



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E TERRITÓRIOS**

**O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM TEMPOS DE COVID-19:
UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DE CACHOEIRA-BA.**

NAJARA GOMES DO AMARAL

**Cachoeira
2023**

**O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM TEMPOS DE COVID-19:
UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DE CACHOEIRA-BA**

NAJARA GOMES DO AMARAL
Bacharela em Serviço Social
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social e Território, área do Serviço Social.

Orientador: Prof.^a Dr^a Silvia de Oliveira Pereira

Cachoeira
2023

A485p Amaral, Najara Gomes.

O Princípio da equidade em tempos de pandemia da COVID-19: um estudo de caso a partir de Cachoeira-BA. / Najara Gomes Amaral. Cachoeira, BA, 2023.

110f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes Humanidades e Letras, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios, 2023.

1. COVID-19, Pandemia de, 2020 – Legislação. 2. COVID-19, Pandemia de, 2020. – Cachoeira (BA). 3. Saúde Pública – Bahia - Avaliação I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes, Humanidades e Letras. II. Título.

CDD: 362.1098142


NAJARA GOMES DO AMARAL

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DE CACHOEIRA-BA


Dissertação submetida à avaliação para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Cachoeira-BA, 13 de abril de 2023.


EXAMINADORAS:

Documento assinado digitalmente
 SILVIA DE OLIVEIRA PEREIRA
Data: 22/08/2023 07:47:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira
(UFRB – Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 HELENI DUARTE DANTAS DE AVILA
Data: 20/08/2023 23:54:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila
(UFRB – Examinadora Interna)

Documento assinado digitalmente
 ANDREA ALICE RODRIGUES SILVA
Data: 21/08/2023 18:38:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Andrea Alice Rodrigues Silva
(UFRB – Examinadora Externa ao Programa)

CACHOEIRA/BA
2023

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação.

Aos meus pais Adão Guerreiro e Hilda Gomes por todo apoio, amor, compreensão e ensinamentos diários;

Ao meu esposo José Xavier por todo carinho, amor e dedicação;

Aos amigos que se fizeram presente em todo o processo, para que pudesse tornar-me Mestra em Política Social e Território, pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, uma academia a qual tenho muito orgulho de ser partícipe, desde a graduação;

Amigos e companheiros que me inspiraram e me ajudaram a seguir esse processo árduo que é ser mestranda em tempos de pandemia. Quando um pensava em desistir, lá estava Cristiane Oliveira, Jamile Oliveira e Jadna (com seu sotaque lindo e forte do povo do Rio Grande do Norte), para apoiar e segurar a mão um dos outros;

À minha orientadora Silva Pereira, por todo apoio, dedicação, aprendizado e paciência. Foram dias difíceis para nós, mas conseguimos alcançar o objetivo final com êxito e sucesso;

Aos membros da banca examinadora pelas excelentes contribuições;

Por fim, as minhas amigas Janaína Palma e Jéssica Bastos por toda contribuição, e por segurar minha mão nos momentos mais difíceis nos últimos dois anos de pandemia e qualificação.

“ A paz é o fim que o direito tem em vista, a luta é o meio do qual se serve para atingir esse fim. (...) A vida dos direitos é uma luta: luta dos povos, do Estado, das classes, dos indivíduos.” Rudolf Von Ihering, 1872.

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DE CACHOEIRA-BA.

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de estudo tecer reflexões acerca das ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, implementadas pelo município de Cachoeira-BA. A pergunta que guia a pesquisa é: o princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas que o município de Cachoeira- BA forneceu no enfrentamento a pandemia da COVID-19? E o objetivo geral é: identificar a materialidade do princípio da equidade na saúde, no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município de Cachoeira – BA. E os específicos são: identificar as respostas do poder público local no enfrentamento à pandemia da COVID-19 e os possíveis impactos no território do município de Cachoeira-BA; classificar as estratégias da sociedade civil no município de Cachoeira- BA no enfrentamento à pandemia da COVID-19; analisar como o princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas fornecidas no enfrentamento a COVID-19. Para tanto, o referido trabalho utiliza-se da pesquisa qualitativa para construção das reflexões que buscam dar conta de responder a pergunta guia. Deste modo, o trabalho está estruturado em introdução, primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto capítulos, além das considerações finais. A pesquisa apontou que o princípio da equidade em saúde ainda não foi efetivado como proposto nas regulamentações, sendo necessário ações em prol de garantir a universalidade, para que assim se alcance a equidade no sentido de tratar igualmente aqueles que são desiguais.

