânicos e profissionais da saúde. As bases utilizadas foram a BVS e SciELO, além de fontes institucionais. No total, 42 estudos foram analisados a partir da categoria de espaço geográfico, visto pelas desigualdades socioespaciais, e de sistema de proteção social em saúde, através das relações público-privadas. Os resultados apontam expressivas desigualdades na distribuição da oferta dos recursos e nos arranjos público-privados, considerando os diversos recortes territoriais e regionais do Brasil (Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões de Saúde, Regiões Metropolitanas e Municípios). As desigualdades socioespaciais são significativas mesmo em lugares mais desenvolvidos socioeconomicamente e historicamente privilegiados pela maior oferta de recursos de saúde de média e alta complexidade, como regiões metropolitanas e capitais. Um desafio adicional que se coloca neste contexto é a relação público-privada, cuja segmentação e, simultaneamente, a interdependência entre os setores, impõem sérias limitações para a resposta à COVID-19 no Brasil, além de aprofundar as desigualdades em saúde no país.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde; Sistema de saúde; Atenção à saúde; Brasil; Emergência Sanitária.

ABSTRACT

In the current historical period of globalization, interconnections and interdependencies facilitate the spread of diseases, especially infectious diseases. In a short period, COVID-19 has spread worldwide, becoming the most devastating global public health crisis of the last century, which has resulted in major economic, political, and social repercussions, in addition to concerns about the responsiveness and resilience of health systems. In Brazil, several studies have analyzed this issue from the distribution of the supply of health services and resources, public and private, to attend the cases of SARS-CoV-2. This study aimed to analyze inequalities in the supply of hospital resources in the Brazilian health system for the care of critically ill patients affected by COVID-19. It is considered that health inequalities were not only intensified in this pandemic context, but have also widened, making it even more challenging to face the pandemic in the country. An integrative literature review was carried out from March to December 2020, mainly in the area of Public Health, focusing on the spatial distribution and the public-private relationship of the supply of hospital care resources, with emphasis on ICU beds, mechanical respirators/ventilators, and health professionals. The bases used were BVS and SciELO, in addition to institutional sources. In total, 42 studies were analyzed from the category of geographic space, seen by sociospatial inequalities, and from the social protection system in health, through public-private relations. The results indicate significant inequalities in the distribution of the supply of resources and in public-private arrangements, considering the various territorial and regional clippings of Brazil (Large Regions, Federation Units, Health Regions, Metropolitan Regions and Municipalities). Socio-spatial inequalities are significant even in more socioeconomically developed places and historically privileged by the greater offer of medium and high complexity health resources, such as metropolitan regions and capitals. An additional challenge that arises in this context is the public-private relationship, whose segmentation and, simultaneously, the interdependence among sectors, impose serious limitations to the response to COVID-19 in Brazil, besides deepening health inequalities in the country.

Key words: Health inequalities; Health system; Health care; Brazil; Health Emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
ESPPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RS	Regiões de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFs	Unidades da Federação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	GLOBALIZAÇÃO, SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19	22
2.1	GLOBALIZAÇÃO: UM PERÍODO CRISE.....	25
2.2	GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE: ELEMENTOS PARA COMPREENDER A PANDEMIA	28
2.3	A EMERGÊNCIA SANITÁRIA DA COVID-19.....	33
3.	A PANDEMIA DA COVID-19 E AS DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS	39
3.1	AS DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS NO PERÍODO DA GLOBALIZAÇÃO.....	39
3.2	A DIMENSÃO SOCIOESPACIAL DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE	42
3.3	AS DESIGUALDADES COMO CONDICIONANTES DA CRISE SANITÁRIA: O CASO BRASILEIRO	45
4.	DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL	49
4.1	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E SUA CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL	50
4.2	A NECESSIDADE DE OFERTA E ACESSO A SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO À COVID-19	54
4.2.1.	Desigualdades na distribuição regional dos recursos hospitalares para atendimento à COVID-19 no Brasil	57
4.2.2.	Desigualdades público-privadas na oferta de recursos hospitalares para atendimento à COVID-19 no Brasil	63
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), tem resultado na mais devastadora crise de saúde pública global dos últimos cem anos. O primeiro caso relatado ocorreu na cidade de Wuhan, localizada na província chinesa de Hubei, em dezembro de 2019, e rapidamente se disseminou para outros países, inicialmente da própria Ásia, seguido da Europa, com destaque para Espanha, Itália, França, Reino Unido e Alemanha, e da América do Norte, notadamente Estados Unidos da América.

No dia 30 de janeiro de 2020, a doença, que já havia sido registrada em 19 países, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (WHOa, 2020) e, em menos de dois meses depois, no dia 11 de março, foi caracterizada como pandemia em escala global, já presente em mais de 110 países (WHOb, 2020). O Brasil foi o primeiro país afetado da América Latina e teve o primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro de 2020 e o primeiro óbito no dia 12 de março¹.

Até o dia 19 de julho de 2021, o número global de casos e óbitos por COVID-19 já havia ultrapassado 190 milhões e 4 milhões, respectivamente, segundo dados oficiais da OMS². Só no Brasil, até a mesma data, havia mais de 19 milhões de infectados e o número de óbitos superava 540 mil, de acordo com o Ministério da Saúde³.

Trata-se de uma Síndrome Aguda Respiratória Grave (SRAG), produzida por um vírus infectocontagioso, com alto nível de risco para a população em função da elevada transmissibilidade e da necessidade de atenção hospitalar para cerca de 20% dos casos, com cuidados críticos para cerca de 5% deles (WU; MCGOOGAN, 2020). Estima-se, ainda, que o tempo médio de permanência dos pacientes que demandam leitos de UTI pode variar entre 14 e 21 dias.

Ainda que as maiores taxas de letalidade estejam concentradas nas faixas etárias acima de 60 anos e na população com comorbidades (doenças cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e neoplasias), há ocorrência de casos graves na ausência desses fatores de risco (HUANG et al., 2020) e em pacientes mais jovens (CHINA CDC, 2020; RKI, 2020).

A escala global da doença, entretanto, não significa uma homogeneidade do evento e suas consequências entre os países do mundo ou em um mesmo país. Compreender isso é considerar

¹ Ministério da Saúde (disponível em < <https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>; acesso em junho/2020)

² WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (disponível em < covid19.who.in>, acesso em 05 jun 2021).

³ Coronavírus Brasil (disponível em < saude.gov.br>, acesso em 05 jun 2021).

que cada lugar será impactado de maneira distinta; que cada lugar possui trajetórias históricas diferentes, além de considerar como esse evento irá atravessar e ser atravessado pelas múltiplas condições socioeconômicas, culturais, ambientais, coletivas e mesmo individuais. Desse modo, os desafios e repercursões impostas pela pandemia não são apenas sanitários, mas também econômicos, políticos e sociais, que afetam desigualmente populações e territórios mais vulneráveis. Este é um ponto de partida importante desta pesquisa.

No Brasil, a chegada da COVID-19 se deu através dos dois maiores centros urbanos: São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), ambas metrópoles globalizadas, com intensas ligações mundiais e uma importante conectividade com as demais capitais brasileiras, o que facilitou a difusão do vírus para outros estados do país em curto período de tempo (CODEÇO et al., 2020a), visto que não houve limitações na mobilidade aérea no país. Isto é, ainda que as duas cidades globais tenham sido os epicentros iniciais da pandemia no Brasil, a doença rapidamente se espalhou para outras capitais estaduais, em especial da costa litorânea, e, logo em seguida, para cidades e regiões periféricas e interioranas (CODEÇO et al., 2020b).

Este processo de “interiorização da pandemia”, em meados de 2020, gerou uma importante preocupação, tendo em vista a concentração de recursos e serviços de saúde em capitais e regiões metropolitanas, fazendo com que a doença seguisse um fluxo oposto ao da oferta de serviços e recursos, o que impôs desafios para o acesso ao sistema de saúde (MONITORA COVID-19, 2020a).

Observou-se ainda, no final de 2020, a chamada “sincronização da pandemia”, que se caracterizou pelo espalhamento do vírus em todo o território nacional e, conseqüentemente, o aumento das demandas em saúde, em todos os lugares simultaneamente (MONITORA COVID-19, 2020b).

Desde a chegada da COVID-19 no Brasil, houve especial preocupação com a distribuição da oferta de recursos hospitalares, públicos e privados, devido ao rápido aumento da demanda por determinados recursos e serviços de maior complexidade. As conseqüências da pandemia apontavam para a necessidade de diminuir a velocidade da transmissão frente ao risco iminente de ruptura do sistema de saúde (ANDRADE, 2020; COELHO et al., 2020).

Mesmo após mais de um ano da chegada do novo coronavírus, o sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta desafios e incertezas. Nos primeiros meses de 2021, o país viveu uma situação clara de colapso do sistema de saúde, causada pela insuficiência da oferta e pela desigual distribuição de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), equipamentos, insumos essenciais e profissionais da saúde para garantir a assistência adequada a todos os pacientes em estado grave, acometidos pelo vírus (FIOCRUZ, 2020a).

Desde o princípio, o país representa grande preocupação para o mundo tanto em função do acelerado crescimento dos casos e óbitos, quanto dos resultados contraditórios das estratégias e respostas adotadas por parte do governo federal brasileiro (CEPEDISA; CONECTAS DIREITOS HUMANOS, 2021). O histórico positivo no enfrentamento de emergências de saúde pública como a poliomielite, varíola, cólera, febre amarela, Zika, além de outras síndromes respiratórias como a gripe A(H1N1) – inclusive com respostas do sistema público que deixaram um importante legado de como lidar com epidemias, como foi o caso da A(H1N1) em 2009, e de liderança científica, como foi frente à Zika de 2015/16 até hoje (CRODA et al., 2020) –, não parece estar sendo aproveitado para enfrentar a pandemia da COVID-19. Tem-se observado, no atual contexto, uma redução do prestígio na condução de problemas de saúde global (VENTURA; BUENO, 2021).

O combate à pandemia no Brasil tem sido afetado por diversos fatores estruturais, mas também conjunturais. Há aqui de se destacar três. Um primeiro, de caráter estrutural, são as históricas e profundas desigualdades sociais e em saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; BARATA, 2009; SZWARCOWALD; MACINKO, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2017; BARRETO, 2017) que, mesmo num contexto sem pandemia, já afetavam as condições de vida e saúde da população. Um segundo fator, também de caráter estrutural, são as complexas relações público-privadas na prestação, oferta e acesso aos serviços (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; PAIM et al., 2011; BAHIA; SCHEFFER, 2018; CASTRO et al., 2019), que se colocam como um desafio adicional, apesar de antigo, por reforçarem as desigualdades em saúde no país. Um terceiro fator que se coloca como elemento conjuntural, é a falta de coordenação por parte do governo federal na condução de uma resposta nacional à crise sanitária (FLEURY, 2020; LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020), a qual exige forte coordenação governamental, sobretudo em países federativos, como o Brasil (ABRUCIO, 2020).

Considerando as condições historicamente desiguais que marcam a oferta em saúde no território brasileiro e o contexto da pandemia de COVID-19 expostas, a **questão chave** que emerge para realização deste trabalho é: como está a distribuição espacial e a relação público-privada da oferta de recursos hospitalares para atender as demandas decorrentes da doença no Brasil?

O **objetivo principal** deste estudo é analisar a desigualdade da oferta de recursos hospitalares do sistema de saúde para atender os casos graves da COVID-19 no território brasileiro, no período de março a dezembro de 2020. Os **objetivos específicos** envolvem:

- Analisar a distribuição da oferta de recursos (ênfase nos físicos/materiais e humanos) necessários para o cuidado dos pacientes acometidos pela COVID-19 (leitos de UTI, respiradores/ventiladores, profissionais da saúde), em diferentes escalas

espaciais/recortes geográficos/unidades de análise (municípios, Regiões Metropolitanas, Regiões de Saúde, Estados e Grandes Regiões brasileiras);

- Analisar a distribuição espacial da oferta pública e privada desses recursos no país;
- Identificar desafios decorrentes das desigualdades socioespaciais em saúde para no enfrentamento da pandemia no Brasil.

O **método da pesquisa** utilizou-se do **referencial teórico** da Geografia Crítica, a partir dos conceitos de espaço geográfico, globalização e desigualdades socioespaciais, assim como, da Saúde Coletiva, a partir dos conceitos de sistema de proteção social em saúde, relações público-privadas e desigualdades em saúde.

O aumento das desigualdades é um fenômeno inerente ao período da globalização, ainda que com graus variados entre os países e sociedades (SANTOS, 2000; HARVEY, 2005). Enquanto período crise, a globalização possui como característica marcante a crescente competitividade entre os territórios, mercados, setores e sistemas tecnológicos, em escala mundial, resultando na seletividade espacial dos investimentos, produção e consumo nos diferentes lugares (SANTOS, 2000). A seletividade dos espaços que serão beneficiados pela globalização gera assimetria entre os lugares, que se expressa na desigualdade socioespacial (SANTOS, 1996).

Diferente da variação e da segregação, a seletividade pressupõem que tudo e todos participem, mas de forma desigual. Em outras palavras, a seletividade parte do entendimento da relação desigual entre lugares da totalidade do mundo ou dentro da escala de um país, e mesmo de um estado, de uma região e de uma cidade. Alguns lugares concentrarão mais recursos, serão mais competitivos, luminosos, estarão “mais aptos” e terão mais condições. Outros, em contrapartida, têm possibilidades limitadas, menos recursos, menos chances de competir.

Analisar o sistema de saúde a partir das desigualdades socioespaciais permite compreender fatores referentes a diversa e desigual distribuição oferta de serviços e recursos de saúde no país, em distintas unidades de análise (municipal, regional, estadual, nacional). O conceito norteador para compreender as desigualdades socioespaciais é o de espaço geográfico, da teoria geográfica (Geografia Humana/crítica), que pode ser compreendido como um sistema indissociável de objetos e ações (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Desse modo, as desigualdades socioespaciais estão diretamente ligadas às possibilidades e oportunidades de usos de um determinado espaço/território pelos cidadãos que nele habitam. Não à toa, Santos (1987) afirma que o cidadão também vale pelo lugar em que habita.

A desigualdade socioespacial na saúde pode ser compreendida pela “concentração de poder nas mãos de determinados grupos e de infraestruturas e riqueza em determinados lugares e

atividades” (ALBUQUERQUE et al., 2017), o que, na prática, impõe desafios à possibilidade de exercer plenamente a cidadania. A distribuição assimétrica / não equitativa dos serviços e recursos impõe desafios para o cumprimento do acesso universal ao sistema de saúde e para a garantia do cuidado integral. No contexto pandêmico, as desigualdades estão no “centro da encruzilhada em que vivemos” (CATAIA, 2020).

As desigualdades possuem caráter e conteúdo político e se relacionam com a injustiça social e os direitos humanos, afetando diretamente os processos de saúde-doença-cuidado (BARATA, 2009). Elas possuem relação com as características socioambientais em que se vive e resultam da combinação de diferentes determinantes e condições individuais, sociais, estruturais e conjunturais (BARATA, 2009; SZWARCOWALD; MACINKO, 2016; BARRETO, 2017).

Com a globalização e os avanços da agenda neoliberal a partir da década de 1970, o setor privado tem suas atividades intensificadas nas políticas sociais, dentre elas a da saúde. O discurso da primazia do Mercado sobre o Estado, do individual sobre o coletivo, explana um conjunto de regras práticas para a gestão pública, referidas a governos e reformas de Estado (DRAIBE, 1993).

Durante os anos 1990, diversas reformas ocorreram nos sistemas de saúde europeus e latinoamericanos. A globalização neoliberal favoreceu a incorporação de mecanismos de mercado na gestão pública com maior presença do setor privado no financiamento, na provisão e na regulação de ações e serviços (ALMEIDA, 1999). Ganham espaço no âmbito da assistência, gestão e financiamento dos serviços e sistemas, e também na formulação e condução de políticas.

No Brasil, ainda que o SUS tenha ampliado expressivamente a oferta e o acesso à saúde para a população brasileira ao longo desses mais de 30 anos, o setor privado também cresceu – com e pelo SUS (BAHIA, 2018), mostrando uma interdependência público-privada importante na atenção à saúde, principalmente na média e alta complexidade (MACHADO; MARTINS, 2015; VIACAVA et al., 2018; LIMA et al., 2019).

Desde o início, a expansão dos serviços e a cobertura do SUS ocorreram em condições adversas. Baptista, Machado e Lima (2009) atentam que, apesar da grande expansão dos serviços públicos no território brasileiro sobretudo da APS, o SUS permaneceu dependente da contratação de serviços privados. Na assistência hospitalar, é possível observar uma rede compartilhada, onde a maioria dos hospitais são privados, porém sua utilização se dá majoritariamente por usuários exclusivos do sistema público ou de forma mista (SUS e seguro privado) (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015). Além das unidades de Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) que são marcadas pela predominância de estabelecimentos privados e sua utilização segue a mesma lógica que a dos hospitais (VIACAVA et al., 2018).

O **método** da pesquisa também está baseado na **revisão integrativa**. Para realizar esta

análise sobre a atenção à saúde no Brasil no enfrentamento da pandemia da COVID-19, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, no período de março a dezembro de 2020. Considerando as desigualdades socioespaciais e seus condicionantes para a oferta de serviços de saúde, assim como as relações público-privadas, a revisão destacou os estudos que analisaram a distribuição espacial e por segmento da oferta de recursos hospitalares de saúde para atender a demanda de casos graves da COVID-19, no Brasil.

Embora a pandemia tenha persistido e inclusive recrudescido em termos de casos e óbitos nos primeiros meses de 2021 – período de finalização desta dissertação –, com grandes impactos sobre a estrutura hospitalar (FIOCRUZ, 2020a), foram privilegiados os estudos publicados no primeiro ano da pandemia, que, em muitos casos, já apontavam para a tal situação crítica.

Importante ressaltar também que foram selecionados os estudos que abordaram recursos de saúde da assistência hospitalar demandados em casos graves acometidos pelo vírus. Tem-se mostrado evidente a relevância que os leitos gerais e de UTI, dentre outros recursos, como respiradores/ventiladores mecânicos, possuem no tratamento efetivo das pessoas em situação grave acometidas pela COVID-19. Neste sentido, não foram contempladas as publicações sobre recursos e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais e da Atenção Primária à Saúde (APS), embora desempenhem um papel fundamental na resposta à pandemia.

A revisão de literatura tem como finalidade sistematizar os resultados obtidos, de maneira ordenada e abrangente, permitindo, em primeira instância, sob um ponto de vista teórico ou contextual, identificar avanços e lacunas da produção do conhecimento sobre o tema e a questão de análise (ROTHER, 2007; VIDAL; FUKUSHIMA, 2021). A revisão da literatura de caráter integrativo consiste em um método de pesquisa da prática baseada em evidências no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinado tema, fundamentando-se em conhecimento científico, por meio da análise dos resultados evidenciados em estudos primários (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para o desenvolvimento desta revisão, adotou-se o referencial teórico de Souza, Silva e Carvalho (2010), em que se contemplou as seguintes etapas: **(i)** definição da pergunta norteadora, **(ii)** estratégia de busca na literatura, **(iii)** identificação dos estudos e coleta de dados, **(iv)** análise dos estudos incluídos; e **(v)** discussão dos resultados.

A revisão priorizou a produção no campo da Saúde Coletiva que se dedicou ao tema e questão propostos para este estudo. A pesquisa consistiu na busca de produções científicas indexadas no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), que contemplam as principais bases eletrônicas do campo – a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Literatura Internacional em Ciências

da Saúde (MEDLINE), dentre outras.

A escolha das bases está relacionada à abrangência das produções científicas em Ciências da Saúde, em especial na região em que o Brasil se insere. Foram feitas buscas também nas bases multidisciplinares disponibilizadas pelo Portal da CAPES (*Web of Science e Scopus*), porém, no período em que foi feita a busca, os resultados obtidos não respondiam à pergunta de pesquisa e, portanto, não foram incorporadas no respectivo estudo, assim como monografias, dissertações e teses que ainda não haviam sido publicadas até o respectivo momento.

Como **critérios de inclusão** foram definidos: textos completos, publicados em periódicos científicos indexados nacionais e internacionais que abordassem a temática da “distribuição da oferta, pública e privada, de recursos de saúde no contexto da pandemia de COVID-19”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no ano de 2020, mais especificamente de março a dezembro, localizáveis por intermédio de descritores cadastrados no portal de Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Recursos em Saúde; Atenção à Saúde; Serviços de Saúde; COVID-19; Brasil. A estratégia de busca utilizada propiciou que as palavras “COVID-19” e “Brasil” estivessem sempre entre os descritores, em que se aplicou o operador booleano *AND*. As definições dos descritores, segundo o DeCS, estão na Tabela 1.

Como já mencionado, o recorte temporal estabelecido se justificou por ser o marco do primeiro ano da pandemia de COVID-19 no Brasil.

Tabela 1 – Definição dos descritores utilizados nas buscas bibliográficas (DeCS).