Palavras-chaves: Avaliação em saúde; Equidade em saúde; Pandemia da COVID-19.

THE PRINCIPLE OF EQUITY IN COVID-19 PANDEMIC TIMES: AN CASE STUDY FROM CACHOEIRA-BA.

ABSTRACT

The present dissertation has as its study object to make reflections about the COVID-19 pandemic coping actions implemented in the Cachoeira-BA municipality. The question that guides the research is: Is the principle of equity in health expressed in the municipality of Cachoeira-BA provided in facing the COVID-19 pandemic? and the general objectives are: identify the materiality of the principle of health in facing the COVID-19 pandemic in the municipality of Cachoeira-BA. And the specific are: identify the responses of the local government in facing the COVID-19 pandemic and the possible impacts on the territory of the municipality of Cachoeira-BA; classify civil society strategies in the municipality of Cachoeira-BA coping the COVID-19 pandemic; to analyze how the principle of health equity is expressed in responses provided in coping COVID-19. For this purpose, this work uses qualitative research to build reflections that seek to answer the guiding question. therefore, the work is structured in introduction, first, second, third, fourth and fifth chapter, in addition to the final considerations. The research indicated that the health equity principle hasn't been carried out as proposed in the regulations, actions are needed to ensure universality in order to achieve equity in the sense of treating those who are unequal equally.

Key words: Health evaluation; Health equity; COVID-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde.	47
Figura 2: Matriz para categoria de análise.....	48
Figura 3: Painel de informações do CAGED referentes ao ano de 2020.	76
Figura 4: Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 por data de início dos.	80

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Distribuição dos casos de COVID-19 situação da investigação. Bahia, 2020.	67
Tabela 2: Distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020.	68
Tabela 3: Distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020	71
Tabela 4: Distribuição de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária, Bahia, 2020.	74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAD-ÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CAGED	Cadatro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
COVID-19	Corona Vírus
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
GISAID	Global Initiative on Sharing All Influenza Data
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IPS	Índice de Performance Social
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MTE	Ministério Trabalho e Emprego
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDOB	Partido Comunista do Brasil
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Pluri Anual
PNTN	Programa de Atenção a Anemia Falciforme
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA da Bahia.	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidades de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	20
2.1 O conceito de Estado, saúde e o princípio da equidade: os cenários da pandemia da covid-19	24
2.1.1 Reflexões acerca da categoria estado: elementos para um debate sobre estado	24
2.2 O princípio da equidade em saúde e a pandemia da COVID-19 no Brasil	31
2.3 Equidade em saúde: desafios para a avaliação	35
2.4 A materialidade da equidade em saúde	43
2.4.1 Material e método de análise	45
3. TERRITÓRIO, POLÍTICA DE SAÚDE E PANDEMIA DA COVID-19	50
3.1 O debate da categoria território no campo das políticas sociais	53
3.2. As estratégias de enfrentamento à COVID-19 no município de Cachoeira – BA: uma análise a partir de dados públicos da prefeitura municipal de Cachoeira-BA.	57
3.2.1 Mapeando as ações de enfrentamento a COVID-19 no território lócus da pesquisa	65
3.2.1 .1 O discurso negacionista	66
3.2.1.2 As medidas de prevenção e controle para o enfrentamento da COVID-19 em Cachoeira-BA	72
3.2.1.3 A nova gestão e as ações de enfrentamento a COVID-19 em Cachoeira-BA	84
3.2.1.4. Os limites da pesquisa: o que não aparece nos atos normativos	87
3.2.1.5. Viva a ciência: a chegada da vacina no Brasil traz esperança ao povo brasileiro.	89
4. COMITÊ DA COVID-19 EM CACHOEIRA-BA: notas iniciais (preliminares)	92
5. NOTAS SOBRE A PESQUISA NÃO REALIZADA	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE	109
Apêndice 1: Roteiro para Entrevista Semiestruturada	109
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre Esclarecido	109

1. INTRODUÇÃO

É num contexto desafiador que a pandemia da COVID- 19 adentra ao Brasil no ano de 2020. Um país marcado por uma história de desigualdades sociais, pobreza extrema, com uma configuração governamental composta por investidas ofensivas com “características profacistas”, denominadas por Sena-Júnior (2019), ¹como uma ofensiva obscurantista a qual afeta todos os setores da política nacional.

Nessa configuração governamental vivenciamos um “processual desmonte dos equipamentos públicos” em todas as Políticas Sociais (SENA-JÚNIOR, 2019). Desmontes vivenciados desde o ano de 2016 com a aprovação das mais variadas medidas na área econômica, por intermédio das propostas de Emenda a Constituição (PEC’s). A aprovação dessas medidas, foi justificada através do discurso da necessidade de controle dos gastos públicos, com a imposição na redução nos gastos do governo federal. Sendo assim, as reformas aprovadas no governo de Michel Temer², foram acentuadas em 2018 no governo de Jair Messias Bolsonaro, de extrema direita com “característas profacistas”.

[...] a investida contra a Fiocuz e contra os pesquisadores da instituição são efetuadas no bojo de uma política baseada na premissa de que o Brasil foi tomado por uma imensa conspiração de esquerda, que tem o “marxismo cultural gramscista” (sic) incrustado em todos os setores da vida nacional. Em vista disso, as universidades, a inteligência, os cientistas, os professores e os jornalistas são os principais focos de ataques de membros do governo brasileiro e de prepostos da sociedade que acreditam piamente que todo problema se resume à disputa pelo poder. (SENA- JÚNIOR, 2019, p.31).

As investidas ofensivas dos governos de extrema direita são perceptíveis em ações anti-intelectuais e anticientificistas, as quais buscam respaldo em um discurso meramente político de disputa de poder. Objetivando, assim, descaracterizar o papel das ciências e das pesquisas, respaldado em uma ideologia do ódio, na desqualificação dos pesquisadores e das instituições de pesquisa. Favorecendo a destruição da política nacional, com os desmontes nas políticas sociais, em especial a Seguridade Social, com a destruição do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma “política de morte”, denominada por alguns autores de Necropolítica.

¹ Em se tratando das investidas ofensivas com “características profacistas”, denominadas por Sena-Júnior (2019), como obscurantistas, foi utilizado o texto de ensaio deste autor, por ter sido um material atualizado referente as investidas do capital em sua fase ultraneoliberal. Sendo esta, um material de referência, com características preditivas ao período da pandemia.

² Reforma trabalhista (2017), liberação da terceirização para atividades-fim com a Lei da Terceirização.

Nessa conjuntura governamental, as investidas fortalecem a implantação de um projeto político baseado na destruição de direitos sociais, no desmonte das políticas sociais, no esvaziamento das ciências e de suas respectivas pesquisas etc. Uma ofensiva obscurantista com formas de exclusão de categorias da sociedade que chamam a atenção para a formulação de políticas ineficazes. Assim, todas essas formas de desmontes das políticas e dos direitos sociais nos levam a refletir a partir de Hanna Arendt (2019, p. 156-157, apud, SENA-JÚNIOR, 2019, p.12) qual a lógica de se criar políticas ineficazes que justifique as atrocidades adotadas por essa política profacista?

De acordo, com Carl Sagan (2008):

A ciência é um meio de desmascarar aqueles que apenas fingem conhecer. É um baluarte contra o misticismo, contra a superstição, contra a religião mal aplicada a assuntos que não lhe dizem respeito. Se somos fiéis a seus valores, ela pode nos dizer quando estamos sendo enganados. Ela fornece a correção de nossos erros no meio do caminho. (SAGAN, 2008, p. 59, apud, SENA-JÚNIOR, 2019, p.32).