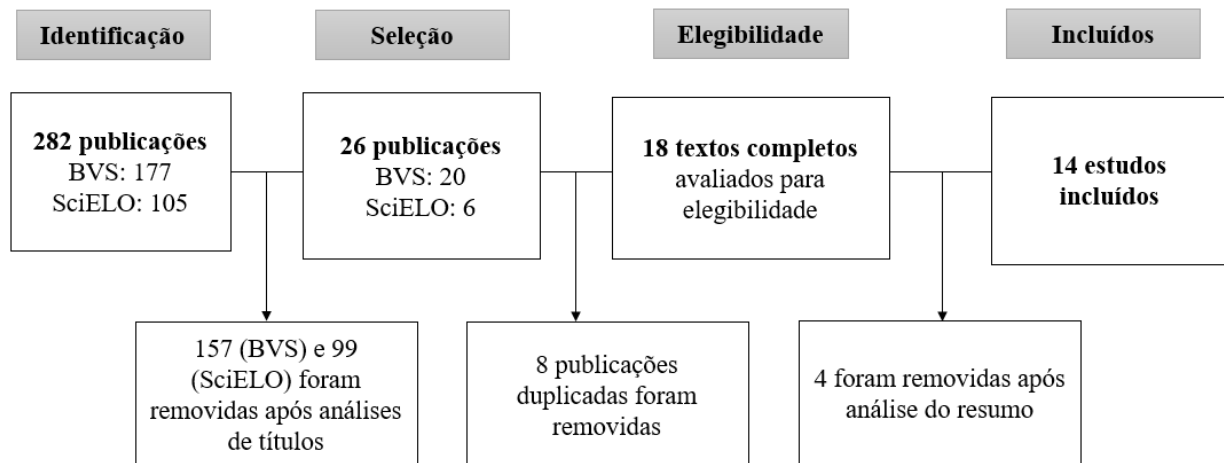
Recursos em Saúde	Inclui recursos humanos, financeiros, físicos e materiais necessários para atividades de promoção, prevenção e assistência a saúde.
Atenção à Saúde	1. Refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população. 2. A atenção à saúde engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos: a. da assistência; b. das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e c. das políticas externas no setor saúde.
Serviços de Saúde	Constituem um sistema organizado para a provisão de cuidados de saúde num país. A gama de serviços varia de acordo com o país e inclui desde serviços preventivos até cuidados a pacientes internados ou não. (<i>European Commission Glossary</i>).
COVID-19	Transtorno viral geralmente caracterizado por alta febre; tosse; dispnéia;

	<p>arrepios; tremor persistente; dor muscular; dor de cabeça; dor de garganta; perda de paladar e/ou olfato e outros sintomas de pneumonia viral. Em casos graves, é observada uma miríade de sintomas associados a coagulopatias frequentemente correlacionadas com a gravidade de COVID-19 (por exemplo, coagulação sanguínea; trombose; síndrome do desconforto respiratório agudo; convulsões; ataque cardíaco; AVC; infartos cerebrais múltiplos; insuficiência renal; síndrome do anticorpo antifosfolípide e/ou coagulação intravascular disseminada). Em pacientes mais jovens, síndromes inflamatórias raras estão algumas vezes associadas a COVID-19 (por exemplo, síndrome de Kawasaki atípica; síndrome do choque tóxico; doença inflamatória multissistêmica pediátrica; e síndrome de tempestade de citocinas). um coronavírus, sars-cov-2, do gênero betacoronavirus é o agente causador.</p>
Brasil	<p>1) País localizado na costa leste da América do Sul, entre a Colômbia e o Peru, que faz fronteira com o Oceano Atlântico. É delimitado ao norte pela Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa; ao sul pelo Uruguai; e a oeste pela Argentina. Sua capital é Brasília. 2) A República Federativa do Brasil é formada por 5 Grandes Regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), 26 Estados e o Distrito Federal (Brasília). É o quinto país do mundo em área total e o maior da América do Sul.</p>

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Elaboração da autora (2021).

De um total de 282 produções identificadas nas bases de dados, na BVS obteve-se 177 publicações e na SciELO, 105 produções. Posteriormente, foram excluídas 8 por repetição/duplicada e 157 publicações após análises dos títulos, totalizando 18 publicações avaliadas como elegíveis. Após leitura do resumo, 14 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, os quais mantiveram-se na revisão. O processo de seleção dos estudos está representado no fluxograma da Figura 1.

Figura 1 – Diagrama do processo metodológico de busca e análise dos estudos.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração da autora (2021).

Dada a abrangência que permite o método aqui utilizado, Notas Técnicas (NT) também fizeram parte desta revisão, devido sua relevância para compreensão da temática em questão e o *boom* de produção, principalmente no momento inicial da pandemia. Assim, ampliou-se a busca para sítios de instituições de ensino e pesquisa federais e estaduais, assim como de instituições privadas que se dedicaram a esse tipo de análise. Algumas NT inclusive vieram a ser publicadas como artigo *a posteriori*.

Por esse motivo, além das bases mencionadas, a revisão incluiu busca direta de estudos nas demais fontes: IPEA (5), Observatório COVID-19 da Fiocruz (3), Proadess/Icict/Fiocruz (2), Monitora COVID-19/Fiocruz (3), Região e Redes/USP (1), Cedeplar/UFMG (2), Labdec/Nescon/UFMG (2), Consórcio do Nordeste (1), Núcleo de Operações e Inteligência e Saúde (NOIS) (3), Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) (5) e parceira interinstitucional (1).

Desse modo, além das 14 publicações do Portal da BVS e da base SciELO, foram selecionadas 28 NT, totalizando 42 estudos para análise. A sistematização do quantitativo total de estudos por fonte pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Quantidade dos estudos selecionados para revisão, segundo fonte.

Fonte	BVS	SciELO	Notas Técnicas institucionais	Total de estudos
Total de estudos	11	3	28	42

Elaboração da autora (2021).

Os **critérios de exclusão** foram: estudos que trataram da COVID-19 com foco exclusivo em dados epidemiológicos, de contágio, sintomatologia e/ou complicações clínicas, assim como os estudos que não abordassem o tema da pesquisa ou que não respondessem à questão norteadora, além das publicações duplicadas.

Inicialmente todos os estudos identificados na pesquisa foram avaliados a partir de seus títulos e/ou resumos, quando houvesse – nem todas as Notas Técnicas, por exemplo, continham resumo. Posteriormente, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados para leitura do texto completo e nova avaliação seguindo os critérios de inclusão.

Do total de estudos selecionados, foi feita uma leitura prévia para orientar sua inserção nos eixos de análise. Para fins de sistematização e análise dos resultados obtidos com a revisão, optou-se pela abordagem de duas categorias analíticas que respondem a questão chave da pesquisa: as **desigualdades socioespaciais** de forma multiescalar (nacional, regional e local) e a **relação público-privada** na oferta de serviços e recursos de saúde da assistência hospitalar.

Após essa etapa, as informações extraídas dos estudos selecionados incluíram: título, data de publicação, o método do estudo – sem exceção foram estudos descritivos e quantitativos –, o recorte geográfico/escala espacial analisada e os principais resultados/desfechos de cada estudo, segundo as abordagens selecionadas, que serão explicitadas na próxima subseção.

A discussão dos resultados foi realizada de forma exploratória, a partir da interpretação e síntese dos estudos abordados, baseando-se em literatura científica, visando atender o objetivo proposto deste estudo.

A dissertação está organizada em três seções além das considerações finais.

A seção **Globalização, Saúde e a pandemia da COVID-19** está dividida em três seções, a qual na primeira se apresenta o conceito e definição aqui adotada de globalização, caracterizando este período e trazendo aspectos importantes para pensar o campo da saúde nesta era, como o aumento das desigualdades; a transição urbana e epidemiológica; o aumento dos fluxos e da interdependência global em múltiplas escalas, além de facilitar uma rápida propagação de doenças, especialmente infecciosas como a COVID-19, e nas suas diversas e desiguais distribuições ao redor do mundo. Na segunda são abordados os conceitos de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e de Pandemia; e no terceiro se discorre sobre o surgimento e a evolução da COVID-19.

Nas seção **A pandemia da COVID-19 e as desigualdades socioespaciais**, compreende-se que as desigualdades são um problema antigo, que antecede a COVID-19, mas que foram intensificadas e ampliadas neste contexto. As desigualdades estão presentes na capacidade de prevenção e proteção individual e coletiva (desde a prática do isolamento social, higienização

constante das mãos, o uso de máscaras, até a realização de testes de diagnóstico e vacinação), e na provisão de serviços necessários demandados pelos acometidos pelo vírus, que condicionam e são condicionadas pela forma que a pandemia vai se dar nos territórios. O capítulo está dividido em três seções, a qual na primeira se faz uma discussão teórica-conceitual sobre as desigualdades socioespaciais no atual período da globalização; na segunda é abordada a dimensão socioespacial das desigualdades em saúde; e por fim, a terceira seção que trata as desigualdades como condicionantes da crise sanitária.

Na seção **Desigualdades socioespaciais e o enfrentamento da COVID-19 no Brasil**, estão os resultados principais da pesquisa. Na primeira parte faz-se uma discussão da configuração territorial do sistema de saúde brasileiro a partir de referencial teórico adotado; e na segunda, os resultados da revisão integrativa, em duas subseções destacando a desigualdade na distribuição regional da oferta de recursos hospitalares para atendimento à COVID-19 no Brasil, diversas unidades de análise no país, e a desigualdade público-privadas dessa oferta. Os resultados apontam que as desigualdades não foram, até o momento de defesa desta dissertação, consideradas nas concepção e planejamento das intervenções de saúde pública para prevenir a o colapso do sistema de saúde do SARS-CoV-2.

As **Considerações Finais** trazem a síntese dos achados e análises sobre a dimensão das desigualdades socioespaciais e das relações público-privadas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil.

O estudo baseia-se exclusivamente em pesquisa bibliográfica e dados de acesso público e uso irrestrito, não incorrendo na necessidade de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da unidade institucional (ENSP/Fiocruz), tendo sido dispensado de tal juízo.

2. GLOBALIZAÇÃO, SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19

Diante do contexto de pandemia da COVID-19, fomos convocados a revisitar a clássica obra *Civilization and Disease* de Henry Sigerist (original de 1943). O “historiador da medicina”, atento às questões sociais, culturais, político-econômicas e seus impactos na saúde, expôs que as doenças e epidemias sempre fizeram parte da história da humanidade e possuem um lugar de relevo na trajetória da civilização, obrigando todas as instituições humanas a enfrentá-las (SIGERIST, 2011).

Desde a Antiguidade, surtos, epidemias e pandemias geram inúmeros desafios para a saúde das populações ao redor do mundo. Praga de Atenas (430 a.C.); peste negra (século XIV); cólera (XVIII-XIX), varíola; febre amarela (XIX-XX); gripe espanhola (1918-1920); mais recentemente o HIV/AIDS (1980); a SARS (2002/03); a influenza A(H1N1) (2009); o Ebola (2014-2016, descoberto ainda nos anos 1970), o Zika vírus (2015/16) e a COVID-19 (2019), fazem parte desse longo percurso.

Não obstante, o mundo que hoje confronta a COVID-19, não é o mesmo que do da praga de Atenas, nem da gripe espanhola. No decorrer da história humana, as dinâmicas sociais, demográficas e epidemiológicas passaram por importantes transformações que afetaram direta ou indiretamente as condições de vida e saúde das sociedades. A modernização e a industrialização; o desenvolvimento econômico; a transição urbana/urbanização, associados ao avanço das tecnologias médicas e de saúde, assim como melhoria das condições de vida, promoveram alterações significativas nos processos saúde-doença da população mundial. Dentre as mudanças nota-se o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, a redução da mortalidade materna e infantil e novos padrões de morbi/mortalidade (MEDRONHO; WERNECK; PERES, 2009). De modo geral, os ganhos globais, em termos de saúde, são inquestionáveis.

Há que se destacar também a evolução da compreensão científica sobre os modos de adoecer e morrer das sociedades e de como doenças surgem e se propagam. As interpretações de origens místicas e de cunho religioso de que a doença seria uma “maldição” ou um “pecado sendo pago”, ou mesmo *a posteriori* a explicação puramente fisiológica e biomédica onde a doença é um fenômeno apenas daquele corpo, se mostraram, ao longo do tempo, insuficientes. Houve maior progresso no entendimento e nas formas de enfrentar doenças, especialmente as epidêmicas e infectocontagiosas (BERLINGUER, 1999; CUETO, 2015).

Diversos agentes etiológicos e modos de transmissão foram sendo descobertos;

houve a introdução de soros e vacinas; saneamento básico em diversas cidades ao redor do mundo; inclusão de importantes leis trabalhistas; desenvolvimento de políticas de proteção social, além do estabelecimento de acordos, ainda que limitados, entre países contra a difusão de doenças (BERLINGUER; 1999).

Todavia, muitas dessas mudanças todas foram acompanhadas de efeitos contraditórios. Segundo Stark (2004), desde o capitalismo industrial (século XVIII), os problemas relacionados à saúde passaram a ter relação cada vez mais direta com as condições socioambientais que alteram o equilíbrio entre ser humano e ambiente, fazendo da doença um produto não apenas da natureza biológica, mas de decisões e processos sociais, econômicos e políticos historicamente específicos. Em outras palavras, os modos de adoecer e morrer passaram a estar intrinsecamente relacionados a aspectos ou determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais/ecológicos.

Ademais, os avanços e ganhos globais foram sentidos e distribuídos de forma diferente e desigual entre os países, regiões e sociedades ao redor do mundo. A forma com que a modernização e a rápida urbanização se deram nos lugares, assim como o próprio desenvolvimento do capitalismo, fez com que esses processos não se dessem de forma contínua e progressiva entre os lugares e populações, promovendo a manutenção e o reforço da pobreza e das desigualdades.

Se tomarmos como exemplo a ‘transição epidemiológica’ sugerida por Omram (1971), que indicava uma tendência global de “superação” das doenças infecciosas e transmissíveis pelas doenças e condições crônicas não-transmissíveis, ela foi incompleta. Em primeiro lugar, vale a ressalva de que essa categorização pode ser um tanto inapropriada já que existem doenças que são ao mesmo tempo infecciosa e crônica, como é o caso da tuberculose e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA; em inglês, AIDS), causada pelo vírus HIV. Além disso, no caso dos países de baixa e média renda, como os da América Latina, África e Ásia, o perfil epidemiológico é mais heterogêneo e suas populações sofrem com a chamada “acumulação epidemiológica”, ou “dupla carga de doença”. Isto é, além do crescente aumento de doenças e condições crônicas não-transmissíveis – muitas promovidas pela modernização, industrialização e urbanização –, há uma importante permanência, retorno e atualização de doenças infecciosas ⁴(FRENK et al., 1991).

⁴ Isso não significa, entretanto, que este convívio não seja observado nos países de alta renda. Ainda que haja uma associação direta de doenças infecciosas como malária, sarampo e diarreia e os países de baixa e média renda, elas também podem ser observadas nas populações vulnerabilizadas dos países de alta renda, onde as desigualdades têm piorado cada vez mais e o Estado de bem-estar social (*Welfare state*) tem sido desmantelado pelas políticas de austeridade implementadas nessas últimas quatro décadas de neoliberalismo (BIRN; PILLAY;

Embora não sejam novidade na história da humanidade e muitas lições tenham sido aprendidas no decorrer dos séculos, as doenças infecciosas, tanto emergentes (novas que surgem) como reemergentes (antigas que retornam), têm se mostrado como um dos maiores desafios para a saúde mundial na contemporaneidade (MORENS; FOLKERS; FAUCI, 2004). Dentre as doenças infecciosas, as zoonoses se destacam. As doenças transmitidas de animais para humanos (zoonoses) vêm crescendo e piorando na medida em que os *habitats* selvagens são destruídos pela atividade humana fazendo com que os patógenos se espalhem mais rapidamente, tanto para animais como para humanos (MORENS; FOLKERS; FAUCI, 2004). Segundo o Relatório Fronteiras, de 2016, do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA/ONU)⁵, as doenças zoonóticas são responsáveis por 60% de todas as doenças infecciosas e por 75% de todas as doenças infecciosas emergentes. Destaca-se as zoonoses porque o SARS-CoV-2, assim como o SARS-CoV e a MERS-CoV, é de origem zoonótica. Dos sete coronavírus já identificados, os três mencionados são de origem zoonótica e estão associados a doenças respiratórias fatais, com rápida progressão e propagação (ZHU et al., 2020).

Atualmente, o ecossistema global é uma espécie de “*playground*” para o surgimento e propagação de vírus, cujas taxas de mutação são elevadíssimas e que têm ameaçado populações há centenas de anos (MORENS; DASZAK; TAUBENBERGER, 2020). E no mundo cada vez mais conectado e interdependente em que vivemos, a rápida propagação de doenças altamente contagiosas tende a ser facilitada, dada a elevada circulação de pessoas, animais e mercadorias.

Experiências anteriores já nos mostraram que uma das desvantagens da intensificação dessa globalização é a impossibilidade de impedir uma rápida propagação global de doenças (HARVEY, 2020). E é neste contexto de conexão e interdependência global que a pandemia da COVID-19 se insere.

Desse modo, não é possível compreender o real significado e o alcance da pandemia de COVID-19 sem antes entender como o período da globalização caracteriza e influencia neste processo.

Nas últimas décadas as relações entre globalização e saúde têm merecido crescente

HOLTZ, 2017)

Alguns de seus determinantes como água não potável, acesso precário à saneamento básico, condições básicas de higiene e acesso à serviços de saúde, são influenciados por fatores estruturais; e esses fatores, presentes em maior ou menor grau, tem a ver com a estrutura econômica e características políticas e sociais das populações, como o nível de urbanização; as relações de classe, gênero e raça; e os arranjos de governança (BIRN; PALLEY; HOLTZ, 2016).

⁵ Disponível em: <https://www.unep.org/>.

atenção, pela piora nas condições de vida e saúde e aumento das iniquidades em parcela importante da população mundial, e pelo surgimento de novas questões problemáticas, propriamente sanitárias ou que impactam a saúde das pessoas.

O termo “globalização” tem suscitado grandes debates quanto ao seu significado e à natureza das mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais em curso no mundo. É um processo complexo que interage de maneira perversa com outras transformações mundiais. Soma-se a isso, a exacerbação de conflitos que se relaciona à distribuição assimétrica de poder entre Estados nacionais que resulta numa capacidade desigual de influência sobre o sistema global e nas respostas para problemas compartilhados mundialmente.

Esta seção está subdividido em três seções. Na primeira é apresentada a definição de globalização aqui adotada, assumindo parte do referencial teórico utilizado. Em seguida são explicitados elementos que auxiliam na compreensão da relação entre globalização e saúde, entendendo que há importantes impactos e influência do processo de globalização sob os processos de saúde-doença-cuidados contemporâneos. Na terceira seção, apresenta-se o contexto de surgimento da emergência sanitária causada pela COVID-19.

2.1 GLOBALIZAÇÃO: UM PERÍODO CRISE

O termo *globalização*, que é simultaneamente conceito e processo, é onipresente e comumente utilizado para descrever processos sociais, políticos e, principalmente, econômicos. Costuma ser discutido segundo as categorias *tempo* e *espaço*, no âmbito do *sistema-mundo* (RIBEIRO, 2002), e embora seja recorrente a tentativa de identificar o momento em que se “iniciou”, a globalização é um período histórico, cujas variáveis que o definem se expressam em várias dimensões – políticas, sociais, tecnológicas e econômicas.

Mas é especialmente no final do século XX que a globalização assume uma nova magnitude e a ordem mundial passa por uma profunda transformação (SANTOS, 2000). Trata-se do período que marcou o ápice do processo de internacionalização do capitalismo, da difusão do *meio técnico-científico-informacional* e, com ele, a criação e legitimação do processo de globalização direcionado à satisfação das necessidades dos atores hegemônicos do mundo capitalista, cujo funcionamento se estrutura por meio de forças de dispersão, concentração, espoliação e diversificação espacial dos sistemas técnicos, informacionais, produtivos e financeiros, das redes e fluxos (SANTOS, 2000).

Santos (2000) define este atual período histórico da globalização (1970 até hoje) a partir de quatro variáveis-chave que constituem sua arquitetura: **(i)** a unicidade da técnica; **(ii)** a convergência dos momentos; **(iii)** a cognoscibilidade do planeta; e **(iv)** a existência de um motor único na história, representado pela mais-valia globalizada.

O desenvolvimento da história se dá de forma paralela ao desenvolvimento das técnicas. Isto é, a cada evolução técnica, uma etapa da história se torna possível. Desse modo, a **unicidade da técnica** diz respeito a capacidade de instalar quaisquer instrumentos técnicos produtivos em escala planetária. Seria o uso de materiais, objetos, máquinas e serviços em defesa das grandes empresas do mercado internacional. Esse uso, além de viabilizar redes e fluxos mundiais, permitiu uma nova arquitetura de poder entre Estado e Mercado, com liberalização e desregulamentação dos mercados nacionais, em *prol* da mundialização da financeirização do setor público e da concentração do poder econômico e político por empresas e grupos privados na escala global (CHESNAIS, 2000; HARVEY, 2006). Trata-se de um uso da técnica extremamente fluido e de alta velocidade, principalmente se pensarmos as técnicas virtuais das tecnologias de comunicação e informação que marcam a contemporaneidade e são imprescindíveis para a convergência dos momentos.

A **convergência dos momentos** é possibilitada pela unicidade da técnica e se dá a partir da capacidade de comunicação em tempo real ou mesmo da interdependência dos eventos; é como se todos esses lugares estivessem conectados (e, no caso, estão). É claro que os eventos possuem um ponto de partida e/ou de força maior, mas o uso do mesmo momento permite com que seja vivenciado ou espetacularizado em diversos lugares, próximos ou longínquos, simultaneamente. Nas palavras de Santos (2000), podemos “ter em mãos o conhecimento instantâneo do acontecer do outro” (p. 28). E por vezes não apenas o conhecimento do acontecer, mas o compartilhamento dos efeitos dos eventos que, “do ponto de vista histórico, seria a interdependência (...) do acontecer” (p. 27).

Neste sentido, a **possibilidade de conhecer o planeta** extensiva e profundamente está completamente imbricada com o desenvolvimento da ciência e da técnica. O autor indica que este desenvolvimento, além de nos permitir utilizar o que encontramos na natureza, conhecer os objetos e desvendar o planeta Terra – ou mesmo outros se pensarmos as viagens espaciais já realizadas –, também nos permite conceber e criar novos materiais em laboratórios, e reinventar objetos técnicos, sistemas e lugares.

Por fim, a quarta variável-chave sugerida pelo geógrafo seria o **motor único**, que se expressa pela mais-valia global. Na época do imperialismo europeu, cada Estado-nação tinha suas políticas de expansão e dominação territorial. Até então, havia diversos motores: o motor

inglês, o motor alemão, o português, espanhol etc., que, embora fossem todos motores do capitalismo, seguiam ritmos diferentes, modalidades diferentes, combinações diferentes e interesses diferentes. A partir da atual fase da globalização, passa a haver apenas um império – o capital – e um motor único – a mais-valia universal. Mas apesar dessa unicidade de um só motor, há uma seletividade pontual do capital, que só se tornou possível por conta desse novo patamar da internacionalização alcançado, com uma verdadeira mundialização do produto, do dinheiro, do crédito, da dívida, do consumo e da informação.

Assim, a globalização pode ser definida como um período histórico a partir desses pressupostos. Até porque nem sempre houve essas condições para a realização desta globalização tal qual conhecemos e que se iniciou nas últimas décadas do século XX. Em síntese, é um período em que o mundo apresenta-se mais conectado e fluido pela unicidade dos sistemas técnicos e pela crescente interdependência produtiva, comunicacional, informacional e financeira entre lugares, produtora de uma mais-valia universal. Ela se expressa nos territórios pelos usos corporativos e competitivos, que revelam o papel dos lugares na divisão internacional do trabalho, que são as funções e interdependências no sistema global. Não obstante, essa interdependência se refere a forma que os recursos são produzidos coletivamente, pela humanidade; porém seu uso se dá de maneira perversa e excludente.

Exposto isso, é importante olharmos criticamente o modo romantizado a qual a globalização é por vezes interpretada. A humanidade sonhou com a possibilidade de uma ciência a serviço do ser humano, mas quando o sonho se consolida, observa-se que ele atende um número limitado de pessoas, empresas e instituições. Neste sentido, como pode ser um processo capaz de “homogeneizar o planeta”, quando na verdade, por agir de forma seletiva e fragmentada, amplia diferenças inter e intra países, com a manutenção da pobreza e intensificação das desigualdades? Afinal, embora atinja todos os lugares e pessoas, seus efeitos não são sentidos da mesma maneira por todos; nem todos vão usufruir das benéficas e sofrer dos males da mesma forma.

O espaço dito global, na realidade não existe; o que existe são os *espaços da globalização* (SANTOS, 1996). Para Santos (1996, p. 271), “o mundo é um conjunto de *possibilidades*, cuja efetivação depende das *oportunidades* oferecidas pelos lugares”.

Sob a égide do neoliberalismo e centrada no dinheiro e na informação, a globalização gera o crescimento da competitividade, fragmentação e da seletividade espacial de investimentos, produção, circulação e consumo, que vão se reproduzir do global ao local (SANTOS, 2000; CATAIA, 2020;). Vivemos uma globalização perversa porque ela mistura novas escalas de exploração e seletividade com uma agenda que vem desconstruindo ou

desfigurando sistemas de proteção social existentes, deixando pessoas e lugares duplamente expostos às racionalidades econômicas.

Por fim, trata-se de um período histórico, fruto de processos complexos, multidimensionais (econômicos, políticos, socioculturais, laborais, tecnológicos, informacionais e comunicativos) e ambíguos (efeitos positivos e negativos simultaneamente). Podemos defini-lo como um período de crise, visto que desde os anos 70, as crises se tornaram sistêmicas e estruturais (SANTOS, 2000). E não só um período de crise permanente, como também de crise global, seja por meio de fenômenos globais ou de manifestações particulares, neste ou naquele país, neste ou naquele momento. Por isso, quando se buscam soluções não estruturais, o resultado é a acumulação e geração de mais crises. O desemprego se torna crônico. A pobreza e as desigualdades se generalizam. As classes médias perdem qualidade de vida. O salário médio diminui. A fome e o desabrigo se espalham para todos os continentes. Novas enfermidades se instalam e velhas doenças, supostamente superadas, fazem seu “retorno triunfal” (SANTOS, 2000).

2.2 GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE: ELEMENTOS PARA COMPREENDER A PANDEMIA

O processo de globalização promoveu maior interdependência e competição entre os países em nível global, assim como na dinâmica entre as instituições que atuam na arena internacional. Almeida et al. (2007/2008) alertam que a maior interdependência e interconectividade entre os países, decorrentes da globalização contemporânea, teria aumentado os desafios do sistema mundial e encurtado a distância entre as políticas domésticas e as internacionais ou globais, dentre elas as da área de saúde. Nesse sentido, a importância da saúde nas relações internacionais contemporâneas e a governança global nessa área se tornaram muito fortes.

Durante os séculos XVIII e XIX, a industrialização e a urbanização constituíram o modo dominante de fazer crescer a economia e permitiram a criação, ainda que com efeitos contraditórios, de processos de melhoria na saúde pública. O século XX, por sua vez, trouxe duas guerras mundiais, inúmeros conflitos locais e consolidou, como vimos, o modo de organização econômica capitalista das sociedades, especialmente a partir do fim da União Soviética. Vimos as doenças não-transmissíveis, ditas “do progresso”, tornarem-se dominantes em todo canto, ao mesmo tempo os agentes infecciosos viajarem muito mais

rapidamente ao redor do globo.

São evidentes os impactos da globalização na saúde da população mundial. Ao mesmo tempo em que desempenha um papel importante na saúde, com o avanço e compartilhamento de novas tecnologias, saberes e técnicas (LEE; 1999), é um dos maiores desafios enfrentados pelos formuladores de políticas e profissionais do campo (McMICHAEL; BEAGLEHOLE, 2000; YACH; BETTCHER, 1998).

Compreendendo essa contradição e partindo da definição de globalização proposta por Santos (2000) apresentada na seção anterior, concorda-se com a sugestão de Martin (2005) de que a saúde pode ser um dos “barômetros” para medir os sucessos e as falhas da globalização. Segundo o autor, por ser um “marcador de infraestrutura e bem-estar social”, a saúde na era globalizada pode soar tanto como alarde, quanto como um aplauso de vitória, ao passo que nossa conexão global pode, a um só tempo, ‘curar’ e ‘matar’ as populações. Esta perspectiva dialoga também com a de Yach e Bettcher (1998)⁶, que já haviam argumentado que a “globalização da saúde pública” tinha tanto um aspecto promissor quanto ameaçador.

Exemplificando, a mesma globalização que nos permite compartilhar o conhecimento em escala mundial; solucionar diversos problemas de saúde; desenvolver novos insumos e tecnologias; aprimorar técnicas; difundir ideias e valores voltados para os direitos humanos; fortalecer os esforços diplomáticos em saúde a fim de gerar resultados mais equitativos e sustentáveis, é a mesma globalização que ao permitir a hegemonia do capitalismo neoliberal promove políticas de austeridade, privatizações e reformas de financiamento dos sistemas de saúde; é a mesma que amplia a pobreza e as desigualdades; que promove a manutenção de conflitos com aumento da migração em busca de melhores condições de vida; também é a mesma que gera desastres ambientais e mudanças climáticas por meio da rápida degradação do meio ambiente; que promove condições insalubres aos trabalhadores; que dissemina produtos alimentares e dietas não saudáveis, assim como o consumo de produtos prejudiciais à saúde como o tabaco e o álcool; é a mesma globalização que facilita a propagação de doenças

⁶ Embora tenham argumentado o aspecto ameaçador da globalização da saúde pública, Derek Yach e Douglas Bettcher (1998) receberam críticas de Silver (1998) e Brown, Cueto e Fee (2006) por se posicionarem de maneira um tanto acrítica nesta análise. Ambos trabalhavam na OMS na época que escreveram o artigo e estavam convictos de que a saúde pública global e com uma posição bastante otimista do papel da Organização, que naquele momento estava num mau momento dado que a liderança da OMS estava nas mãos do Banco Mundial, organismo muito mais rico e influente, além da própria missão da OMS ter se dispersado por outras agências das Nações Unidas. Embora se reconheça o papel de suma importância que a OMS tem no papel da governança global da saúde e ainda que analisar o papel, desempenho e funções da organização não seja o objetivo aqui, é importante trazer elementos que ilustrem que nada é tão simples no âmbito das relações internacionais e da política externa, aqui expressa pela OMS.

especialmente infectocontagiosas e que é capaz de devastar populações e impor desafios enormes para os sistemas de proteção social e saúde do mundo inteiro (YACH; BETTCHER, 1998; McMICHAEL; BEAGLEHOLE, 2003; FORTES; RIBEIRO, 2014; LABONTÉ, 2018).

Todavia, não podemos tratar a saúde apenas como um subproduto da globalização, visto que é algo bem mais complexo do que elencar os impactos positivos e negativos da globalização na saúde das populações (BERLINGUER, 1999). O campo da “saúde global” se dedica a compreender, dentre outras questões, essa complexa e paradoxal relação entre globalização e saúde. Inclusive, o próprio processo de globalização do final do século XX, foi um dos propulsores de uma importante mudança linguística do campo: a transição de “saúde internacional” para “saúde global”.

Apesar de não ser a proposta aqui fazer uma revisão e análise sobre esse tema, cabe destacar que a discussão sobre a história e razões dessa transição linguística é bastante profícuo (BROWN, CUETO, FEE; 2006; KOPLAN, et al; 2009; BIRN, PILLAY, HOLTZ; 2016) e seus conceitos têm diversos e diferentes significados, o que limita a possibilidade de ter uma definição única ou mesmo definitiva.

O conceito “saúde internacional” foi muito utilizado entre o final do século XIX e início do século XX, e a atuação do campo era conservadora e bastante reduzida aos governos das nações soberanas com foco no controle de epidemias, como malária e febre amarela; enquanto “saúde global”, *grosso modo*, considera, segundo Birn, Pillay e Holtz (2016), as necessidades de saúde da população de todo o planeta acima dos interesses de nações em particular. Isto é, a prática da saúde global extrapola as fronteiras nacionais e enfrenta o acelerado desenvolvimento mundial que a globalização impôs.

Além disso, o termo ‘global’ também é associado à crescente participação de outros atores para além de governos e agências/organismos intergovernamentais (por exemplo Organização das Nações Unidas – ONU – e OMS), como a mídia, corporações transnacionais, fundações internacionais (como a *Rockefeller* e, mais recentemente, *Bill & Melinda Gates* – estas reconhecidas pela filantropia⁷ que realizam), etc.

De todo modo, a intenção dessa transição não era de excluir o uso ou acabar com o sentido do termo “internacional”, inclusive saúde ‘global’ se deriva da saúde ‘internacional’ e podem ser aplicados de forma complementar; o que se propunha com essa mudança linguística

⁷ Existe uma importante discussão e análise crítica sobre o papel que essas Fundações desempenham na condução da agenda da saúde global. A literatura crítica, inclusive, tem sugerido a aplicação do termo “filantropocapitalismo”, que Ver: BIRN; RICHTER (2018). Filantropo-capitalismo estadunidense e a agenda da saúde global: as fundações *Rockefeller* e *Gates*, passado e presente (disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/12366>; acesso em 10/03/2021).

era, na verdade, um olhar mais abrangente e complexo para o que deveria ser considerado um problema de saúde mundial e como ele deveria ser tratado, incluindo os múltiplos atores que passam a atuar nesse campo. Cada vez mais as questões da saúde e do desenvolvimento permeiam as negociações e debates no âmbito das relações internacionais e cresce exponencialmente a demanda e realização de programas de cooperação entre países na área de saúde.

Em síntese, a saúde internacional, que já era praticada há bastante tempo, era realizada por Estados-nação apenas em relações multilaterais ou bilaterais para ações pontuais de controle de epidemias. Já a saúde global, que emerge com a globalização, incorpora diversos novos atores no âmbito da saúde, e se preocupa com uma gama muito mais abrangente de questões que afligem a saúde da população gerando problemas de saúde global.

Segundo Fortes e Ribeiro (2014), um problema pode ser considerado de saúde global quando:

- Afeta pessoas em muitos países e regiões⁸, ainda que não necessariamente no mundo todo;
- Afeta pessoas em poucos países ou regiões, mas tem potencialidade de se propagar para muitas outras;
- Não pode ser solucionado por somente um país ou região; e/ou
- É muito limitado a certas regiões, mas que sua solução pode ser útil para outras regiões, pedindo resposta internacional, multiprofissional e interdisciplinar.

Como apontado no início do capítulo, a globalização dos problemas de saúde pode nos remeter ao passado remoto. O intercâmbio de doenças entre os países e a propagação de riscos para o mundo, não é nova, são exemplos: a propagação da peste em toda a Europa e Ásia na Idade Média; varíola, sarampo e febre amarela introduzidos nas Américas pelos invasores europeus no século XVI; os mesmos exploradores levaram o tabaco e a sífilis das Américas para a Europa, Ásia e África; e ópio foi vendido para China nos séculos XVIII e XIX como produto do comércio por potências ocidentais imperiais (BERLINGUER, 1999; KOPLAN et al., 2009).

No entanto, foi a partir do século XX, com o aumento na velocidade das viagens e da comunicação, bem como a interdependência econômica entre as nações, um novo patamar e velocidade de interconexão global foi alcançado, passando a moldar a saúde das populações em

^{8 5} Neste caso, regiões da OMS. Atualmente são seis regiões que comportam os 194 Estados-membro da OMS: África, Américas, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático.

todo o mundo.

Embora não se reduza à propagação de doenças infecciosas, uma das desvantagens do aumento da globalização é a dificuldade de impedir uma rápida difusão internacional desse tipo de problema de saúde. As doenças infecciosas têm grande potencial de se tornarem um problema de saúde global dado que, além do seu caráter contagioso, têm aumentado rapidamente sua incidência atingindo vastas regiões do mundo cada vez mais em espaços de tempo menores (MORENS; FOLKERS; FAUCI, 2004; JONES et al., 2008).

A pandemia global da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2⁹), é uma doença infecciosa e tem se mostrado como o maior desafio sanitário mundial dos últimos cem anos. Especialistas do campo da saúde, já vinham alertando sobre a possibilidade de ocorrência de uma pandemia global. Embora a COVID-19 seja um evento sem precedentes na história da saúde mundial contemporânea, não era algo totalmente inesperado. Apenas não se sabia como se daria seu o contágio e difusão, e quanto tempo duraria.

Etimologicamente, a palavra ‘pandemia’ vem da expressão grega *pandêmonnôtêma*, traduzida como “enfermidade do povo inteiro” (ARRIZABALAGA, 1992 apud HENAO-KAFFURE, 2009). Embora não haja uma definição única para o conceito de pandemia, Morens, Folkers e Fauci (2009) identificaram uma característica comum e invariável entre as doenças assim classificadas: sua capacidade de propagação por uma extensa área geográfica. Segundo o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, *pandemia* refere-se a um aumento, muitas vezes repentino, no número de casos de uma doença que se espalha por vários países e/ou continentes e que, geralmente, afeta um número elevado de pessoas. Além disso, no geral, estão associadas à doenças infecciosas. Ou seja, embora doenças como câncer, por exemplo, esteja espalhada no mundo inteiro e seja responsável por um número elevado de óbitos, não costuma ser tratada como pandemia.

Neste contexto em que a conectividade planetária está mais exacerbada que nunca, vírus e bactérias se unem à nós na nossa mobilidade global. É neste sentido, que Castilho (2020) sugere que o novo coronavírus possui um “DNA de globalização”.

⁹ Inicialmente nomeado de 2019-nCoV, o SARS-CoV-2 é o sétimo coronavírus humano (HCoVs). Já haviam sido identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV (que causou a Síndrome Respiratória Aguda Grave em fevereiro de 2003, na Ásia) e MERS-CoV (que causou a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, em 2012). A SARS-CoV foi notificada como a primeira doença infecciosa do milênio e, na época, já demonstrava rápida propagação global e sua relação com as mudanças econômicas da região naquele momento. Embora tenha sido reportada em 2003, no final de 2002, na província chinesa de Guangdong, mais de cem pessoas já tinham morrido de uma misteriosa pneumonia atípica.

2.3 A EMERGÊNCIA SANITÁRIA DA COVID-19

No dia 26 de dezembro de 2019, uma pneumonia de etiologia desconhecida foi identificada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. A autoridade sanitária de Wuhan notificou à autoridade nacional chinesa, que reportou a situação à Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 31 de dezembro de 2019¹⁰, e logo no dia 07 de janeiro de 2020 foi confirmada a transmissão de humano a humano. Rapidamente o vírus e a doença se disseminaram para outros países e continentes do globo e no dia 20 de janeiro, a COVID-19 foi incluída como doença de notificação compulsória. Dez dias depois (30/01), a OMS declarou o evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)^{11,12} e no dia 11 de março, a emergência internacional foi caracterizada como pandemia¹³. Importante destacar que toda pandemia é uma ESPII, mas nem toda ESPII é uma pandemia.

O termo ESPII foi um dos cerne da quinta¹⁴ e mais recente Regulação Sanitária Internacional (RSI), adotada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde¹⁵, em 2005, que entrou em vigor em 2007. A RSI é o principal documento internacional, vinculante a todos os Estados-membro da OMS, e possui como objetivo “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais” (IHR, p. 1, 2005). Neste documento, ESPII significa: “*an extraordinary event which is determined, (...): (i) to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease and (ii) to potentially require a coordinated international response*” (IHR, p. 9, 2005).

¹⁰ World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT – 1 (Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4; acesso em 26/10/2020).

¹¹ Não é raro encontrar também “Emergência de Saúde Pública de *Interesse* Internacional”. Em inglês a expressão é: “*Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)*”.

¹² World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT – 10 (Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2; acesso em 26/10/2020).

¹³ World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51 (Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10; acesso em 26/10/2020).

¹⁴ O RSI de 1951 foi substituído pelo de 1969, modificado em 1973 que foi novamente alterado em 1981.

¹⁵ A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) reúne anualmente todos os ministros da saúde dos Estados-membro da OMS. Em 2005, estavam reunidos 196 países. Atualmente, 194 Estados-membro compõem a Organização (<https://www.who.int/countries/>). Cabe mencionar, entretanto, que Estados não-membro podem aceitar as recomendações e medidas do Regulamento, se tornando um “Estado Parte”, desde que notifiquem sua aceitação ao Diretor-Geral da OMS e se sujeitem a determinadas disposições, conforme o Art. 64 do RSI.

Esta definição, ao enfatizar a probabilidade de propagação internacional da doença e a necessidade de exigir uma resposta internacional coordenada, sugere que a quantidade e a gravidade dos casos não sejam questões centrais. Tratam-se de eventos que, no geral, demandam grandes esforços multilaterais e diplomáticos para seu enfrentamento. Há importantes análises críticas na literatura sobre esses elementos e conceitos (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008; VENTURA, 2013).

A primeira ESPII declarada pela OMS foi a pandemia da gripe influenza A(H1N1), inicialmente chamada de gripe suína, entre 2009 e 2010, que teve origem no México. A segunda foi o poliovírus, em 2014, que esteve válida até hoje (6 anos enquanto emergência) e com elevados riscos de propagação em países com ocorrência de conflitos armados como Afeganistão, Nigéria, Paquistão e Síria. No mesmo ano, também foi declarada como emergência internacional, o vírus Ebola, que teve como epicentro países da África Ocidental, tendo perdurado por quase dois anos. Em 2016, a rápida disseminação pelas Américas do vírus Zika e sua forte associação com malformações congênitas foi a quarta ESPII declarada pela Organização, sendo o Brasil o epicentro. A quinta ESPII, declarada em 2019 e recentemente extinta, foi novamente o vírus Ebola, devido a um surto da doença na República Democrática do Congo. Em 2020, a pandemia da COVID-19 foi a sexta emergência sanitária internacional declarada pela OMS.

A COVID-19 é uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que é transmitido comunitariamente (e durante período assintomático). Trata-se de um vírus de fácil contágio que se espalha através de secreções ou gotículas respiratórias, por aerossóis, aperto de mão ou toque em objetos contaminados seguidos de contato com boca, nariz e olhos¹⁶.

No dia 20 de janeiro, quando o evento foi declarado como ESPII, havia 7.818 casos confirmados em 18 países, dos quais 98,9% (7.736) se encontravam na China, assim como os 170 óbitos¹⁷. Quando foi caracterizado como pandemia, o número de países afetados já tinha superado 110 e a quantidade de casos confirmados já havia ultrapassado 118 mil, e de óbitos eram mais de 4 mil¹⁸.

O espaço de tempo entre o primeiro caso relatado, a declaração do evento como ESPII e sua classificação enquanto pandemia, com crescente quantidade de países e pessoas afetadas,

¹⁶ Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>>.

¹⁷ Ibid. (Nota de rodapé nº 7).

¹⁸ Ibid. (Nota de rodapé nº 10).

mostra a rápida capacidade de propagação de um vírus altamente contagioso que tem sua disseminação totalmente facilitada pela interdependência e interconexão global do mundo em que vivemos.