É por meio da pesquisa e do conhecimento adquiridos por fontes intelectuais, que nós pesquisadores, nos diferenciamos do senso comum, e produzimos ciência. Nesse sentido, a ciência pode ser comparada a uma “vela que ilumina a escuridão”, pois por meio dela, o senso comum e o conhecimento empírico, chegam a essência da realidade, ou seja, alcançam o conhecimento científico.

Com base nas observações supracitadas, amparadas em análises e estudos realizados por autores renomados, assim como, as informações veiculadas em jornais, revistas, sítios oficiais do governo federal e redes sociais, percebemos que as ações governamentais do chefe de estado ocupante do cargo nos anos de 2018 - 2022, buscam disseminar a escuridão na ciência. Com a proliferação do ódio à ciência, o negacionismo e a disseminação de informações ao senso comum, sem utilizar-se de nenhuma base de dados e análise científica. Como exemplo, a veiculação de informações do uso do “Kit Covid” no período inicial e/ou crucial da pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo.

Em depoimento à CIP da Covid o diretor executivo da Prevent Senior, Pedro Batista Júnior, admitiu nesta quarta-feira (22) que pacientes da operadora de saúde passaram a exigir a prescrição da Cloroquina e de outros medicamentos do “kit covid”, após falas do Presidente Jair Bolsonaro e de outras pessoas influentes em defesa do tratamento precoce (G1, 2021)

Partindo dessa premissa, bem como, levando em conta o cenário inicial da COVID-19, no qual as ações governamentais pautadas em delineamentos que avançam na perspectiva do fortalecimento do ultraneoliberalismo, na direção de eliminação dos direitos sociais com essa perspectiva protofascista, desfinanciamento das pesquisas e das políticas sociais, o avanço da extrema pobreza e acirramento das desigualdades sociais, nos questionamos: Sem estrutura adequada de financiamento, como promover uma política social de qualidade? Não há como garantir serviços de qualidade sem orçamento! Dessa forma, os governos conservadores e regressistas seguem firmes no desmonte dessas políticas sociais, favorecendo e fortalecendo a filantropia e a caridade na política de Seguridade Social, com as privatizações, com a mercantilização da saúde, o estímulo a previdência privada etc.

A pandemia da COVID-19 e o avanço do ultraneoliberalismo nos traz reflexões importantes sobre as políticas sociais “principalmente no caso brasileiro onde uma potente estrutura de proteção social convive com níveis astronômicos de desigualdade e exclusão”, como pontua Lobato (2004, p. 95). Assim, é em meio a esse cenário catastrófico impregnado de discursos negacionistas que a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil.

Deste modo, a pergunta que guia a pesquisa é: O princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas que o município de Cachoeira- BA forneceu no enfrentamento a pandemia da COVID-19? E o objetivo geral é: identificar a materialidade do princípio da equidade na saúde no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no município de Cachoeira – BA. E os específicos são: identificar as respostas do poder público local no enfrentamento a pandemia da COVID-19 e os possíveis impactos no território do município de Cachoeira-BA; classificar as estratégias da sociedade civil no município de Cachoeira- BA no enfrentamento a pandemia da COVID-19; analisar como o princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas fornecidas no enfrentamento a COVID-19.

Para tanto, o referido trabalho utiliza-se da pesquisa qualitativa para construção das reflexões que buscam dar conta de responder a pergunta guia. Compreendendo a pesquisa qualitativa como sendo a metodologia utilizado pelas Ciências Sociais, que:

[...]se preocupa com um nível de realidade que não poder ser quantificado.

Ou seja, ela busca trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21).

Para Minayo (1994), o termo qualitativo se refere a análise a partir da “intuição”, da “exploração”, do “subjetivismo, aprofundando a compreensão das ações e das relações humanas”.

Segundo Gil (2002, p.44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Ela permite a aproximação teórica do pesquisador com as categorias de análise que permeiam o trabalho acadêmico. Assim, foi utilizado autores que apresentam reflexões acerca da categoria território, política social em especial a Seguridade Social – a de saúde, conceito de Estado, a avaliação em saúde e o princípio da equidade em saúde. Com base na abordagem da:

Pesquisa como sendo um diálogo crítico e criativo com a realidade, culminando com a elaboração própria e com a capacidade de intervenção. Em tese, pesquisa é a atitude de “aprender a aprender”, e, como tal, faz parte de todo processo educativo e emancipatório. (DEMO, 2000c, p.128).