Henao-Kaffure (2010) destaca a necessidade de assumirmos o caráter político, econômico e social das pandemias para que possamos realizar análises adequadas, que tragam propostas e respostas de forma estrutural e realmente transformadoras. Harvey (2020), também partindo desse ponto de vista, assume que não existe um desastre verdadeiramente natural. A “natureza” não está fora ou separada da cultura, economia e da vida cotidiana. Neste sentido, apesar dos vírus sofrerem mutação o tempo todo, as circunstâncias em que uma mutação se torna ameaçadora e fatal dependem das ações humanas.

Nunes e Pimenta (2016) em análise do vírus Zika – mas que pode ser facilmente relida e transposta para a COVID-19 – e os limites da saúde global, apostam que o reconhecimento da dimensão política coloca em xeque a ideia de uma saúde global fundada nos pressupostos de uma experiência comum e homogeneizadora (o problema de saúde) e de um aprofundamento da convergência e cooperação (a solução desejável). Isto é, “há uma relação estreita entre o projeto político global e a saúde, o capitalismo e uma mundividência liberal assente na promoção de certas formas de vida econômica útil (e na conseqüente desautorização e mesmo repressão de outras formas de vida)” (p. 25). Afirmam que, a partir do momento em que começamos a explorar a dimensão política na saúde global, torna-se evidente que as visões técnicas são tudo, menos despolitizadas, fazendo parte de um processo e uma agenda políticos.

No caso específico da COVID-19, Nunes (2020) compreende a pandemia como uma crise do atual modelo econômico neoliberal em que estamos inseridos e do seu processo de vulnerabilizações globalizado. O autor considera ainda que a solução não está no mercado e tampouco na saúde privada que o neoliberalismo tanto prega, mas sim “no fortalecimento de um sistema público e universal, apoiado no pressuposto da saúde como bem comum e na participação social como mecanismo democrático essencial para sua definição e implantação” (p. 3).

Horton (2020), editor da prestigiada revista *The Lancet*, foi enfático ao abordar a COVID-19 expondo que não importa o quão efetivo seja um tratamento e medicamentos ou quão eficaz e segura seja uma vacina; enquanto a tentativa de solução for puramente biomédica, o enfrentamento desta e de futuras epidemias e pandemias, tende a falhar. Ele ainda resgata e defende o uso do conceito ‘sindemia’, cunhado pelo antropólogo Merrill Singer nos anos 1990 que estudou o entrelaçamento entre a AIDS e a violência em cidades estadunidenses, para compreender a COVID-19. Desde então, o conceito tem sido reproduzido em diversas outras

análises sobre a pandemia.

Codeço e Coelho (2008) já haviam abordado o conceito de Singer na tentativa de destacar a importância de um olhar sistêmico para as doenças infecciosas e definiram sindemia como:

(...) a interação entre doenças ou agravos à saúde em populações, que magnificam os efeitos deletérios umas das outras. Exemplos de sindemias são “uso de drogas – violência – aids”; “aids – outras DSTs”; “HIV – tuberculose”. Estas doenças interagem por diversos motivos, seja porque uma doença aumente a susceptibilidade à outra (como é o caso de sífilis e HIV); ou um agravo (violência) modifica o ambiente social (apoio social) no qual a doença infecciosa se dissemina (p. 1772).

Em matéria para a Folha de São Paulo, Bortallo (2020)¹⁹ explicita que essa natureza sindêmica que enfrentamos na COVID-19 exige urgentemente que sejam abordadas as desigualdades sociais subjacentes que afetasse articulam às suas consequências, ou seja, a pobreza, a moradia, a educação e a raça, determinantes muito relevantes da saúde.

Acrescenta-se aqui, que, além de ‘sindemia’, a pandemia da COVID-19 também pode ser compreendida como um ‘evento geográfico’ (CATAIA, 2020). Pois, mesmo se tratando de um evento que extrapola fronteiras nacionais e possui expressões e duração que variam entre lugares, regiões e países, ela tem um ponto de partida e também um epicentro (CATAIA, 2020). Nisso, ao se ‘geografizar’, alterar-se-ia a dinâmica dos lugares além de promover uma série de riscos, vulnerabilizações e respostas diferentes para o seu enfrentamento (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020).

As sociedades contemporâneas têm vivenciado um acúmulo inédito de desafios políticos, econômicos, sociais e de saúde, que estão parcial, ou totalmente, imbricados. Crises econômicas vêm se acumulando desde 2008; crises políticas em diversos países ao redor do mundo; novas configurações geopolíticas; uma crise social/humanitária que possui como marca principal as profundas desigualdades e vulnerabilidades das mais diversas ordens.

A declaração de uma ESPII pode agravar ainda mais esses processos dado que tende a gerar grandes repercussões econômicas, políticas e sociais, como é o caso do novo coronavírus (VENTURA; AITH; RACHED, 2020). O fato de estarmos no meio de uma crise do multilateralismo (BUSS; ALCÁZAR; GALVÃO, 2020), torna ainda mais desafiador o enfrentamento de uma emergência sanitária internacional desse porte, visto que questões de saúde global são supranacionais e exigem intervenções nas forças e fluxos globais que

¹⁹ BOTTALLO, A. Combinação de Covid-19 e doenças crônicas cria “sindemia global”, sugere estudo. Folha de S.Paulo, São Paulo, 15 out. 2020. (Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/combinacao-de-covid-19-e-doencas-cronicas-cria-sindemia-global-sugere-estudo.shtml>>. Acesso em: 31/05/21).

condicionam a saúde das pessoas (KICKBUSH; LISTER, 2006). Em outras palavras, problemas globais exigem respostas globais.

Soma-se a isso, o desafio da crescente falta de confiança na segurança e eficácia da vacinação, especialmente em países do Oriente Médio e da Europa Ocidental (FIGUEIREDO et al., 2020). Isso se coloca como mais um desafio para o enfrentamento da pandemia, visto que a vacinação é uma das medidas de segurança e prevenção da doença.

Dada as especificidades de contágio e propagação da doença, diversas medidas como isolamento social; quarentena; *lockdown*²⁰; restrição de atividades e de circulação de pessoas; busca ativa de contatos e observação; realização de testes diagnósticos em massa; mudanças nos hábitos de higiene; uso obrigatório de máscaras, precisaram/ainda precisam ser tomadas para prevenção e controle do vírus, bem como para reduzir as chances de colapso dos sistemas de saúde.

Experiências internacionais têm mostrado que a adoção de estratégias de quarentena, *lockdown* e restrições de contato físico são fundamentais para desacelerar o ritmo de contágio do vírus e evitar ou mitigar o colapso dos sistemas de saúde (PEREIRA, 2020). No entanto, essas medidas não são simples de serem executadas tendo em vista as mais diversas e desiguais realidades das populações e lugares, dado que podem – e tendem – gerar impactos econômicos e sociais. Embora seja um problema majoritariamente de Saúde Pública, trata-se de um processo que engloba outros aspectos, fatores e setores.

As formas de conduzir o enfrentamento da pandemia são diversas entre os países, regiões e lugares. Mesmo os espaços mais globalizados e desenvolvidos, que são inclusive os que foram sendo atingidos primeiro e possuem um papel de destaque na propagação do vírus, não vão ser capazes de responder da mesma forma ou sequer de forma efetiva (SOUZA, 2020). Em estudo lançado pela Universidade de Michigan (EUA), cerca de 70 pesquisadores de diferentes nacionalidades comparam a capacidade de resposta de governos na Ásia, na Europa, nas Américas e na África (GREER et al., 2021). Entre as conclusões encontradas, observa-se

²⁰ Por vezes, de maneira equivocada, essas medidas são tratadas como sinônimos. O isolamento social é uma medida não obrigatória que serve para separar pessoas sintomáticas ou assintomáticas, que foram contaminadas ou estão com suspeita. A quarentena, por sua vez, é uma estratégia antiga e já foi utilizada em diversos outros eventos de saúde pública – epidemias e pandemias anteriores. A palavra foi criada ainda no século XIV, durante a peste negra. Trata-se de uma medida administrativa e geralmente vem acompanhada de legislação das Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde ou pelo Ministério de Saúde (MS). No Brasil, foi promulgada a Lei 13.979 de fevereiro de 2020, que regulava as medidas de saúde pública como a quarentena e o próprio isolamento. Já o termo *lockdown*, diz respeito a uma paralisação total dos fluxos e deslocamentos. A circulação de transportes e pessoas também é reduzida, sendo autorizada apenas a saída de casa para serviços essenciais como mercados, farmácias e serviços de saúde. Nesta etapa, o governo pode usar as forças armadas, militares e aplicar multas e detenções para quem desrespeitá-la. A medida foi adotada, por exemplo, em Wuhan, na China, primeiro epicentro do novo coronavírus, e também em diversos países europeus.

que mesmo os países capitalistas que foram mais efetivos no enfrentamento à COVID-19, como Alemanha e Canadá, não tiveram tanto êxito quanto países com governos comunistas ou com regime de partido único, como China e Vietnã. No final de 2020, China e Vietnã, estavam em melhor condição do que Alemanha ou Canadá no que se refere aos números de casos e óbitos.

Segundo o estudo, os países com melhor resposta foram aqueles que reagiram rapidamente com políticas sociais e sanitárias robustas. Os pesquisadores destacam que países como Vietnã, Mongólia, Alemanha, Nova Zelândia, Coreia do Sul, Taiwan e Noruega tiveram bons resultados.

Este é outro motivo pelo qual a pandemia deve ser tratada como evento geográfico. A pandemia é uma crise do território; ela é geográfica e socioespacial, produto das relações econômicas globais e pode ser agravada pela forma de atuação política dos Estados nacionais e das empresas transnacionais, que ao recusarem à sociedade qualquer ação esolidariedade que não passe pela lógica do mercado, tendem a falhar em sua resposta e condução.

3. A PANDEMIA DA COVID-19 E AS DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS

As desigualdades são um problema global antigo (SILVA; BARROS, 2002) e suas diversas dimensões (sociais, econômicas, raciais, espaciais/territoriais, ambientais, etc.) podem influenciar a saúde de diferentes maneiras (BARTLEY, 2017).

Oposto do que muito se dizia no início da pandemia da COVID-19, a disseminação do vírus não é democrática. Sabe-se que embora todos possam estar suscetíveis ao contágio, os impactos dela são diferentes entre os países, regiões e lugares, assim como o risco de adoecer e a mortalidade pelo vírus entre os diferentes grupos e classes sociais. A COVID-19 tem afetado desproporcionalmente, além dos profissionais de saúde que estão na linha de frente do cuidado, os pobres, a população negra, os povos originários, migrantes e um conjunto de populações vulnerabilizadas, revelando possuir um caráter discriminatório (MATTA, et al., 2021).

Além disso, a pandemia não apenas intensificou as desigualdades já existentes, mas também trouxe novas. Quando se analisam as possibilidades de enfrentamento da pandemia, por exemplo, observa-se as desiguais condições de trabalhar de maneira remota, de fazer isolamento e sobreviver nesse contexto, além de reforçar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde em cada lugar, por cada pessoa.

Esta seção está dividida em três subseções, a qual na primeira se faz uma discussão teórica-conceitual sobre as desigualdades socioespaciais no atual período da globalização; na segunda é abordada a dimensão socioespacial das desigualdades em saúde; e por fim, a terceira seção que trata das desigualdades como condicionadas e condicionantes da crise sanitária.

3.1 AS DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS NO PERÍODO DA GLOBALIZAÇÃO

O aumento das desigualdades é um fenômeno inerente ao período da globalização. Enquanto *período crise*, a globalização possui como característica marcante a crescente competitividade entre os territórios, mercados, setores e sistemas tecnológicos, em escala mundial, resultando na *seletividade espacial* dos investimentos, produção e consumo nos diferentes lugares (SANTOS, 2000).

O conceito *espaço geográfico*, enquanto objeto e categoria de análise social da teoria geográfica, nos ajuda a compreender essa seletividade espacial do atual período histórico da

globalização e merece ser considerado nos estudos da saúde, em especial os que abordam o tema das desigualdades. Adotá-lo nos permite tomar a complexidade da organização social em seu todo, visto que pode ser compreendido como um indicativo das condições de vida da população.

Nos termos de Milton Santos (1978; 1994), o espaço geográfico “é uma instância social”, é o que viabiliza a globalização, visto que é nele que se materializa seus pressupostos/variáveis-chave já mencionados no capítulo anterior. Por definição, o espaço geográfico é um conjunto indissociável de sistemas de objetos e ações (SANTOS; 1996). O objeto seria a materialidade que, por sua vez, se origina de uma intencionalidade que é realizada pelo sistema das ações. Ou seja, o espaço geográfico, embora se imponha a tudo e todos, não está limitado às dimensões físicas e materiais; ele não é simplesmente um “palco” ocupado pelo ser humano²¹, e sim uma condição de existência, constituído por materialidades produzidas ou não pelo ser humano, e por ações e relações sociais. Espaço geográfico é forma, função, estrutura e processo, constituído a partir, e cada vez mais, da intervenção humana e das relações sociais. Ele é o espaço da vida humana e implica na utilização do território.

O uso do território é um direito existencial da vida e inalienável de cada ser humano. Ao abordar a questão da cidadania, que é exatamente o dever de cumprir com seus deveres e o poder de executar e gozar de seus direitos, Santos (1987) revela que a pessoa também vale pelo lugar em que habita. Pois é no lugar que vai se concretizar a possibilidade de exercer a cidadania, seja no que se refere à saúde, educação, habitação, moradia ou trabalho.

Isso significa que a utilização do território, além de ditar o dinamismo econômico e social dos lugares, envolve a implantação de infraestruturas, recursos, sistemas técnicos, especializações produtivas, políticas, normas e regulações (SANTOS; SILVEIRA, 2001). E é a partir dessas dinâmicas e implantações que se configura a *formação socioespacial* dos territórios nacionais (SANTOS, 1985), que se refere a maneira que determinado Estado e Nação vai acolher o modo de produção vigente. Isto é, a formação socioespacial dos lugares é mais do que o “reflexo” do mundo, é a “mediação” entre o mundo e os lugares; é a maneira como o lugar vai participar da ordem hegemônica.

Dessa forma, considerando o modo de produção capitalista, hegemônico no atual período da globalização, as desigualdades socioespaciais são resultados da seletividade com

²¹ Não é palco porque não é apenas materialidade, como se fosse um teatro onde o ator entra no palco e faz sua cena. O espaço geográfico não é apenas o palco, as cadeiras e luzes do teatro, ele também é o ator encenando a peça escolhida, isto é, ele é a materialidade sendo usada para alguma finalidade. Este uso pode produzir novas funções, formas, processos e estruturas, e criar novos usos.

que os lugares e pessoas vão sendo incorporados aos usos do território decorrentes do modo de produção vigente. O mundo como possibilidade e o lugar como condição ou não de realização daquelas possibilidades. Diferente da segregação, a seletividade pressupõem que tudo e todos participem, mas de forma desigual, porque alguns lugares respondem melhor, estão mais aptos, concentram mais recursos, são mais competitivos, tem mais condições. Em outras palavras, a seletividade parte do entendimento da relação desigual entre lugares dentro da totalidade do mundo ou dentro da escala de um país, e mesmo de um estado, de uma região e de uma cidade. Isso significa que o “lugar pobre” não é pobre apenas por ele mesmo; é pobre em relação a outro(s) mais rico(s); que também só será “mais rico” porque tem o “mais pobre”.

Este é o sentido dos pressupostos da globalização sugerido por Santos (2000). É um período em que os lugares, na totalidade do mundo, passam a trabalhar dentro de um motor único (modo de produção), com unicidade técnica (meio geográfico técnico-científico-informacional) e com a convergência dos momentos (interdependência e concomitância dos eventos, da política, da produção, da economia, das ações). Nisso, a desigualdade socioespacial é a reprodução, em menor ou maior grau, das relações assimétricas nos lugares, no atual período histórico da globalização.

Como processo inerente ao atual período da globalização, a desigualdade socioespacial é marcada pelo intenso uso do território pelo meio técnico-científico-informacional, e expressa as relações assimétricas entre os lugares. Apresenta-se, portanto, como um dos efeitos dessa *globalização perversa* e seletiva, sobretudo, por conta da agenda capitalista neoliberal, e do motor único, que aumenta a interdependência, espoliação e exploração dos lugares. Temos uma globalização perversa porque ela mistura novas escalas de exploração e seletividade com uma agenda que vem desconstruindo ou desfigurando sistemas de proteção social existentes, deixando pessoas e lugares duplamente expostos às racionalidades econômicas.

Para analisar a desigualdade socioespacial, Santos e Silveira (2001) definiram duas categorias do espaço geográfico, aqui tratado como sinônimo de território usado, que coexistem: a metáfora dos *espaços opacos* e *espaços luminosos*. Os espaços opacos seriam aqueles que possuem menor densidade técnica e, conseqüentemente, menor possibilidade de acompanhar o ritmo do motor único (a mais-valia). Representam a escassez ou ausência de recursos e equipamentos, embora haja demanda de equipamentos e serviços coletivos de toda ordem por parte de quem habita nesses territórios. São espaços pouco privilegiados pelo capital, embora não necessariamente sejam miseráveis. Uma maioria pobre habita, consome, vive nesses espaços. Alguns exemplos são as favelas e periferias; o “interior” e áreas rurais, por sua vez, não são necessariamente espaços opacos, vide as regiões modernas da agropecuária, da

logística e da própria metropolização.

Os espaços luminosos, por sua vez, são os espaços de alta densidade técnica; do excesso e acúmulo de ações e objetos técnicos, científicos e informacionais. Ou seja, são os locais de maior interesse do capitalismo. Há muita riqueza, tecnologia, rapidez e fluidez. É onde mais ocorre uma intensa circulação de pessoas e mercadorias, a produção e reprodução capitalista, o consumo e a rotação monetária. No geral, são as grandes e aglomeradas cidades urbanas, metrópoles e megalópoles que, em primeira instância, são os polos da economia mundial. É o “produto acabado” do meio técnico-científico-informacional. Ainda assim, se pegarmos como exemplo o caso das metrópoles brasileiras, fruto de um processo de urbanização extremamente rápido, seletivo e concentrador, o resultado é a existência de centralidades mais ricas e outras mais pobres e precarizadas. A metrópole, em sua totalidade, é um espaço luminoso, mas em seu interior, é possível identificar lugares opacos, isto é, menos privilegiados pelos investimentos seletivos. Nesse sentido, a periferia, por exemplo, não permeia os espaços luminosos da metrópole, ela resulta dessa seletividade das modernizações e dos investimentos. O mundo proporciona diversas *possibilidades*, mas os lugares é que vão permitir as *oportunidades* de usar aquilo ou não (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Em outras palavras, é a partir da distribuição geográfica das tecnologias e recursos existentes no planeta, que os usos dos territórios e seu nível de acesso às possibilidades num determinado lugar se configuram.

Ou seja, as tecnologias, equipamentos e recursos existem, porém, não estão equitativamente distribuídos entre os lugares.

Dessa forma, a desigualdade socioespacial diz respeito às desiguais possibilidades e oportunidades de infraestrutura, acesso e utilização, na configuração atual do capitalismo globalizado. E além de caracterizar fortemente este período histórico, as desigualdades socioespaciais “ocupam um lugar central na encruzilhada em que vivemos atualmente”, tendo sido intensificada no contexto da pandemia de COVID-19 (CATAIA, 2020). Portanto, é importante refletir como a desigualdade socioespacial condiciona, e é condicionada pela pandemia da COVID-19, no Brasil e no mundo.

3.2 A DIMENSÃO SOCIOESPACIAL DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

O profícuo debate sobre as desigualdades em saúde não é recente e possui diversas teorias explicativas para sua compreensão (BARATA, 2009). A desigualdade socioespacial em

saúde se dá em função da seletividade do meio técnico-científico-informacional que segue o dinamismo dos espaços.

A saúde quando se realiza nos lugares, é também território usado (ALBUQUERQUE; 2006); e o sistema de saúde como um uso do território acompanha o nível de densidade do meio técnico-científico-informacional (ALMEIDA, 2005 apud ALBUQUERQUE, 2006). O excesso ou a escassez de dinamismo dos diferentes subespaços (luminosos e opacos) é o que vai permitir, ou não, a consolidação do sistema de saúde. É um processo no qual interagem as condições do território (estrutura de oportunidades) e as possibilidades de uso por parte da população que nele vive.

A dimensão socioespacial das desigualdades em saúde se expressa na disparidade da distribuição dos recursos de saúde (materiais e humanos; serviços, ações e profissionais da saúde) entre os diferentes lugares. Além da disparidade na oferta de recursos, de acesso e utilização de serviços, há também disparidade nos fluxos, nas capacidades de financiamento, na formulação de políticas, etc. Por outro lado, as desigualdades socioespaciais também resultam da dificuldade de melhoria das condições de saúde, de prevenção e tratamento. Isso significa que a resposta do sistema de saúde está condicionada, e também condiciona, pelas desigualdades socioespaciais.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora intrínseco ao período técnico-científico-informacional da globalização, que reforça e promove desigualdades, conseguiu reduzir parte delas. Até sua implementação, tinha acesso à saúde apenas trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e que contribuissem financeiramente para a caixa/instituto da sua respectiva categoria profissional (seguro social). Isso já impõe uma barreira importante para a população brasileira desempregada ou inserida no mercado informal de trabalho.

A própria lógica e formulação de um sistema de caráter universal como o SUS, já visa reduzir desigualdades no acesso à saúde ao transformar o direito dos trabalhadores ao seguro social em um direito à saúde para toda a população. Com o SUS, houve uma importante capilaridade, em todo território nacional, tanto nos espaços luminosos como nos opacos, dos serviços e ações que compõem a chama Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange desde a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, até o diagnóstico, tratamento e a reabilitação, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da população como um todo. Trata-se da principal porta de entrada do SUS que funciona como coordenadora do cuidado e do fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, inclusive nos lugares mais opacos desempenham um papel fundamental do setor sendo, por vez, a única oferta da saúde em determinado território.

Todavia, os níveis secundário e terciário da atenção à saúde, por sua vez, cujo os serviços, equipamentos e recursos da chamada média e alta complexidade (MAC) são mais caros e custosos, estão concentrados nas principais cidades, capitais e metrópoles brasileiras (TRAVASSOS, OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; XAVIER et al., 2016; VIACAVA et al., 2018).

Ou seja, as oportunidades de uso desses recursos são mais possíveis nos espaços luminosos de maior desenvolvimento social e econômico do território brasileiro, visto que possuem mais capacidade de gestão e financiamento para organizar e providenciar os recursos para sua rede de saúde.

O funcionamento de sistemas de saúde requer escala e escopo para equipamentos mais complexos e avançados. Quanto mais complexa a especialidade e mais rara a demanda, maior a escala, isto é, maior a população e região de abrangência. É uma escala que combina economia com eficiência. Isso em geral se dá em espaços mais densos e luminosos. Mas, existem situações em que a lógica da escala e escopo não é expressa da mesma maneira, seja por interesse do mercado, seja porque na lógica de sistemas universais, é preciso garantir atendimento, mesmo que fuja da lógica de eficiência econômica.

Ademais, não só há uma distribuição desigual dos recursos de saúde entre os lugares, mas também das doenças e agravos de saúde entre os diferentes grupos e classes sociais. Os processos saúde/doença/cuidado dos diferentes grupos e classes sociais que habitam os lugares também serão circunscritos pelas desigualdades socioespaciais. No que tange à isso, existe toda uma importante discussão sobre determinantes sociais, vulnerabilidades e desigualdades em saúde que dialogam com essa ideia (BUSS; ALMEIDA-FILHO, 2007; BARRETO, 2017), algumas delas aqui já abordadas.

Diversos estudos já comprovaram a relação direta entre agravos e problemas de saúde com as condições de vida da população (acesso à saneamento básico, à água, educação, renda, serviços de saúde). Estes estudos vêm sendo produzidos há muito tempo, inclusive serviram de base para a própria conformação do Estado e das políticas de saúde no Brasil e no mundo (POLANIY, 1944; HOCHMANN, 2012). O movimento dos sanitaristas desenvolvimentistas, em meados do século XX no contexto pós-Segunda Guerra, foi embasado por essa perspectiva e pela ideia de formulação de políticas e sistemas de saúde mais abrangentes e universais. No Brasil, as políticas de saúde influenciaram na própria conformação do Estado, da sociedade e

do território brasileiro (HOCHMANN, 2012).

A ideia de pensar a pandemia a partir de uma matriz territorial que incorpore a questão das desigualdades e vulnerabilidades sociais, em termos da existência de diferentes condições para buscar a contenção do surto epidêmico, remete ao debate sobre as particularidades, diferenças e consequências da disseminação de doenças contagiosas no território, seja em termos da escala nacional, regional, municipal e também nas escalas urbana e intraurbana. Olhar para o território permite reconhecer as particularidades das dinâmicas de evolução da pandemia, favorecendo o desenho de estratégias específicas para seu enfrentamento no território, em suas diferentes escalas.

O Brasil é um país de dimensões continentais, marcado por diferenças intrarregionais expressivas e por uma rede urbana caracterizada por uma ocupação desigual do território, conformando áreas remotas e de baixa densidade demográfica e áreas conectadas às redes globais, onde se concentra a maior parte da população (COSTA et al., 2020). Uma perspectiva territorial sobre a dinâmica de propagação da COVID-19 mostra-se fundamental e pode se dar em diferentes enfoques escalares.

3.3 AS DESIGUALDADES COMO CONDICIONANTES DA CRISE SANITÁRIA: O CASO BRASILEIRO

As desigualdades em suas diferentes dimensões têm explicado parte importante das formas de adoecer e morrer das populações no Brasil e mundo a fora. Embora haja diversas vertentes/perspectivas para explicá-las (BARATA, 2009), uma compreensão comum é de que as desigualdades não são apenas diferenças (tais como sexo; faixa etária; condições clínicas individuais) e, com frequência, se transformam em iniquidades na medida em que, por relações essencialmente de poder, o acesso e a bens, serviços e riqueza, são desigualmente distribuídos (BARRETO, 2017).

O Brasil, além de ser o sexto país mais populoso e possuir grande extensão territorial, é uma das nações mais desiguais do mundo²². Em 2019, ocupava a 79ª posição no *ranking* de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU)²³. O enfrentamento da

²² UNPD/UNO (2020), disponível em: <undp.org>.

²³ UNPD/UNO (2019) (Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2019/pnud-apresenta-relatorio-de-desenvolvimento-humano-2019-com-dado.html>>, acessado em 30 de janeiro de 2021).

pandemia de COVID-19 num país como o Brasil, com históricas e profundas desigualdades sociais e em saúde é um desafio enorme (TRAVASSOS et al., 2006; BARATA, 2009; SZWARCOWALD; MACINKO, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2017; BARRETO, 2017).

No atual contexto de crise sanitária, econômica, política e social, a ausência de uma coordenação federal para responder à COVID-19, com a negação da pandemia e falta de apoio aos entes federados mais necessitados, tem intensificado as desigualdades socioespaciais, tornando ainda mais desafiador o enfrentamento da pandemia no país (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Desde o início da crise sanitária, o Brasil tem representado grande preocupação para o mundo tanto em função do acelerado crescimento dos casos e óbitos, quanto dos resultados contraditórios das estratégias e respostas adotadas por parte do governo federal (CEPEDISA; CONECTAS, 2021). O país já enfrentou outras emergências em saúde pública com respostas do sistema público que deixaram um importante legado de como lidar com epidemias (CRODA et al., 2020). Todavia, o que tem se observado no atual contexto, é uma redução desse prestígio e liderança na condução de problemas de saúde global (VENTURA; BUENO, 2020).

A dimensão socioespacial das desigualdades, historicamente determinadas, ocupa um lugar de relevo no atual contexto e diz respeito ao nível de globalização e vulnerabilização dos lugares, que condicionam a forma de difusão da pandemia, assim como as possibilidades de seu enfrentamento (CATAIA, 2020; ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020). Isto é, as profundas desigualdades socioespaciais no uso do território no contexto da pandemia do novo coronavírus se expressam tanto na forma com que o vírus se propaga pelo território nacional (há lugares mais suscetíveis), assim como nas oportunidades que os grupos sociais têm para enfrentar suas consequências (há grupos mais vulneráveis), incluindo desde políticas de apoio social e econômico para que possam cumprir com as medidas sanitárias (como o isolamento), até o acesso aos cuidados resolutivos do sistema de saúde para os casos acometidos pela doença (recursos de média e alta complexidade).

O nível de vulnerabilidade social na saúde não só tem a ver com a suscetibilidade ao adoecimentos e óbito, mas também com a maior ou menor acesso e oferta de recursos de todas as ordens (AYRES et al., 2008). Neste caso, o vírus SARS-CoV-2 pode até se disseminar rapidamente, mas não de forma democrática; ele não é indiferente às classes sociais, ao gênero, raças, etnias e territórios (GONDIM et al., 2020; MATTA et al., 2021). As desigualdades e vulnerabilidades sociais acabam sendo condições prévias no contexto da COVID-19 (BRAVEMAN, 2020). Ainda que idosos, pessoas portadoras de condições ou doenças crônicas como hipertensão, diabetes, obesidade, entre outras, sejam indivíduos vulneráveis, a dinâmica

vulnerabilização-proteção populacional se configura de forma diversa, tendo relações diretas com as iniquidades socioeconômicas e com o escopo e organização dos sistemas de saúde locais (The Lancet, 2020). Nas palavras de Moreno e Matta (2020),

“Aqueles que carecem dos mecanismos de proteção social são invisibilizados e empurrados para os espaços das ausências e conformam, de fato, o principal grupo de risco da pandemia de COVID-19. Eles não podem ficar em casa – eles limpam e cuidam das casas das classes privilegiadas. Eles não têm o mesmo potencial de acesso a serviços de saúde e condições de cuidado que os representantes das categorias abastadas – eles cuidam dos doentes em casas de luxo, em hospitais públicos e privados, em casas de apoio. Eles não moram, não dormem, não comem, não se deslocam e não se higienizam como os de renda familiar suficiente. Aliás, muitos deles não têm renda familiar alguma” (p. 45-46).

Como mencionado anteriormente, não há dúvidas de que a implantação do SUS permitiu a expansão da oferta e cobertura de ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Porém, persiste uma concentração importante de serviços de saúde de maior complexidade nas regiões e cidades de maior dinamismo e poder econômico (ALBUQUERQUE et al., 2017; LIMA et al., 2019). Isso será melhor discutido no capítulo seguinte em que é exposta a configuração territorial do sistema de saúde brasileiro.

É bastante ilustrativo, e não surpreendente, o fato do primeiro caso de infecção confirmado no Brasil, ter sido um homem, branco, morador da metrópole paulista, recém-chegado de viagem no exterior (Itália), e o primeiro óbito ter sido de uma empregada doméstica do interior do Estado do Rio de Janeiro, que havia sido infectada por sua empregadora que acabara de chegar de viagem internacional (também da Itália) (Albuquerque e Ribeiro, 2020). Os autores, ao descreverem os primeiros casos do país, retratam três situações geográficas que podem ser especialmente vulneráveis à COVID-19:

- As metrópoles e áreas de urbanização consolidadas. Dialogando com o referencial teórico aqui apresentado, seriam os “espaços luminosos”, ou seja, os lugares que possuem grande poder e influência econômica e política. São lugares onde há maior conexão global, onde se concentram as redes e fluxos de pessoas, produtos e dinheiro, e conseqüentemente maior risco de difusão do vírus. Também são os lugares que possuem elevada densidade técnica e populacional, abarcam maior quantidade de recursos e serviços especializados de saúde, tanto públicos como privados. Ao mesmo tempo, abrigam parte importante da população de baixa renda e vulnerabilizada, cujo o risco de ser contaminado está diretamente associado às condições precárias de saúde, trabalho e moradia/habitação.
- Os lugares “marcados pelos usos corporativos com intensa espoliação do território, modernizações e investimentos seletivos vinculados a determinada especialização

produtiva (*commoditie* mineral, agropecuária, energia e logística)” (p.5). Trata-se de lugares atrativos para a população que procura trabalho, mas também podem ser áreas de “urbanização precárias” e não dar conta das necessidades em saúde, dada a rede de baixa complexidade e diversificação dos serviços.

- Os lugares de conservação ambiental e uso sustentável, assim como as terras tradicionalmente ocupadas e de áreas de assentamento. São lugares que possuem atividades produtivas e estão expostos às conexões globais, podendo estar em maior ou menor risco de circulação do vírus. “Em geral, são lugares (...) com baixa renda e precariedade da rede de comércio e serviços urbanos, incluindo os de saúde” (p.6).

Com a pandemia, fomos convocados a (re)pensar as vulnerabilidades dos espaços e territórios. E o que Albuquerque e Ribeiro (2020) mostram é que, mesmo em ‘situações geográficas’ historicamente privilegiadas no que se refere a condições socioeconômicas e na oferta de serviços e recursos de saúde, como é o caso dos lugares marcados por processos de metropolização, também há desigualdades em sua distribuição e possibilidade de acesso.

Como já apontado na seção anterior, o exemplo das metrópoles é bastante ilustrativo, pois embora concentrem grande parte dos recursos e serviços de saúde, públicos e privados, sobretudo os de maior especialidade e complexidade, não possuem capacidade de oferta de toda a complexidade de serviços de saúde necessárias ou se uer são devidamente acessíveis à toda população. Dentro das metrópoles há lugares empobrecidos, opacos, invisibilizados e vulnerabilizados, que tendem a concentrar as pessoas em risco de contágio, agravamento e morte, por vários fatores. Isto é, há limitações e impossibilidades de uso do território pela saúde mesmo nesses lugares. Por mais que sejam lugares que concentrem boa oferta pública e privada de recursos, equipamentos e profissionais de saúde em relação aos demais municípios e regiões do país (BATISTA et al., 2020b; COSTA et al., 2020; PORTELA et al., 2020a; RACHE et al., 2020b), também se caracterizam pela diversificação da infraestrutura, comércio, serviços, pela fluidez e conexões regional, nacional e internacional, da produção concomitante da pobreza e carências, além da alta concentração e circulação populacional, o que tende a aumentar os riscos de contaminação e, conseqüentemente, da demanda por serviços e recursos de saúde neste contexto.

4. DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 num país desigual como o Brasil, é um desafio enorme. Embora tenhamos um sistema público, robusto, gratuito e de caráter universal (o SUS), alguns desafios existentes desde sua formulação dificultam sua efetiva execução. Podemos destacar a existência de grandes lacunas assistenciais, que refletem a desigualdade da oferta de ações, serviços e profissionais de saúde, em especial em áreas rurais e de baixo desenvolvimento socioeconômico; a fragmentação do sistema de saúde oriunda de processos contraditórios que se deram especialmente no decorrer de sua primeira década de implantação; a deficiente regulação do acesso para os cuidados especializados que não atendem demanda espontânea; a dificuldade da APS ter um papel efetivo na coordenação do cuidado; e um subfinanciamento crônico que nos últimos anos tem se configurado como desfinanciamento, visto às políticas de austeridade fiscal de caráter neoliberal (como a Emenda Constitucional Nº. 95/2016).

Neste contexto de pandemia, esses desafios se intensificaram comprometendo o acesso a cuidados resolutivos, dentro da perspectiva do direito universal à saúde, um dos princípios norteadores do SUS. Para se fazer cumprir o acesso universal à saúde, a descentralização com direção única em cada esfera também se tornou um princípio indispensável, dado o tamanho do país. Entretanto, há muitas limitações no que diz respeito à organização territorial do SUS, que é complexa e reflete o arranjo federativo trino do Brasil e seus desafios.

Este capítulo está dividido em duas seções, tendo a segunda outras duas subseções. A primeira seção aborda a configuração territorial do sistema de saúde brasileiro a partir de uma leitura da organização federativa do país que se reflete no SUS e da distribuição desigual da oferta e dos fluxos de atendimento à saúde enquanto um problema prévio à pandemia. A segunda seção trata a necessidade de oferta e acesso a serviços e recursos de saúde da assistência hospitalar para atender as demandas geradas pela COVID-19, analisada sob o aspecto da desigual distribuição e relação público-privado no território nacional.

4.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E SUA CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL

O federalismo possui como condição norteadora a unidade na diversidade. Isto é, embora pressuponha uma situação de heterogeneidades (territoriais, étnicas, linguísticas, socioeconômicas, culturais e políticas), aposta na construção de uma estrutura que preserve a unidade nacional (ABRUCIO, 2005).

O Brasil é um país federativo desde a Constituição Republicana de 1891. Assim como muitas federações estabelecidas no decorrer do século XIX, a instituição da federação brasileira foi influenciada pelo federalismo estadunidense (DALLARI, 1986). Porém, no final do século XX, o Brasil ganhou um desenho bastante peculiar em comparação às outras federações. Os anos 1980 marca o importante período de redemocratização da federação brasileira, que se consolida com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Este marco introduziu os municípios como entes federativos, assim como os Estados e a União, tornando-se uma federação tripartite. E além dessa importante alteração institucional do país, políticas sociais, entre elas a de saúde, começaram a ser desenhadas e implantadas com base neste novo marco legal e na dinâmica da sociedade, agora, democrática.

O desenho federativo brasileiro inscrito na CF/88 pode ser compreendido como de um federalismo cooperativo, visto que todos os entes possuem autonomia político-administrativa-fiscal, porém com repartição de competências sendo portanto, ao mesmo tempo que autônomos, interdependentes entre si (ALMEIDA, 1995). De acordo com Abrucio (2005), este modelo cooperativo deveria contribuir para reduzir as assimetrias entre os entes territoriais, fator fundamental para o equilíbrio de uma federação.

Entretanto, Souza (2005, 2017) enfatiza que, num contexto de profundas e históricas desigualdades e de diferentes capacidades dos governos subnacionais em que não há correspondência entre os poderes, atribuições e recursos, a cooperação se consolidou mais como um princípio constitucional do que um arranjo institucional efetivo. Em outras palavras, o Brasil adotou uma fórmula de federalismo simétrico numa federação sócio-econômica-política assimétrica, em que se colocam necessárias negociações territoriais complexas entre os entes federados.

A política nacional de saúde brasileira que se estabelece a partir do marco institucional da CF/88, herda este arranjo federativo e o SUS vem a se organizar também de forma tripartite e descentralizada. Sua operação, com direção única em cada esfera de governo é exercida, no nível Federal, pelo Ministério da Saúde (MS), no Estadual por 27 Secretarias de Estado de

Saúde (SES) e no Municipal por 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Ao MS é atribuído a coordenação do SUS e a formulação de políticas nacionais de saúde, além da cooperação técnica e financeira aos entes subnacionais e da regulação do sistema público e das atividades privadas em saúde. O nível estadual é encarregado por organizar as redes regionalizadas, cooperando técnica e financeiramente com os municípios, além de também atuar na provisão de serviços, com foco na média e alta complexidade. Por sua vez, o nível municipal é o principal responsável pela execução de ações e serviços de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 1990).

Na primeira década de implantação do SUS (1990-2000), a descentralização político-administrativa na saúde colocou os municípios como *locus* privilegiado para a execução de ações e serviços de saúde. Neste período, a distribuição espacial dos serviços públicos de saúde acompanhou as tendências de desconcentração e desigualdade que marcaram o processo de globalização (ALMEIDA, 2005, *apud*, ALBUQUERQUE, 2006). Este processo foi um dos pontos centrais da Reforma Sanitária Brasileira ao propor a instituição do SUS, pois tinha-se uma compreensão de que apenas assim seria possível garantir a democratização do acesso e a expansão do sistema em todo território nacional (PAIM, 1992). Na época, havia um forte consenso que associava descentralização e democratização (TEIXEIRA, 1991), mas que na prática não se efetivou (ARRETCHE, 1996).

Campos (2006) ressalta que a descentralização, tal como desenhada na CF/88, com repartição de competências entre os níveis - exclusivas e em comum -, não foi acompanhada de repasses de recursos compatíveis com tal estrutura, aspecto que, segundo Elias (1996), seria fundamental para garantir o seu exercício concreto. Também não levou em conta as desigualdades regionais, econômicas e sociais dos entes federativos. As desigualdades loco-regionais e a baixa cooperação entre os entes federados (SOUZA, 2006), fizeram com que a descentralização municipalista da saúde no Brasil acabasse fragmentando o SUS (YUNES, 1999), fenômeno que Santos e Campos (p. 438, 2015) nominaram de “equivocos originados das melhores intenções”.

Com a heterogeneidade das capacidades políticas, administrativas e fiscais dos municípios, em que boa parte possui limitada capacidade técnica e uma rede de serviços precária, além de certa indefinição do papel dos estados, a coordenação federativa do SUS desde o princípio foi colocada em xeque.

A partir dos anos 2000, a política de saúde passou a priorizar as estratégias da regionalização e regiões de saúde e, posteriormente, das redes de atenção, para reduzir essa fragmentação e na tentativa de garantir escala e escopo dos serviços, especialmente da média e

alta complexidade. Entretanto, Viana e Lima (2011) chamam atenção para o fato de que o início efetivo da proposta de regionalização foi tardio e isso dificultou a elaboração de um planejamento regional conciso, que desse conta de reduzir certas desigualdades sociais e em saúde, e proporcionasse a efetiva integração dos serviços. Ainda que tenha sido um período de aumento dos recursos para saúde e de importante redução das desigualdades sociais, o processo de regionalização do SUS manteve-se repleto de restrições e desafios (ALBUQUERQUE et al, 2017).

Observa-se que as estratégias político-institucionais para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde no Brasil, não estiveram associadas desde o princípio da implantação do SUS. A indução da descentralização municipalista (década de 1990), da regionalização e regiões de saúde (década de 2000) e da conformação de redes de atenção à saúde (década de 2010), ocorreu de maneira descompassada, além de referenciadas por diferentes concepções normativas, teóricas e políticas (VIANA; LIMA, 2011; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Albuquerque et al. (2017) evidenciam que, apesar dos serviços e ações da APS terem se expandido e capilarizado em todo território nacional, ainda que de formas diferentes e desiguais, se produziu e ampliou uma importante concentração de recursos e equipamentos de média e alta complexidade (MAC) em poucos grandes centros urbanos, capitais e metrópoles, o que, segundo Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), resultou numa grande variação dos fluxos de pacientes (maior em relação aos serviços mais complexos) para utilização de serviços. No caso da APS, particularmente das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocorreu o contrário. Houve expansão significativa do Saúde da Família nas regiões mais pobres do país, com maiores limitações para sua implantação em periferias metropolitanas, justamente as cidades mais ricas e densas (VIANA et al., 2006).

Tal padrão de distribuição da oferta repercutiu nas desigualdades sociais e geográficas de acesso aos serviços de saúde, com diferenciações importantes entre a população de regiões mais ou menos desenvolvidas economicamente (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006), assim como na desigualdade regional da provisão espacial de serviços, recursos e de fluxos de atendimento à saúde no Brasil, que acompanham a diversidade de prestadores (LIMA et al., 2019).