Realizamos uma análise qualitativa buscando responder as questões particulares que não podem ser quantificadas, como coloca Minayo (2000). Desse modo, a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), foi realizada a partir da revisão de literatura e análise documental. Não foi possível a realização da pesquisa qualitativa com a observação e análise de conteúdo das entrevistas que seriam realizadas com os participantes da referida pesquisa, os membros do Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19. No entanto, foi possível realizar a pesquisa documental por meio do levantamento de artigos, produção científica e acadêmica, sites oficiais etc.

Esse estudo tem como modelo teórico, o estudo: avaliação em saúde no município de Cachoeira - BA, abordando o princípio da equidade na política de saúde, cujo processo de consolidação remete à Reforma Sanitária Brasileira (RSB), importante marco para nosso Sistema Único de Saúde. Assim, para o desenvolvimento desta escrita buscamos identificar a materialidade do princípio da equidade em saúde no enfrentamento da COVID-19 no município de Cachoeira – BA.

Na direção de responder a tal questão, realizamos uma análise documental,

utilizando como fonte secundária os documentos públicos disponíveis em sites oficiais, redes sociais, boletins epidemiológicos, notícias e matérias de jornais locais, além dos atos normativos da Prefeitura Municipal desse território lócus da pesquisa, no período de março de 2020 a dezembro de 2021. Por não ser possível, a realização das entrevistas com os participantes do comitê, realizamos um mapeamento das ações desenvolvidas pelo Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19, objetivando classificar as estratégias adotadas pelo município de Cachoeira - BA no enfrentamento a pandemia da COVID-19, através de documentos públicos e redes sociais.

Os resultados do estudo serão apresentados nesta dissertação em três fases. No primeiro momento consta-se a análise, correspondendo a revisão da literatura, sobre as temáticas da equidade e avaliação em saúde. Nessa etapa de revisão literária utilizamos com fontes teóricas: teses, dissertações, artigos acadêmicos e científicos; referentes as temáticas trazidas por esta pesquisa, buscando refletir e compreender como o princípio da equidade se materializa, ou não, nas ações de saúde em municípios de pequeno porte 1, como é o caso de Cachoeira - BA. Esta análise foi realizada com artigos datados dos anos de 2002, 2005, 2006, 2008, 2009, 2013, 2016 e 2020. Para tanto, utilizamos como descritores avaliação em saúde e equidade em saúde, presentes nos sites da Scielo e Scielo Books.

No segundo momento, realizamos uma análise documental, utilizando como fonte, dados secundários, como por exemplo: as informações veiculadas pelos sites eletrônicos e redes sociais oficiais, tanto a nível municipal como estadual; os boletins epidemiológicos diários emitidos pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e publicizados nas redes sociais; e as notícias e matérias de jornais importantes pela discussão associada aos indicadores de saúde e da COVID-19 nos períodos de março à dezembro do ano de 2021. Objetivando assim, identificar as respostas do poder público local, no enfrentamento à pandemia da COVID-19 e os possíveis impactos no território desse município.

No que diz respeito as atas de fundação e reuniões do comitê local de enfrentamento à Pandemia da COVID-19, não foi possível ter acesso tendo em vista a dificuldade encontrada em localizar os membros do comitê.

O terceiro momento do estudo, corresponderia, a aproximação com o Comitê de Solidariedade Popular COVID-19 Cachoeira - BA, objetivando classificar as estratégias da Sociedade Civil no território lócus da pesquisa, no enfrentamento a

pandemia da COVID-19 através deste comitê, compreendendo a importância dos Movimentos Sociais e organizações da Sociedade Civil como meios de fortalecimento e consolidação do princípio da equidade, por meio da tecnologia de investigação denominada: análise de narrativa; com viés de memória, a qual proporciona ao pesquisador uma maior aproximação com a narrativa dos entrevistados. O método que utilizaríamos seria o de entrevistas semi estruturadas com os responsáveis pelo comitê, por meio do preenchimento de um formulário digital no Google Forms, tendo em vista, o curto espaço de tempo para realização de entrevistas por meio de reuniões com a plataforma do Google Meet.