Lima et al. (2019) identificaram que, na produção ambulatorial de média complexidade, os prestadores público municipal e estadual são predominantes, sobretudo nas regiões do Norte, mas também nas do Centro-Oeste e parcela pequena do Nordeste. Nas regiões do Sul e Sudeste,

e parte significativa do Nordeste, o predomínio foram dos prestadores públicos municipais e privados lucrativos e filantrópicos. Já na produção hospitalar de média complexidade, a análise identificou o privado filantrópico abarcando a maior parte das regiões, sendo prevalente nas regiões de saúde do Sul e Sudeste. Na produção ambulatorial de alta complexidade, prestadores privados lucrativos e filantrópicos são muito marcantes nas regiões do eixo Sul e Sudeste. O Centro-Oeste Nordeste também possui elevada expressão também dos prestadores privados lucrativos, ainda que menos se comparado ao Sul e Sudeste. Nas regiões do Nordeste e, principalmente, nas do Norte, o predomínio é dos prestadores público estadual e municipal. Na produção hospitalar de alta complexidade, foram identificadas escassez/ausência de prestadores, principalmente nas regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os prestadores público municipal e estadual foram predominantes nas regiões do Norte do país, que também possuía prestadores privados filantrópicos isoladamente. O prestador público federal está em poucas regiões de alguns estados ao passo que os prestadores privados lucrativos e filantrópicos são muito expressivos nas regiões e estados do Sul, Sudeste e parte do Centro-Oeste.

Claro que por conta do pressuposto escala-escopo²⁴, nem todos os municípios podem, nem devem, se comprometer em ter oferta de serviços ou mesmo determinados equipamentos e exames de MAC. Mas também é evidente que a regionalização, tal como orientada pelas necessidades coletivas da população, não deu conta da organização territorial do sistema de saúde e ainda acentuou a necessidade de grandes deslocamentos entre cidades e mesmo estados do país para a obtenção de determinados serviços. Isto é, apesar de ter se ampliado a escala (abrangência) dos serviços, o escopo (distribuição) da oferta de MAC permaneceu concentrado.

O SUS, ao incorporar o arranjo federativo brasileiro, expressa suas desigualdades, assim como os complexos processos decisórios e assimétricos entre as esferas de governo e as dificuldades administrativas dos entes subnacionais em efetivar as políticas de saúde nos territórios. Há também uma importante dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal que, nos últimos anos, tem demonstrado uma falta

²⁴ Aqui neste caso, o pressuposto escala-escopo se refere a um parâmetro baseado no quantitativo populacional necessário (mínimo) para o uso de determinados serviços, equipamentos e exames especializados que justifique a implantação, compra e manutenção dos mesmos. Num contexto de heterogêneas e desiguais capacidades e funções políticas, administrativas e tributárias entre os municípios, mostra-se bastante limitada a oportunidade que determinados lugares vão ofertar e garantir a sua população. Apenas 49 dos 5.570 municípios brasileiros possuem uma população superior a 500.000 habitantes e 30 municípios possuem população inferior a 1.500 habitantes, onde quatro deles chega a ser inferior a 1.000 habitantes, por exemplo (disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>>, acesso em 20/05/2021) . O que se quer chamar atenção aqui é que dificilmente esses lugares vão ofertar exames como tomografia, ressonância magnética, hemodiálise, etc., dado seu alto custo, e que exigem também uma mão-de-obra qualificada para operar a máquina e que também vai estar concentrada nas grandes cidades e metrópoles.

de comprometimento da União com o SUS – e com as políticas públicas e sociais de modo geral – ao reduzir sua participação relativa no financiamento na saúde, o que tem custado caro neste contexto de pandemia (FLEURY, 2020).

Abrucio et al. (2020) ao analisarem a condução do governo de Bolsonaro no combate à crise sanitária, observam um ponto de inflexão importante em que foi possível observar que a pandemia contrapôs dois modelos de federalismo. No “federalismo bolsonarista”, o ideário e as estruturas institucionais da CF/88 com características cooperativas e de forte coordenação federal que deveriam ser colocadas em prática neste contexto, parecem não ser uma alternativa.

Desde 2019, quando Bolsonaro assume a presidência, tem sido cada vez menor a participação da União na redução de desigualdades territoriais e no apoio a governos subnacionais, além da postura centralizadora e hierárquica nas questões de impacto nacional. O conflito com governos subnacionais e tem descoordenado políticas públicas de enfrentamento à pandemia. Bolsonaro se desobrigou da ação de combate à COVID-19 e demorou a se pronunciar sobre o vírus. Desde o início demonstrou preocupação apenas com a economia e criando falsas dicotomias entre este setor e a saúde, minimizando a gravidade da situação. A determinação do isolamento social, por exemplo, observou-se que foi liderada pelos governadores dos estados. Isso também pôde ser observado na negociação e compras de insumos e recursos.

4.2 A NECESSIDADE DE OFERTA E ACESSO A SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO À COVID-19

Tem-se mostrado evidente que parte importante dos estudos e análises sobre as desigualdades no enfrentamento à pandemia se referem à distribuição da oferta de serviços e equipamentos de saúde necessários para os cuidados requeridos pela COVID-19, assim como de profissionais qualificados e capacitados para lidarem com as demandas específicas da doença causada pelo vírus SARS-CoV-2. Os estudos e análises foram realizados em diferentes escalas espaciais/geográficas, mostrando uma vasta possibilidade de ações que, neste caso, seriam de combate à pandemia.

Levando-se em consideração o crescente aumento da demanda por recursos, como leitos de UTI e respiradores/ventiladores mecânicos na pandemia, um aspecto bastante recorrente nos estudos foi a elaboração de modelos matemáticos para previsão de disponibilidade de recursos

e criação de distintos cenários relacionando oferta e demanda, para o cálculo dos momentos de risco de ruptura dos sistemas. Foram projetadas taxas de crescimento do número de casos, tempo de propagação do vírus e oferta de leitos e outros equipamentos, na intenção de identificar riscos de colapso do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, onde haveria maior demanda e necessidade de redimensionamento dos investimentos para ampliação da oferta (ALMEIDA et al., 2020a; CASTRO et al., 2020; NORONHA et al., 2020a; RACHE et al., 2020a, b). Diversas projeções referentes à evolução da pandemia foram sendo feitas e atualizadas com base na análise de uma série de fatores e no refinamento de modelos estatísticos. Não incomum, muitas produções publicadas por um mesmo grupo eram atualizações e/ou complementos das análises (ALMEIDA et al., 2020a, b; NORONHA et al., 2020a, b; BATISTA et al., 2020a, b; PORTELA et al., 2020a, b, c).

Buscava-se, dessa maneira, prever o crescimento das demandas e auxiliar na redução dos riscos de colapso do sistema de saúde, considerando a dinâmica temporal e espacial da pandemia no Brasil. Foram considerados mais vulneráveis os municípios, estados e regiões com maior probabilidade de rápido aumento do número de casos e menor capacidade de atendimento pelo sistema de saúde. Cabe ressaltar que, as projeções iniciais eram alarmantes quanto ao aumento de casos e óbitos, mesmo nos cenários mais otimistas.

No que tange os leitos de UTI, eles ainda são uma categoria de leitos sem definição clara. Os requisitos mínimos para funcionamento e habilitação de UTI no Brasil estão dispostos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 07, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 25 de fevereiro de 2010. Nessa RDC são detalhados os requisitos para sua organização, de infraestrutura física, de recursos humanos e assistenciais, de transporte de pacientes, de gerenciamento de risco e notificação de eventos adversos, de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, de avaliação e de recursos materiais. Na resolução, a UTI é definida como “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, usando materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”. Além disso, a RDC as divide em UTI adulto, pediátrica, neonatal e especializada: a UTI adulto destina-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, mas pode atender pacientes de 15 a 17 anos, conforme normas da instituição; a UTI neonatal, a recém-nascidos com até 28 dias; ao passo que a UTI pediátrica atende aqueles com idade entre 29 dias e 14 ou 18 anos.

Os recursos humanos em uma UTI incluem equipes que devem contar, no mínimo, com médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem. Os requisitos de especialidades e o quantitativo desses profissionais variam de acordo com o tipo de leito (adulto, pediátrico ou

neonatal). Quanto aos recursos materiais, com relação à resposta à pandemia, cabe destacar a exigência para as UTIs de: i) um ventilador pulmonar mecânico microprocessado para cada dois leitos de UTI adulto, um para cada dois leitos de UTI pediátrica e um para cada dois leitos de UTI neonatal, com reserva operacional de um equipamento para cada cinco leitos UTI adulto, cinco de UTI pediátrica e cinco de UTI neonatal; e ii) um ventilador pulmonar mecânico não invasivo para cada dez leitos de UTI adulto, um para cada dez leitos de UTI pediátrica e um para cada cinco leitos de UTI neonatal, quando o pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a ventilação não invasiva. Alguns estudos analisaram a distribuição geográfica dos profissionais da saúde (BEZERRA et al., 2020; FEHN et al., 2020; LOPEZ et al., 2020; SCHEFFER et al., 2020; VIACAVA et al., 2020), que é muito importante, pois representa o limite de expansão da oferta de leitos. Ressalta-se que não adianta ter o recurso e equipamento se não há profissional capacitado para operá-lo, especialmente se tratando de recursos que exigem uma formação qualificada e certa experiência.

4.2.1. Desigualdades na distribuição regional dos recursos hospitalares para atendimento à COVID-19 no Brasil

A partir da revisão bibliográfica realizada, observou-se que a maior parte desse tipo de análise (distribuição da oferta de serviços e recursos) no campo da saúde têm se dado a partir de algum recorte de escala regional, como: Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões de Saúde, Regiões de Influência das Cidades (Regic/IBGE) e Regiões Metropolitanas. Sem exceção, os estudos apontam expressivas desigualdades regionais nos arranjos, oferta e distribuição de recursos nas diferentes escalas espaciais.

As escalas regionais têm sido frequentemente uma escolha e aposta dos autores e de instituições/projetos da área da saúde e permitem diferentes enfoques e comparações, destacando a importância desses variados tipos de recortes regionais para o planejamento e gestão das ações, serviços e políticas de saúde.

Embora o Brasil possua uma proporção média de leitos de UTI (2,2 por 10 mil habitantes) considerada satisfatória para os padrões estabelecidos pela OMS e pelo Ministério da Saúde (1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes) (AMIB, 2020), a oferta dos mesmos tem se mostrado insuficiente neste contexto pandêmico e sua distribuição regional muito desigual dentro do território nacional.

Palamim e Marson (2020) apontam que, dos 26 estados brasileiros mais Distrito Federal, apenas onze apresentavam, até agosto de 2020, um número de leitos de UTI/10.000 habitantes acima de 1/10.000 habitantes. Dentre os onze, estavam os quatro estados da região Sudeste (SP, RJ, MG e ES). Ressaltam ainda que cada estado apresenta distribuição desigual desses leitos por área total. No Amazonas, por exemplo, maior estado do Brasil com 559.168,12 km², as UTIs estão concentradas apenas em sua capital, Manaus.

A região Sudeste, embora seja a mais privilegiada no que se refere à oferta de serviços e recursos de saúde, há importantes diferenças e desigualdades entre estados que a compõem e longos deslocamentos a serem percorridos pelos pacientes (ALCÂNTARA et al., 2020; BATISTA et al., 2020a; NORONHA et al., 2020b; PEREIRA, 2020). Além disso, em níveis absolutos, é a região com maior déficit de leitos devido à alta densidade populacional, que tende a gerar aumento da demanda por atendimento (RACHE et al., 2020a). Almeida et al. (2020a) ao calcularem a eventual necessidade de leitos adicionais (gerais e de UTI), destacam a situação do estado do Rio de Janeiro, o único da Federação a demandar leitos gerais ainda num cenário moderado (o equivalente a 0,5% da população infectada).

Em Minas Gerais, Noronha et al. (2020b) apontam que a distância mínima média

percorrida para obter atendimento em leito UTI é relativamente baixa, em torno de 85 km. Todavia, as dificuldades de acesso podem estar presentes em 18% dos 853 municípios de MG, majoritariamente localizados na macrorregião nordeste do estado, onde os pacientes precisariam percorrer em média uma distância igual ou superior a 120 km. Essas localidades são, em geral, mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e de acesso ao sistema de saúde. Para essas localidades, os autores sugerem a disponibilização de transporte aeromédico (ambulância/UTI aérea) que pode ser mais custo-efetiva do que criar nova capacidade instalada.

Na pandemia, os desafios relacionados às lacunas e vazios assistenciais e ao acesso aos serviços, se intensificaram, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, onde há historicamente um importante *déficit* de oferta de recursos hospitalares e necessidade de grandes deslocamentos por parte dos usuários e pacientes.

Mais de 7 milhões de brasileiros estão há mais de 4 horas de um município polo de atendimento de alta complexidade, onde se encontram leitos de UTIs, equipamentos e profissionais especializados para doenças respiratórias graves e agudas, como a COVID-19 (MONITORA COVID-19, 2020a). Em estados da Região Norte, como o Amazonas, Pará e Acre, mais de 20% da população reside em áreas onde leva-se até 4 horas de deslocamento para chegar a um município polo de atendimento de alta complexidade. Mesmo o Rio de Janeiro que possui uma oferta superior aos estados do AM, PA e AC, se destaca por concentrar 23% da população que vive a mais de trinta minutos de uma unidade capaz de realizar triagem e 23% da população a mais de 5 km de estabelecimentos onde pessoas podem ser internadas (PEREIRA, 2020).

Soma-se a isso, as formas, o tempo e as condições de deslocamento no Brasil que são bastante distintas dada a heterogeneidade e/ou precariedade dos meios e das redes de transportes, assim como, as possibilidades de uso destes meios e redes. Enquanto a maioria da população se utiliza vias terrestres (CO, SE, S e NE) e vias fluviais (Norte) (XAVIER et al. 2020), uma pequena parcela tem acesso facilitado e agilizado aos grandes centros hospitalares em outros estados e regiões do país por meio de transporte aéreo para deslocamento de casos graves da COVID-19.

No Nordeste, a situação das localidades com baixa infraestrutura de recursos também se coloca como um desafio dada as distâncias a serem percorridas até os locais com maior infraestrutura, como observado por Pedrosa e Albuquerque (2020) ao analisarem a distribuição dos casos e dos leitos de UTI no Estado do Ceará. Em estudo feito por membros do Consórcio do Nordeste e acadêmicos, Kerr et al. (2020) reconhecem a limitada infraestrutura em saúde da Região Nordeste como um todo, especialmente por conta das condições socioeconômicas e

demográficas. Ainda assim, os autores ressaltam que houve uma importante resposta regional no que se refere às medidas de mitigação tomadas precocemente pelos governadores, que amenizaram os efeitos da pandemia. O caso do Maranhão se destaca, por se tratar de um dos estados mais pobres da Federação, mas que teve uma das melhores respostas, inclusive no que se refere à redução do número de óbitos e à ampliação da oferta de recursos hospitalares, ilustrando a importância dos entes estaduais na condução da resposta a emergências sanitárias dado que não houve apoio do governo nacional (ALVARENGA et al., 2020).

Quando analisadas as Regiões de Saúde (RS), identificou-se uma enorme heterogeneidade e desigualdades na oferta regional e escassez de recursos na maioria das regiões do país. Atualmente, o país conta com 450 regiões de saúde e, dados de março de 2020, mostraram que mais da metade das RS já teria uma proporção de leitos de UTI abaixo do parâmetro indicado, mesmo num cenário típico (sem pandemia). Quando analisados apenas os leitos SUS, mais de 70% das RS já estaria abaixo do parâmetro indicado. A ausência de leitos de UTI ocorre em 32,6% das regiões de saúde (RACHE et al., 2020a).

Estudos que focaram na escala de RS identificaram expressivas desigualdades. Smolski et al. (2020), ao analisarem o caso do Rio Grande do Sul, concluíram que nas RS e seus respectivos municípios, as desigualdades na distribuição e oferta de leitos hospitalares e respiradores/ventiladores obriga a maior parte da população a fazer deslocamentos para ter acesso à esses recursos, concentrados em polos de referência regional. Os autores identificaram 10% das RS do estado não possuem registros de leitos de UTI do tipo Adulto, são elas: Carbonífera/Costa Doce; Botucaraí e Rota da Produção. Os recursos estão concentrados na Região Metropolitana de Porto Alegre, capital do estado, e na RS do Vale do Gravataí.

No estado do Rio de Janeiro, foram identificadas discrepâncias importantes na disponibilidade de leitos entre os municípios e as nove regiões de saúde (BATISTA et al., 2020a; NUNES, 2020). A desigualdade entre Baía da Ilha Grande (BIG) e Metropolitana I é ressaltada. Enquanto a primeira possui apenas 299 leitos de internação hospitalares e 8 leitos de UTI, este número chega a 9.337 leitos e 596 leitos de UTI na Metropolitana I. Ainda assim, mesmo nesta última região a distribuição é desigual entre os doze municípios que a compõem: dos 596 leitos de UTI, 516 estão concentrados no município do Rio de Janeiro, capital do estado, e os demais distribuídos pelos demais municípios. Mesmo quando considerada a quantidade de leitos de UTI por 10.000 habitantes, as desigualdades se mantêm. Ao passo que a região Noroeste dispõe de 2,4 leitos de UTI/10 mil habitantes, este valor é de apenas 0,3 na região na Baía da Ilha Grande (BATISTA et al., 2020a). Dados do Regic/IBGE e do DataSUS mostram que poderiam ser valorizados e fortalecidos mais polos municipais no estado, com

foco no atendimento à COVID-19 (OLIVEIRA et al., 2020).

Desigualdades na oferta também foram observadas entre as nove RS do sudeste de Minas Gerais, que comportam 33 municípios. Batista et al. (2020c) expõem que a maioria dos municípios e das regiões da área analisada não dispõem de leitos de UTI, nem do SUS, nem da saúde suplementar. Só o município de Juiz de Fora concentra mais da metade desses leitos totais (públicos e privados) e SUS (190 dos 334 e 133 dos 253, respectivamente), seguido de Muriaé. O cenário é menos grave quando se analisa os leitos gerais os quais todos os municípios das RS do sudeste de MG possuem disponíveis e destaca-se que alguns deles possuem apenas pelo SUS.

Quando analisadas as Regiões Metropolitanas, também foi possível identificar desigualdades intrametropolitanas na oferta de recursos hospitalares, dada sua grande concentração em municípios-pólo e em áreas centrais, comumente privilegiados no que se refere aos recursos disponíveis (FORTES; OLIVEIRA; SOUSA, 2020; JÚNIOR; GONÇALVEZ; CRUZ, 2020). Mesmo nas Regiões Metropolitanas (RM), mais ricas do país, há uma importante deficiência de atendimento às periferias ou interiores para enfrentamento à COVID-19. Fortes, Oliveira e Sousa (2020), analisaram a Baixada Fluminense (BF), parte da RM do Rio de Janeiro e destacam que em grande parte dos municípios que a compõem há uma população adensada, com grandes dificuldades de praticar o isolamento social, em condições de vida precárias, com instalações e equipamentos de saúde insuficientes em seu território.

Rocha (2020) identificou que, no início da pandemia no Brasil, havia 4.089 leitos (gerais e de UTI), nos treze municípios que compõem a BF, para uma população de quase 4 milhões de habitantes. O cenário se agrava quando se analisa a quantidade de leitos por mil habitantes em cada município. Com exceção de Guapimirim (2,28) que chegou a superar os maiores centros econômicos da região – Nova Iguaçu (1,47) e Duque de Caxias (1,45) –, os demais municípios (Japeri, Seropédica, Queimados, São João de Meriti, Belford Roxo, Itaguaí e Magé) possuem uma quantidade abaixo 1 de leito por mil habitantes.

Quando analisada a escala municipal, o cenário tende a ser ainda mais alarmante. Portela et al. (2020a) destacam que dos 5.570 municípios brasileiros, mais de 90% (5.034 em números absolutos) não dispunham de leitos de UTI (dados referentes ao mês de fevereiro de 2020). Acrescentam ainda que 84,7% das cidades brasileiras não dispunham de tomógrafos e 59,3% não possuía respiradores/ventiladores mecânicos. De fato, a maior parte dos municípios brasileiros não possui escala-escopo para demanda e uso de determinados recursos de média e alta complexidade; portanto são necessárias ações coordenadas e integradas em escala regional para organizar a atenção à saúde especializada que, embora já tenham sido apontadas limitações

também nas regiões de saúde, é uma aposta para a universalização do acesso à saúde no país (REGIÃO E REDES, 2020).

Não obstante, apesar das limitações e desafios impostos para a escala municipal, casos exitosos foram identificados. Em estudo de Nunes et al. (2021), foram analisados seis municípios pequenos das regiões Norte e Nordeste que se caracterizam por uma resposta efetiva à COVID-19, seja medida por um baixo número de casos, seja por uma baixa incidência de óbitos: Brotas de Macaúbas (BA), Santa Helena (PB), Tanhaçu (BA), Buriti (MA), Guanambi (BA) e Cachoeira do Piriá (PA). Os três primeiros foram reconhecidos como casos exitosos na contenção de novas infecções e os demais na contenção de óbitos. Todos eles focaram em estratégias para garantir que o município não entrasse em fase de transmissão comunitária. Dentro deste escopo, a resposta dos municípios caracterizou-se por duas dimensões: primeiro, no nível do desenho das políticas, como a criação de barreiras sanitárias que fechassem todos os pontos de acesso às cidades, com protocolos claros e inteligíveis a respeito de como a burocracia deveria agir em cada contingência. Segundo, no nível da implementação, chamam atenção à i) utilização eficiente de todos os recursos físicos e humanos disponíveis, ii) utilização dos vínculos sociais e comunitários (de maneira geral, no “capital social” disponível) e no uso de tecnologias de informação e comunicação (sobretudo *WhatsApp*), para apoiar a identificação e monitoramento de casos suspeitos e contactantes, e a aderência da população às medidas de isolamento social. Entretanto, chama a atenção a difícil relação com o empresariado local, que em todos os casos foi eventualmente capaz de bloquear as medidas de contenção. Todos os municípios apontaram uma atuação bastante modesta e restrita do governo federal, que na maioria dos casos se restringia ao repasse de recursos, por isso, estes pequenos municípios viram-se na função de resolver seus problemas basicamente sozinhos. De acordo com o estudo, este vácuo de poder foi ocupado de forma bastante heterogênea, como mostra a diversidade de atores identificados que estiveram presentes nos gabinetes de crise e nas demais ações de resposta: em alguns lugares, o legislativo municipal protagonizou a resposta à crise; em outros, apoiadores regionais e a articulação entre prefeitos; e em outros ainda, outras formas de associação religiosas ou agrícolas (NUNES et al., 2021).

Observa-se que as desigualdades relacionadas à distribuição da oferta de recursos hospitalares para atendimento aos casos de COVID-19 permeiam todas as regiões do país, em todas as escalas espaciais analisadas. Entende-se, assim, que a desigualdade da oferta de recursos de saúde é relacional, isto é, não diz respeito apenas à pobreza ou riqueza de um lugar ou região, por exemplo. É uma relação que marca inclusive os lugares e as regiões mais ricas do país (como é o caso da Região Metropolitana de São Paulo) e que representa forte

condicionante para os riscos e as respostas frente à pandemia da COVID-19.

Uma alternativa para ampliação da oferta e do acesso, seria a construção de hospitais de campanha. Entretanto, houve problemas na compra de recursos, insumos e na contratação de profissionais, o que dificultou sua capacidade de funcionamento pleno ou mesmo de abertura desses hospitais (CONTE, et al., 2020).

4.2.2. Desigualdades público-privadas na oferta de recursos hospitalares para atendimento à COVID-19 no Brasil

Embora o SUS seja um sistema de saúde de caráter universal, o setor privado, que já atuava anteriormente a sua implantação, manteve e expandiu o exercício de suas atividades. A participação do setor privado na saúde está garantida na CF/88 e na Lei 8.080/90, e sua participação pode se dar tanto em caráter complementar ao SUS, por meio de contratos e como suplementar, livre à iniciativa privada. Ressalta-se que, desde a institucionalização do SUS, o gasto privado em saúde é superior ao gasto público. Trinta anos após a promulgação da CF/88, avanços, impasses e retrocessos podem ser observados na compreensão do SUS e do setor privado (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

No que tange ao caráter complementar, essa participação se dá por meio de contratos e convênios com o setor público; é a parcela do privado que cresce dentro do SUS, configurando uma forte relação de interdependência entre os setores; pois indica que, por vezes, o SUS precisa de serviços e recursos do privado e, por sua vez, o privado necessita de recursos públicos. Desde o início, a expansão dos serviços e a cobertura do SUS ocorreram em condições adversas. Baptista, Machado e Lima (2009) atentam que, apesar da grande expansão dos serviços públicos no território brasileiro sobretudo da APS, o SUS permaneceu dependente da contratação de serviços privados. Na assistência hospitalar, é possível observar uma rede compartilhada, onde a maioria dos hospitais são privados, porém sua utilização se dá majoritariamente por usuários exclusivos do sistema público ou de forma mista (SUS e seguro privado) (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015). Além das unidades de Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) que são marcadas pela predominância de estabelecimentos privados e sua utilização segue a mesma lógica que a dos hospitais (VIACAVA et al., 2018).

Como mencionado anteriormente, na MAC, há uma importante predominância de estabelecimentos e prestadores privados (filantrópicos ou lucrativos) na maior parte das regiões de saúde e municípios polos regionais, o que sugere uma confluência de interesses públicos e privados na provisão de serviços de MAC do SUS (LIMA et al., 2019). Na assistência de média complexidade, predomina o prestador público municipal (ambulatorial) e o prestador privado filantrópico (hospitalar). Na alta complexidade, predominou o prestador filantrópico e lucrativo (ambulatorial e hospitalar).

Por sua vez, a participação privada em caráter suplementar, permite a coexistência de um sistema público e um sistema privado, com formas diferentes de acesso, financiamento e prestação de serviços (MENICUCCI, 2007). Aqui estão inseridos os atendimentos e/ou exames

particulares que são pagos via desembolso direto do paciente no ato da prestação (*out of pocket* - *OOB*) e também os seguros privados de saúde, nas suas diversas modalidades (empresarial, familiar, individual, etc.), cujo os *prêmios* se dão de acordo com o plano contratado. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2021, a taxa de cobertura por seguros privados de saúde de assistência médica era de 24,5% da população brasileira, o que pode-se considerar um número bastante elevado tendo em vista que o país possui um sistema de saúde de caráter universal.

Apesar do SUS contar com a maioria dos leitos hospitalares (gerais), a maior parte dos leitos de UTI encontra-se no setor privado. Ainda que o Brasil possua uma proporção de leitos de UTI satisfatória segundo os parâmetros internacional e nacional, quando segmentados os dados do sistema público e privado observa-se que o SUS tem uma média de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes, enquanto a rede privada suplementar possui 4,9 (AMIB, 2020).

Levantamento realizado pela Associação de Medicina Intensiva (AMIB, 2020), indicou que o país contava, em março de 2020, com 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do SUS e 23.004 pertencentes à saúde privada suplementar. Considerando-se que a parcela populacional beneficiária de seguro privado de saúde (ANS, dezembro de 2020) é bastante inferior àquela exclusivamente dependente do SUS, a relação da oferta revela-se ainda mais desigual entre os setores. Quando analisadas as diferenças da proporção total de leitos de UTI por 10 mil habitantes, a proporção desses leitos na saúde suplementar foi superior a do SUS nas cinco Grandes Regiões brasileiras, inclusive nas regiões Sul, Nordeste e Norte onde o número absoluto de leitos de UTI SUS é superior ao da saúde suplementar.

Palamim e Marson (2020), observaram que todas as UFs apresentaram um número de leitos de UTI privados acima de três por 10.000 habitantes, com exceção do estado de Santa Catarina (2,61/10.000). A maior proporção se encontrava no estado do Mato Grosso, com uma taxa superior a 10 por 10.000 hab. São Paulo, o estado com maior percentual de beneficiários de seguros privados, possuía taxa de 1,2 e 3,8 leitos de UTIs/10.000 habitantes no SUS e no setor privado, respectivamente.

Embora a oferta de leitos de UTI privada seja superior à pública, ela possui elevada concentração nas capitais (COSTA; LAGO, 2020). Isso significa que os habitantes de cidades de pequeno e médio porte, assim como municípios não-polos de saúde das regiões metropolitanas, mesmo sendo beneficiários de planos e seguros, podem enfrentar sérias dificuldades ou mesmo barreiras de acesso ao cuidado intensivo.

Rache et al. (2020a) ao tratarem os leitos de UTI gerais (SUS e saúde suplementar) nas RS, observam que mais da metade das regiões tem menos de 1 leito por 10 mil habitantes.

Apenas no SUS, mais de 70% das regiões estavam abaixo do parâmetro. Ressalta-se que essas regiões já se encontravam nesta situação em um ano típico. Dessas 70%, mais da metade não possuíam leito de UTI (isso é quase 15% da população dependente do SUS, sem oferta desse recurso na região que reside). Esses vazios são predominantes nas regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Já no setor privado, pouco menos da metade das RS apresentaram números abaixo do parâmetro, apresentando um cenário mais favorável.

Na escala municipal, dos 536 municípios brasileiros que possuíam leitos de UTI, 69,8% (374) tinham taxas mais favoráveis ou disponibilidade exclusiva no SUS. Por outro lado, em 71 destes municípios chegaram a apresentar na saúde suplementar razão mais de 8 vezes superior (PORTELA et al., 2020c). Os autores atentam que, ainda que a oferta no SUS seja mais difusa, há várias áreas de concentração de recursos privados, especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Ademais, é visível a vastidão de espaços desprovidos de qualquer oferta especialmente para leitos de UTI.

A adoção de fila única para os leitos, sem distinção de setores ou pacientes, tem sido uma proposta debatida (FAGUNDES et al., 2020; JUNIOR; CABRAL; ASENSI, 2020). Em termos gerais, seria a regulação do acesso aos leitos públicos e privados de internações e de UTIs no Brasil feita pelo setor público, independentemente da capacidade de pagamento dos pacientes ou de terem planos e seguros privados de saúde. Em geral, os estudos recomendam esforços de coordenação para o uso da totalidade dos leitos hospitalares existentes no Brasil para melhor enfrentamento da pandemia. Marinho (2020) destacou vantagens e desvantagens dessa proposta e ainda descreveu dois modelos possíveis para a adoção da fila única: a parcial e a geral. O modelo da fila única parcial englobaria os leitos hospitalares que estivessem vagos nos hospitais fora do SUS, após a internação dos pacientes beneficiários de planos e seguros de saúde enquanto o da fila única geral, envolveria todas as vagas hospitalares disponíveis do país, em que todos os pacientes teriam as mesmas chances em todos os hospitais. Por ser menos abrangente, a fila parcial talvez seja mais facilmente aceita pelos atores de fora do SUS que não concordem com a fila única. Entretanto, a eventual facilidade de aceitação não implica, necessariamente, maiores facilidades de implementação. Ambas as alternativas exigem investimentos consideráveis para sua implementação e operacionalização satisfatória.

Em estudo de análise comparada sobre estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos por meio da utilização de hospitais privados na resposta à COVID-19, concluiu-se que, embora existam diferentes possibilidades de uso de estruturas hospitalares privadas pelos sistemas públicos de saúde, todas podem promover rápida ampliação da capacidade assistencial em situações de emergências sanitárias (MASSUDA;

TASCA; MALIK, 2020).

No Brasil, a captação de leitos de hospitais privados já equipados e prontos para receber pacientes à espera de atendimento foi pontual e restrita a determinadas cidades (CONTE et al., 2020). Conte et al. (2020) destacam ainda que, enquanto unidades públicas de terapia intensiva chegaram a sua taxa de ocupação máxima, o setor privado contabilizou leitos ociosos.

Embora tenha havido incremento de leitos de UTI no país durante a pandemia, não foi suficiente para reduzir as desigualdades de oferta entre os setores; inclusive as ampliaram. Junior e Cabral (2020) verificaram que dos de 14.220 novos leitos UTI no país, apenas 3.104 foram para o SUS, enquanto o setor privado instalou mais de 11 mil leitos, o que representou 78,18% das novas camas de tratamento intensivo em todo o país para uma parcela bem menor da população.

Observa-se assim, que a pandemia não apenas ressaltou as desigualdades da oferta entre os setores público e privado, como as ampliou. Mesmo com a expansão de leitos hospitalares, a distribuição regional e setorial manteve-se significativamente desigual no país.

Os embates entre os governos federal, estaduais e municipais se tornaram evidentes na pandemia (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020). A falta de coordenação por parte do governo federal para formular uma resposta nacional consistente, fez com que governos estaduais e municipais tivessem que tomar suas próprias decisões de enfrentamento à COVID-19. Entretanto, dadas as distintas e desiguais capacidades políticas, administrativas e econômicas dos municípios e estados brasileiros, o que se observou foi o agravamento das desigualdades na oferta e acesso aos serviços. A ausência de uma condução nacional colocou o país entre aqueles com pior atuação em resposta à pandemia (ROCHA et al., 2020; THE LANCET; 2020).

Ao se analisar as cinco Grandes Regiões, observa-se um aspecto que não é novo em relação à distribuição geográfica de serviços de saúde no Brasil. As regiões Norte e Nordeste, quando comparadas às regiões Centro-Oeste, Sul e principalmente Sudeste, são historicamente desfavorecidas no que se refere a oferta de serviços, equipamentos e recursos de saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; VIACAVA et al. 2018). Por outro lado, quando se analisam regiões metropolitanas que concentram recursos de saúde, há uma desigualdade interna entre os municípios que as compõem, o que dificulta o acesso por parte daqueles que necessitam; e as consequências da pandemia têm mostrado isso (JÚNIOR; GONÇALVES; CRUZ, 2020; ROCHA, 2020).

No caso das regiões de saúde, observa-se que este tem sido o recorte prioritário para dar ganho de escala/escopo, garantir acesso e diminuir desigualdades em saúde (REGIÃO E

REDES, 2020). Em contrapartida, ainda que a regionalização seja um caminho possível e viável para o acesso universal à saúde no Brasil, há que se reconhecer os limites e desafios do processo. Nem todas as regiões de saúde atualmente constituídas garantem a oferta suficiente de UTI, sobretudo no contexto da pandemia da COVID-19. Na maioria das vezes, estas regiões de saúde com insuficiências localizam-se nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (PORTELA et al., 2020b; RACHE et al., 2020a). Desse modo, é fundamental conhecer as necessidades de saúde da população para ofertar uma efetiva estrutura de oferta e planejar novos investimentos.

Soma-se a isso o fato de que, na maioria das regiões de saúde do país, a capacidade instalada e a produção assistencial de alta complexidade é extremamente concentrada no setor privado, inclusive para atendimento pelo SUS (LIMA et al., 2019). Evidenciando que a desigualdade da oferta de recursos hospitalares para a COVID-19 resulta da combinação entre distribuição regional insuficiente, acesso segmentado e forte interdependência entre setores público e privado.

É evidente que a oferta de infraestrutura em saúde reflete a desigualdade socioespacial dos lugares em relação à pandemia (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020; BERNARDES; ARRUIZZO; MONTEIRO, 2020; CATAIA, 2020).

Dentre as limitações identificadas nos estudos analisados, destaca-se que, em sua maioria, não consideraram os leitos já ocupados ou que viriam a ser ocupados por outras demandas. Outros dois aspectos que ainda precisam ser aprofundados, são: a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde pelos acometidos pela COVID-19; a distribuição geográfica dos profissionais da saúde; e a capacidade técnica e financeira dos estados e municípios para ampliação da oferta de leitos de UTI.

O atual período histórico da globalização em que vivemos tem desencadeado resultados trágicos para a maior parte da população mundial e também tem imposto inúmeros desafios para os sistemas de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia em escala global da COVID-19 tem colocado em xeque a capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde ao redor do mundo. Entre março e abril de 2021 o sistema de saúde brasileiro vivenciou uma situação de grave colapso do sistema de saúde, em que praticamente todas as UFs apresentaram taxa de ocupação (%) de leitos UTI para COVID-19 (adultos) superior a 80% (FIOCRUZ, 2020a; b). Pela primeira vez desde o início da pandemia, verificou-se em todo o país o agravamento simultâneo de diversos indicadores, como o crescimento do número de casos e óbitos, a manutenção de níveis altos de incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave, a alta positividade de testes e a sobrecarga dos hospitais. As medidas adotadas pelos países foram diversas e, ainda hoje (meados de 2021), há muitas incertezas e desafios a serem enfrentados. As desigualdades, em nível mundial, também foram intensificadas e ampliadas neste contexto, dificultando ainda mais as respostas do setor saúde para com suas populações.

As desigualdades sociais e em saúde no Brasil são históricas e o SUS é intrínseco ao período técnico-científico-informacional, que reproduz desigualdades socioespaciais e em saúde. A COVID-19 no país condiciona e é condicionada pelas desigualdades, tanto na sua forma de propagação como em quem terá mais possibilidade de acesso aos serviços e recursos de saúde necessários, especialmente os casos mais graves.

Este trabalho analisou a oferta de recursos da assistência hospitalar do sistema de saúde brasileiro. Mais especificamente, a distribuição espacial dos recursos mais demandados neste contexto pandêmico, tais como leitos gerais, leitos de UTI e de equipamentos como respiradores, ventiladores mecânicos e profissionais da saúde especializados. O período de análise cobriu março a dezembro de 2020, mas a pandemia continuou e inclusive recrudescceu, em 2021. Embora possa ser considerada uma limitação, os estudos de 2020 já davam pistas para este acontecimento, o que reafirma a importância deste estudo; além disso não foi possível ampliar a revisão para o ano de 2021, dada as limitações de tempo e escopo de uma dissertação de mestrado.

Foi possível verificar que essa distribuição da MAC é amplamente desigual, concentrando-se nas regiões Sudeste e Sul, assim como a disponibilidade de mão de obra qualificada. Nota-se a existência de grandes vazios ou lacunas assistenciais de equipamentos, instalações físicas e recursos humanos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, que vai demandar deslocamentos, alguns inclusive bastante longos, por parte da população num

contexto de elevado risco de colapso do sistema de saúde.

Os resultados desta pesquisa, entretanto, explicitam que a desigualdade socioespacial é uma relação que permeia a oferta de recursos hospitalares para atendimento aos casos graves de COVID-19 em todas as escalas espaciais, incluindo as regiões mais privilegiadas e concentradoras da oferta de recursos de saúde, como as regiões metropolitanas e capitais. Isto é, mesmo nos “espaços luminosos”, historicamente privilegiados no que se refere à oferta de recursos, há “espaços opacos”, invisibilizados e vulnerabilizados.

Para o enfrentamento dessas desigualdades em saúde frente à pandemia da COVID-19, mostra-se fundamental a perspectiva territorial e a abordagem multiescalar, no sentido de orientar os investimentos, a política, o planejamento e a gestão do sistema de saúde no Brasil. Os vazios assistenciais e as barreiras de acesso devem ser enfrentados, especialmente pela tendência de futuras emergências sanitárias que irão demandar rápida e efetiva resposta do sistema de saúde. Neste sentido, as desigualdades socioespaciais devem ser consideradas nas formas de enfrentamento dos problemas de saúde, em especial de emergências sanitárias que comumente afetam de modo diferente e desigual a população. Enfrentar as desigualdades em saúde impõe também enfrentar os desafios particulares da globalização neoliberal com estratégias particulares e multiescalares em cada lugar e em cada período.

Os resultados mostram ainda que a relação de interdependência entre municípios, regiões e estados e entre os setores público e privado é ressaltada e aprofundada no atual cenário de pandemia. As relações público-privadas, desde a assistência à saúde até a gestão do sistema, se coloca como um desafio adicional para os gestores no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. A fragmentação, segmentação e, ao mesmo tempo, a interdependência entre os setores ampliam as iniquidades na oferta e no acesso ao sistema de saúde, agravando as desigualdades regionais existentes.

As racionalidades entre os setores público e privado são distintas e se traduzem em diferentes arranjos da distribuição espacial das suas ofertas. Tendo como referência os princípios norteadores do SUS de universalidade e equidade, constata-se que a oferta de média e alta complexidade do sistema público de saúde, embora em menor quantidade, como no caso dos leitos de UTI, é mais dispersa territorialmente se comparada a oferta privada. Como o setor privado de saúde no Brasil atua com uma racionalidade de mercado e, portanto, visa maximizar lucros, a lógica da economia de escala e escopo é fundamental na formulação de suas políticas. Em vista disso, a sua oferta é focada em municípios e regiões maiores, onde há uma maior concentração de renda e densidade populacional. Todavia, a política e o sistema público de saúde também aplica o raciocínio da economia de escala e escopo para a regionalização e regiões de

saúde, que acaba também promovendo uma oferta concentrada em determinados polos. Constatou-se que a distribuição da oferta de serviços, profissionais e equipamentos de maneira mais equitativa tem-se colocado como um grande desafio para a atenção à saúde aos casos da COVID-19 no Brasil, mas também para a MAC de modo geral. Sugere-se como agenda de pesquisa, estudos que se debrucem sobre o custo-efetividade para criação de mais polos regionais de saúde que possam reduzir a sobrecarga dos municípios-polo já existentes e distribuir de forma mais equitativa a oferta para a população desde que respeite mais os “fluxos reais” da pessoas.

Outro fator importante sobre os recursos físicos de saúde que ainda tange a relação público-privada, é o das altas taxas de cobertura de seguro privado de saúde da população brasileira. Sabe-se que as taxas de cobertura estão associadas aos níveis de escolaridade, de renda e de emprego (sobretudo do mercado formal de trabalho), fazendo com que as capitais e as demais regiões mais populosas e desenvolvidas do país tenham maiores parcelas da população com seguro privado, que são os lugares onde se concentram esses recursos. Essa população acessa grande parte dos serviços referenciados pelo plano, mas muitas vezes esses serviços atendem tanto ao SUS como o setor privado, e a quem puder pagar diretamente do bolso no ato da prestação. Nesse sentido, dimensionar a distribuição da oferta de recursos físicos deve contemplar tanto a distribuição geográfica como a relação público-privada dos recursos.