No entanto, cabe aqui um adendo, o desenvolvimento das entrevistas supracitadas ficou comprometido. Tendo em vista, as dificuldades quanto a solução das várias pendências apontadas pelo CEP, no que diz respeito as alterações do cronograma, o qual sempre se mantinha desatualizado a cada nova apreciação e posterior expedição de novo parecer, assim como, a necessidade de adequação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) não restando tempo hábil para realização e posterior análise dos dados obtidos.

Assim, diante do exposto, realizamos nesta etapa, uma análise qualitativa dos dados coletados a partir da perspectiva do estudo de avaliação em saúde compreendendo a importância do estudo da avaliação para o fortalecimento dos Sistemas de Saúde. O percurso metodológico que melhor se adequa a este trabalho é a pesquisa qualitativa, a qual terá como base a análise de conteúdo dos documentos e das entrevistas semi estruturadas, categorizando as respostas de acordo as questões identificadas nas respostas do Poder Público e Sociedade Civil e/ou Movimentos Sociais no enfrentamento da pandemia da COVID-19, podendo ser expressas em documentos ou nas falas dos entrevistados.

Por fim, esta dissertação está estruturada, com introdução, três capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, intitulado, O SUS e seu “nascidoiro”: processo de construção e consolidação; realizamos uma discussão teórica e histórica sobre a perspectiva do estudo de avaliação em saúde compreendendo a importância do estudo da avaliação para o fortalecimento dos sistemas de saúde, assim como, tecemos reflexões sobre o princípio da equidade em saúde, utilizando como marco o processo de construção e consolidação do SUS, pontuando as inovações advindas com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Seguindo com a análise de Estado para compreendermos o cenário que esta inserido o princípio da equidade

em Saúde. O segundo capítulo, traz a discussão da categoria território na Política de Saúde em tempos de pandemia da COVID-19; buscando uma maior aproximação com a análise das categorias supracitadas, analisando os impactos das novas configurações governamentais nas políticas sociais, em especial a Seguridade Social. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos com a pesquisa documental, a partir da aproximação com nosso objeto de análise.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é considerado como uma das maiores conquistas sociais consagradas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo norteado por princípios que são divididos em: doutrinários e operacionais. Dentre estes, temos os princípios doutrinários os quais são subdivididos em princípio: da universalidade, da integralidade e da equidade em saúde. Como princípios operacionais temos: a regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, participação e o controle social e a descentralização (BRASIL, 2000).

No campo da saúde, a conceituação de equidade tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando a discussão sobre sua operacionalização, seja para a busca dos determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades a serem implementadas com vistas tanto à diminuição do impacto dos diferenciais sociais na saúde, como para a elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde. (ALMEIDA et al, 1999, apud, SENNA, 2002, p. 06).

O período histórico que antecedeu a criação do SUS, mais especificamente a década de 1970 e 1980, foi marcado por um modelo político denominado de Desenvolvimentismo. Caracterizado por um acelerado processo de industrialização do país, esse modelo desencadeou um deslocamento do polo dinâmico da economia, colocando assim, os centros urbanos em destaque no cenário econômico nacional. Acarretando um adensamento populacional, que favoreceu o agravamento das questões de Saúde Pública.

Em 1964, com o Golpe Militar, o Brasil passa por períodos de mudanças, impetrando como consequência um corte nas verbas da saúde. Segundo Bertolli Filho (2004) no ano de 1964 foram destinados à saúde 3,65% do orçamento da união, e em 1974 apenas 0,94%. Em decorrência desta redução de verbas, tem-se o agravamento das epidemias. A década de 1970 foi marcada pela ampliação das privatizações nos serviços públicos, em especial de saúde, com o crescimento acelerado das companhias de seguros saúde, fortalecendo o setor privado em detrimento do setor público (CONASS, 2011).