Acredita-se que uma maior valorização do sistema público de saúde por parte da população e governantes poderá, na dependência do andamento da crise política e econômica, trazer um novo alento ao processo de consolidação do SUS. Mas para isso é fundamental o fortalecimento da gestão pública para que se garanta a suficiência de recursos humanos e de infraestrutura. Mostra-se fundamental o fortalecimento do sistema nacional de saúde e da capacidade de coordenação assistencial do SUS; a ampliação da infraestrutura hospitalar com planejamento regional, focando nas regiões de maior vulnerabilidade; a ativação dos leitos que não estão em funcionamento ou estão ociosos; e maior investimento e aprimoramento do processo de regionalização do SUS. Superar também essa crise federativa também é elemento-chave para garantir o cumprimento do SUS constitucional.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociologia e Política**, n.24, p. 41-67, jun-2005.
- ABRUCIO, F. L.; GRIN, E. J.; FRANZESE, C., et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública FGV**, v. 54, n. 4, p. 663-677, Rio de Janeiro, jul. - ago., 2020.
- ALBUQUERQUE, M. V. **Território usado e saúde: Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP**. Dissertação de mestrado. 153p., Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Pós-Graduação em Geografia Humana, 2006.
- ALBUQUERQUE, M. V.; et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1055- 1064, 2017.
- ALBUQUERQUE, M. V.; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da Covid-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2021.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 28-38, 2015.
- ALCÂNTARA, E.; MANTOVANI, J.; ROTTA, L.; et al. Investigating spatiotemporal patterns of the COVID-19 in São Paulo State, Brazil. **Geospatial Health**, v. 15, n. 925, p. 201-209, 2020.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA, C.; HAINES, A. F.; CAMPOS, R. P. Salud Global: Um nuevo objeto de estudio en salud colectiva? **Revista Palimpsestus**, v. 37, n. 1, p. 45-64, 2007-2008.
- ALMEIDA, J. F. F.; CONCEIÇÃO, S. M.; PINTO, L. R.; et al (a). Previsão de disponibilidade de leitos nos estados brasileiros e distrito federal em função da pandemia de Covid-19. Nota Técnica n.2, **LabDec/Nescon/UFMG: Belo Horizonte**, mar/2020.
- ALMEIDA, J. F. F.; CONCEIÇÃO, S. M.; PINTO, L. R.; et al (b). Previsão de disponibilidade de leitos SUS e não-SUS nos estados brasileiros e distrito federal em função da pandemia de Covid-19. Nota Técnica n.2, **LabDec/Nescon/UFMG: Belo Horizonte**, abr/2020.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e Políticas Sociais. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo - ANPOCS, v. 10, n.28, p. 88-108, 1995.
- ALVARENGA, A. A.; ROCHA, E. M. S.; FILIPPON, J.; et al. Desafios do Estado brasileiro

diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cad. Saúde Pública**, 2020.

ANDRADE, R. O. Covid-19 is causing the collapse of Brazil's national health service. **BMJ**, v. 370, 2020.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência das políticas públicas? **Rev. Bras. Ciênc. Sociedade**, v.31, p. 44-66, 1996.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil 2020. (Disponível em <amib.org.br/>, acesso em 14/04/21).

AYRES, J.; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-143, 2008.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Rev. Saúde em debate**, v.42, p. 158-171, 2018.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 829- 839, 2009.

BATISTA, A.; ANTUNES, B.; FAVERET, G.; et al.(a). Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro para o dia 04 de abril de 2020. Nota Técnica n.2, **NOIS: Rio de Janeiro**, mar/2020.

BATISTA, A.; ANTUNES, B.; FAVERET, G.; et al.(b). Dimensionamento de demanda por leitos públicos de UTI adulto para os casos da Covid-19 no município do Rio de Janeiro. Nota Técnica n.9, **NOIS: Rio de Janeiro**, abr/2020.

BATISTA, A.; ANTUNES, B.; FAVERET, G.; et al.(c). Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por COVID-19 nas Regiões de Saúde do Sudeste de Minas Gerais (Juiz de Fora e região) até o dia 09 de abril de 2020, Nota Técnica n.2.5, **NOIS: Rio de Janeiro**, abr/2020.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. **Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, 2009.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2097-108, 2017.

BARTLEY, M. Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods. 2. ed. **Cambridge, UK; Malden, MA, USA: Polity Press**, 244p., 2017.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 21-38, 1999.

BERNARDES, J. A.; ARRUIZZO, R. C.; MONTEIRO, D. M. L. V. Geografia e COVID-19:

neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. **Revista Tamoios**; v. 16, p. 188-205, 2020.

BEZERRA, E. C. D.; et al. Análise espacial das condições de enfrentamento à COVID-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4957-4967, 2020.

BIRN, A-E.; PILLAY, Y.; HOLTZ, T. H. Textbook of Global Health (2009). **Oxford University Press**, 4ª edição, 2016.

BRASIL. **Lei N. 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.

BRAVEMAN, P. COVID-19: inequality is our pre-existing condition. **UNESCO Inclusive Policy Lab** (disponível em: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/news/covid-19-inequality-our-pre-existing-condition>; acesso em 28/mar/2021).

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E.: The transition from ‘international’ to ‘global’ public health and the World Health Organization. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 623-47, 2006.

BUSS, P. M.; ALCÁZAR, S.; GALVÃO, L. A. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 45–64, 2020.

BUSS, P. M.; ALMEIDA-FILHO, N. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. PHYSIS Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil**. In: Sonia Fleury (Org.). Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV Editora, v.1, p.417-442, 2006.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 19–32, 2008.

CASTILHO, D. Um vírus com DNA da globalização: o espectro da perversidade. **Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica**, n. 17, 2020.

CASTRO, M. C.; CARVALHO, L. R.; CHIN, T.; et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. **medRxiv** preprint (doi: <<https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662>>), 01/04/2020.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; et al. Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CATAIA, M. Território usado e federação: articulações possíveis. **Rev. Educação e Sociedade**, v. 34, n. 125, p. 1135-1151, 2013.

CATAIA, M. Civilização na encruzilhada: globalização perversa, desigualdades socioespaciais e pandemia. **Revista Tamoios**. v. 16, n. 1, p. 232-245, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC – EUA). Principles of Epidemiology in Public Health Practice; Lesson 1, Session 11. **Division of Scientific Education and Professional Development**, 2012.

CEPEDISA, CONECTAS DIREITOS HUMANOS. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. **Boletim n.10 2021**; São Paulo.

CODEÇO, C. T.; COELHO, F. C. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1767-1774, 2008.

CODEÇO, C.; VILLELA, D.; COELHO, F.; et al. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e o impacto no sistema de saúde e população por microrregião. **Relatório 1, Fiocruz/FGV: Rio de Janeiro**, mar/2020.

CODEÇO, C.; VILLELA, D.; COELHO, F.; et al. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras. **Relatório 2, Fiocruz/FGV: Rio de Janeiro**, mar/2020.

COELHO, F. C.; LANA, R. M. ; CRUZ, O. G. ; et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: Mobility, Morbidity and the burden on the Health Care System. **medRxiv preprint**, 2020.

COSTA, N. R.; 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. **Nota Técnica, Fiocruz/UERJ: Rio de Janeiro**, mar/2020.

COSTA, M. A.; LUI, L.; SANTOS, R. M. et al. Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da covid-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras. **Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**; 2020. (Nota Técnica, 15).

CONTE, D.; BAHIA, L.; CARVALHO, E. L.; et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil. **Saúde em debate** (preprint) DOI <10.1590/SciELOPreprints.1316>.

CHESNAIS, F. Mundialização: o capital financeiro no comando. Publicado originalmente em *Les Temps Modernes*, 607, 2000 e reproduzido com a permissão do autor e da revista. Tradução de Ruy Braga, 2000.

CHINA CDC. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19), **China CDC Weekly**, 2020.

CRODA, J.; OLIVEIRA, W. K.; FRUTUOSO, R. L.; et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 23, 2020.

- CUETO, M. Saúde Global: uma breve história. **Editora Fiocruz**, 120p., Rio de Janeiro, 2015.
- DALLARI, D. A. **O Estado federal**. Editora Ática S.A., São Paulo, 1986.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo - Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, n. 17, p. 86-102, mai. 1993.
- ELIAS, P. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p. 17-34, 1996.
- FAGUNDES, M. C. M.; et al. Unidades de terapia intensiva no Brasil e a fila única de leitos na pandemia de COVID-19. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, p. 23-31, 2020.
- FEHN, A.; NUNES, L.; AGUILLAR, A.; et al. Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19. Nota Técnica n.10, **IEPS: São Paulo**, mai/2020.
- FIGUEIREDO, A. et al. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 898-908, 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz)a. **Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário de 16 de março de 2021**. (Disponível em [boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf) ([fiocruz.br](https://portal.fiocruz.br)). Acesso em 12 de abril de 2021).
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz)b. **Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário de 30 de março de 2021**. (Disponível em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-30-red.pdf. Acesso em 12 de abril de 2021).
- FLEURY, S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**, 2020.
- FORTES, A.; OLIVEIRA, L. D.; SOUSA, G. M. A Covid-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geografia Econômica**, v. 18, n. 18, 2020.
- FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n.2, p 366-375, 2014.
- FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, J. L. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Bol. Of Sanit. Panam.**, v. 111, n. 6, 1991.
- GONDIM, R. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 37-50, 2018.
- GONDIM, R.; CUNHA, A. P.; GADELHA, A. G. S.; et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cad Saúde Pública** 2020; 36:e00150120.
- GREER, S. L.; KING, E. J.; FONSECA, E. M.; et al. Coronavirus Politics: The Comparative

Politics and Policy of COVID-19. **University of Michigan**, 2021.

HARVEY, D. O novo imperialismo. São Paulo: Edições Loyola; 2005. HARVEY, D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume, 2006.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. In: DAVIS, M. et al. **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

HENAO-KAFFURE, L. El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. **Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)**, v. 9, n. 19, p. 53-68, jul.–dez. 2010.

HOCHMAN, G. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. **Editora Hucitec**, 3ª edição, 249p., 2012.

HORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, p. 497-506, 2020.

JONES, K. E. et al. Global trends in emerging infectious diseases. **Nature**, v. 451, p. 990–993, 2008.

JUNIOR, D. F. C.; CABRAL, L. M. S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

JUNIOR, D. F. C.; CABRAL, L. M. S.; ASENSI, F. D. Oferta de Leitos de UTI no Brasil à Luz dos Princípios Constitucionais da Equidade e da Universalidade em Tempos de Covid-19. **RDP Brasília**, v. 17, n 96, p. 198-225, 2020.

JÚNIOR, W. C. S.; GONÇALVES, D. A.; CRUZ, D. B. COVID-19: Local/regional inequalities and impacts over critical healthcare infrastructure in Brazil. **Ambient. Soc.**, v. 23, São Paulo, 2020.

KERR, L.; et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 (Supl.2), p. 4099-4120, 2020.

KICKBUSCH, I.; LISTER, G. European perspective on global health: a policy glossary. Brussels: European Foundation Centre, 2006.

KOPLAN, J. P.; et al. Towards a common definition of global health. **The Lancet**, v. 373, jun/2009.

LABONTÉ, R. Reprising the globalization dimensions of international health. **Global Health**, v. 14, n. 49, 2018.

LEE, K. Globalization and the need for a strong public health response. **European Journal of Public Health**, v. 9, p. 249–250, 1999.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde.** Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2016.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

LOPEZ, F. G.; et al. Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da Covid-19. Nota Técnica n. 30. **Diest: IPEA**, 2020.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, v. 39, p. 39-50, 2015.

MARINHO, A. A Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. Nota Técnica n. 65. **Diset: IPEA**, 2020.

MARTIN, G. Globalization and Health. **Global Health**, v. 1, n. 1, 2005.

MASSUDA, A.; TASCA, R.; MALIK, A. M. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19. **Saúde em Debate** (preprint) DOI <10.1590/SciELOPreprints.1320>.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. Os impactos da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. [online]. Rio de Janeiro: **Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ**, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

McMICHAEL, A. J.; BEAGLEHOLE, R. The changing global context of public health. **Lancet**, v. 356, p. 577–582, 2000.

McMICHAEL, T.; BEAGLEHOLE, R. The global context for public health: a new era. **New York, Oxford University**, p. 1-2, 2003.

MEDRONHO, R.; WERNECK, G.; PEREZ, M. Distribuição das doenças no espaço e no tempo. In: Roberto Medronho et al. (org.), **Epidemiologia**, 2.ed., São Paulo: Atheneu, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** 320 p. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

MONITORA COVID-19(a). Regiões e Redes Covid-19: Acesso aos serviços de saúde e fluxo de deslocamento de pacientes em busca de internação **Nota Técnica. N. 7**, 2020.

MONITORA COVID-19(b). O fim do ciclo de interiorização, a sincronização da epidemia e as dificuldades de atendimento nos hospitais. **Nota Técnica. N. 15**, 2020.

MORENO, A B.; MATTA, G. C. **COVID-19 e o dia em que o Brasil tirou o bloco da rua:**

acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (eds). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 41-50. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0003>.

MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. **Nature**, v. 430, p. 242–249, 2004.

MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. What is a pandemic? **The Journal of Infectious Disease**, v. 200, n. 7, p. 1018–1021, out. 2009.

MORENS, D. M.; DASZAK, P.; TAUBENBERGER, J. K. Escaping Pandora’s Box — Another Novel Coronavirus. **New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 1293-1295, 2020.

NORONHA, K. ; GUEDES, G. ; TURRA, C. M. ; et al(a). Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do COVID-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Nota Técnica, **CEDEPLAR/UFMG: Belo Horizonte, mar/2020** – atualizada em abril/2020.

NORONHA, K.; GUEDES, G.; TURRA, C. M.; et al.(b) Pandemia por COVID-19 em MinasGerais, Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. Nota Técnica, **CEDEPLAR/UFMG: Belo Horizonte, mar/2020** – atualizada em abril/2020.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36:e00063120.

NUNES, J.; PIMENTA, D. A epidemia de Zika e os limite da saúde global. **Rev. Lua Nova**, São Paulo, v. 98, p. 21-46, 2016.

NUNES, M.; AGUILLAR, A.; THAMI, H.; et al. Caracterização da Oferta e Vulnerabilidade da População no Estado do Rio de Janeiro frente a Propagação da COVID-19. Nota Técnica n. 8. **IEPS: São Paulo**, abr/2020.

NUNES, M.; AGUILLAR, A.; LOTTA, G.; et al. Casos de Sucesso: A Resposta de Pequenos Municípios do Norte e Nordeste a Pandemia. Nota Técnica n. 19. **IEPS: São Paulo**, abr/2021.

OMRAM, A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank memorial fund quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509–583, 1971.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, R. A. D.; et al. Cenários de regionalização para atenção ao Covid-19 no estado do Rio de Janeiro. **Nota Técnica n. 2. PROADESS - COVID-19**, 2020.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, p. 29-47, 1992.

[PAIM, J. S.](#); [TRAVASSOS, C. M. R.](#); ALMEIDA, C.; et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet** (North American edition), v. 377, p. 9-28, 2011.

PALAMIM, C. V. C.; MARSON, F. A. L. COVID-19 – The Availability of ICU Beds in Brazil during the Onset of Pandemic. **Annals of Global Health**, v. 86, n. 1, p. 1-15, 2020.

PEREIRA, A. M. M. Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. **Nota Técnica. Observatório Fiocruz-Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 32p.

PEREIRA, R. H. M.; BRAGA, C. K. V.; SERVO, L. M., et al. Mobilidade urbana e o acesso ao Sistema Único de Saúde para casos suspeitos e graves de COVID-19 nas 20 maiores cidades do Brasil. Nota Técnica n.14. **Dirur: Ipea**, 2020.

PEDROSA, N. L.; ALBUQUERQUE, N. L. S. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (suppl 1), 2461–2468, 2020. (doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10952020).

POLANYI, K. The great transformation: the political and economic origins of our time. **Boston: Beacon Press**, 1944.

PORTELA, M. C.; PEREIRA, C. C. A.; LIMA, S. M. L.; et al.(a) Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Nota Técnica n.1, **DAPS/ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro**, abr/2020.

PORTELA, M. C.; PEREIRA, C. C. A.; LIMA, S. M. L.; et al.(b). As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Nota Técnica n.2, **DAPS/ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro**, abr/2020.

PORTELA, M. C.; PEREIRA, C. C. A.; LIMA, S. M. L.; et al.(c). Disponibilidade de recursos e razão de dependência SUS e saúde suplementar. Nota Técnica n.3, **DAPS/ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro**, abr/2020

RACHE, B.; ROCHA, R.; NUNES, L.; et al.(a) Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à Covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Nota Técnica n.3. **IEPS: São Paulo**, mar/2020.

RACHE, B.; ROCHA, R.; NUNES, L.; et al.(b) Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19. Nota Técnica n.7, **IEPS: São Paulo**, abr/2020.

REGIÃO E REDES. **O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19**. *Novos Caminhos*, n. 18, 2020. (Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/o-planejamento-regional-e-estrategico-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid19/#.XvKT4WhKjIW>>).

RIBEIRO, W. C. Globalização e geografia em Milton Santos. In: El ciudadano, la globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona, v. 6, n. 124, 2002 (Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-124.htm>>).

RKI. **COVID-19 Situation Report**. Robert Koch Institute, 2020.

ROCHA, A. S. Os efeitos da reestruturação econômica metropolitana na Baixada Fluminense: Apontamentos sobre o “novo” mercado imobiliário da região. **Espaço e Economia: Revista Brasileira de Geografia Econômica**, ano III, n. 6, janeiro-junho de 2015. (Disponível em: <<http://journals.openedition.org/espacoeconomia/1677>>).

ROCHA, R.; ATUN, R.; MASSUDA, A.; et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **Lancet Glob Health**; published online April 12, 2021.

ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social, **Graal**, Rio de Janeiro, 1979.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v.20, n. 2,2007.
SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A., PORTO, S. M. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, M. Por uma geografia nova. **Hucitec**, São Paulo, 1978. (EDUSP, 2002).

SANTOS, M. Espaço e Método. **Hucitec**, São Paulo, 1985. (3ª edição, 1992). SANTOS, M. O espaço do cidadão. **Nobel**, São Paulo, 1987.
SANTOS, M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico internacional. **Hucitec**, São Paulo, 1994.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: **Hucitec**, 1996.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. **Editora Record**. Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. **Record**; Rio de Janeiro, 2001.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, **USP: FMUSP, CFM**, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.

SIGERIST, H. E. **Civilização e Doença** (1943). São Paulo: Hucitec, 2011.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v 12, n. 6, 2002.

SMOLSKI, F. M. S.; BATTISI, I. D. E.; SODER, R. M.; et al. Disponibilidade de leitos hospitalares e ventilação mecânica no Rio Grande do Sul: desafios no enfrentamento da COVID-19. (Internet [acessado 2020 Jun 25]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341651488_Disponibilidade_de_leitos_hospitalares_e_ventilacao_mecanica_no_Rio_Grande_do_Sul_desafios_no_enfrentamento_da_COVID-19), 2020.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, v.24, p. 105-121, Curitiba, jun. 2005.

SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: Sonia Fleury (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV Editora, v.1, p. 187-211, 2006.

SOUZA, C. **La ingeniería política del federalismo en Brasil**. In: **Sistemas Federales: Una comparación internacional**. Orgs: Hofmeister, W.; Aranda, J. T. Fundación Manuel Giménez Abad, 2017.

SOUZA, M. A. A. **Geografia e Pandemia**. *Youtube* (disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UC44v0P33JNs9Jlt3rHNTRkw>), acesso em: 25/04/2020).

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Rev. Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.

STARK, E. A epidemia como fato social. Originalmente publicado no **International Journal of Health Services**, v. 7, n. 4, p. 681-705, 1977. Baywood Publishing Co, Inc. Tradução: Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Rev. Brasileira de Enferm.**, v. 44, n.1, p. 10–15, mar. 1991.

SZWARCWALD, C. L.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. **Int J Equity Health**, 15:174, 2016.

THE LANCET. Editorial. COVID-19 in Brazil: "so what?". **The Lancet**, v. 395, p. 1461, 2020. THE LANCET. Editorial. Redefining vulnerability in the era of Covid-19. **The Lancet**, v. 395, p. 1089, 2020.

TRAVASSOS, C. M. R.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAÇA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975-986, 2006.

VENTURA, D. F. L. **Direito e Saúde Global – O caso da pandemia de gripe A(H1N1)**. São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 288 p., 2013.

VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; RACHED, D. H. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2020.

VENTURA, D. L. F.; BUENO, F. T. C. De líder a paria de la salud global: brasil como

laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la COVID-19. **Revista Foro Internacional (FI)**, LXI, v. 2, n. 244, p. 427-467, 2021. (ISSN 0185-013X; e-ISSN 2448-6523 DOI: 10.24201/fi.v61i2.2835).

VIACAVA, F.; et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 1751-1762, 2018.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; MARTINS, M.; et al. Distribuição geográfica dos recursos disponíveis para a atenção à Covid-19 em regiões de saúde e município do Rio de Janeiro. Nota técnica n. 1, **PROADESS - COVID-19**, mai/2020.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; ROCHA, J. S. Y.; IBAÑEZ, N. Cadernos de atenção básica. 2ª ed. **São Paulo: Cedec/Consórcio Medicina, USP**; 2006.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIDAL, E. I. O.; FUKUSHIMA, F. B. A arte e a ciência de escrever um artigo científico de revisão. **Cadernos Saúde Pública**, v. 37, n.4, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Health Regulations (2005)**. 3.ed., 2016. (Disponível em www.who.int ISBN 978 92 4 158049 6).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)a. Novel Coronavirus (2019-nCoV) **SITUATION REPORT – 10** (Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2; acesso em 26/10/2020).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)b. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) **Situation Report – 51** (Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10; acesso em 26/10/2020).

WU, Z.; McGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239–1242, 2020.

XAVIER, D. R.; MORAIS, I.; MAGUALHÃES, M.; et al. Nota Técnica n.1, **Monitora Covid-19, IBGE e ICICT/Fiocruz: Rio de Janeiro**, abr/2020.

XAVIER, D. R.; OLIVEIRA, R. A. D.; MATOS, V. P.; et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 20-35, 2016.

YACH, D.; BETTCHER, D. The globalization of public health: threats and opportunities. **American Journal of Public Health**, v. 88, p. 735–738, 1998.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, v.13, n.35, p. 51- 64, São Paulo, 1999.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W.; et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**, v. 382, n. 8, p.727-733, 2020.