Matos (2020)

Desde o seu nascedouro, na Constituição de 1988, o SUS vem vivendo

imensos boicotes, deste citamos três: o desfinanciamento público (a exemplo a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento na saúde e na educação); a sistemática alteração do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes [...] e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade, expulsando amplos segmentos que, iludidos com a compra do plano de saúde, julgam não ser fundamental a defesa do SUS. (MATOS, 2020, p. 01-02).

A década de 1980 apresenta propostas de reformulação da Política de Saúde brasileira, através da VIII Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente com a criação e regulamentação do SUS na década de 1990 com a promulgação da Lei 8080/ 90 e da lei 8142/90, deliberando ações acerca do controle social e do financiamento da saúde. Desta forma, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) considerado primordial para a construção do ideário de Saúde Pública enquanto ação coletiva, e não mais individualista como apontado nas décadas anteriores a esse movimento, proporciona mudanças no que se refere ao conceito de saúde, o qual deixa de ser considerado como ausência de doença, e passa a ser compreendido a partir de seus determinantes sociais, contribuindo para o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, compreendemos a importância de reflexões acerca da política de saúde no Brasil, institucionalizada através do SUS, considerando, como pontua Paim (2009), a Reforma Sanitária Brasileira enquanto um processo em contínuo movimento, com desafios a serem superados, e a conquista da plena efetivação. Compreendendo a política de saúde como uma resposta às necessidades de saúde dos indivíduos, como um espaço de relações de poder e como um elo entre os programas e os planos na área da saúde; percebemos a importância do estudo de avaliação em saúde para o fortalecimento dessa política essencial aos indivíduos, principalmente a classe trabalhadora dependente do SUS e da prestação de serviços em saúde.

Destarte,

Entende-se como Política de Saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Acerca da política de saúde no Brasil, Paim (2012) analisa que o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, período histórico marcado pela Era Vargas³, momento que os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. Podendo ser considerado como um sistema de proteção social fragmentado e desigual. A conjuntura político social presente na década de 1980, favoreceu a criação de mecanismos de promoção de pressão social e política no setor de saúde. Visto que, as ações promovidas pelo Estado ainda se constituíam como incipientes, pois, anterior à década de 1980, prevalecia o Modelo de Atenção à Saúde, baseado na medicina curativa, individualista e assistencialista, em detrimento às ações preventivas de interesse coletivo.

Corroborando com esse contexto, o modelo excludente e segmentado de atenção à saúde, abrangendo uma parte da população e excluindo outra, em razão da condição sócio financeira. Sendo atendidos pelo sistema previdenciário, somente os trabalhadores formais, restando aos demais, do labor informal, o atendimento caritativo. Assim, os outros trabalhadores informais ficavam a mercê da oferta inadequada de serviços, compostos por serviços públicos filantrópicos, ou serviços de saúde privados. Fato que segrega a população usuária destes serviços, deixando explícitas as características da população atendida pelos serviços públicos e os privados. Aspecto que fortalece os estigmas, a discriminação e a desvalorização da classe trabalhadora enquanto sujeito de direito.

Afirma Paim (2009, p. 33):

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. (PAIM, 2009, p. 33).

Nesse sentido, vale salientar a relação entre o processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas e industrializadas, e a necessidade de criação de mecanismos capazes de fornecer respostas às demandas das camadas populares. Esses mecanismos de respostas se configuram como política pública, caracterizada

³Era Vargas foi o período que Getúlio Vargas governou o país por 15 anos (1930 – 1945).

como uma ação, ou omissão por parte de uma organização, a partir das condições de saúde da população, assim como, de seus determinantes (SECCHI, 2013). Para Secchi (2013), apesar de existir diferenciações conceituais acerca do conceito de Política Pública, considerada por Bobbio (2002, apud, SECCHI, 2013, p. 01) como “atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem”. Secchi (2013) defende a concepção que esta seja uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Possuindo, assim, dois elementos de fundamental importância, a intencionalidade e a resposta ao problema de público relevância. Nesse sentido, a política é parte integrante da ação, ou não ação de alguém no desenvolvimento da atividade.

Nesse sentido, podemos afirmar que nas políticas sociais prevalecem as relações de poder. Sendo assim, há diferentes sujeitos sociais e interesses diversos. Podemos citar como atores deste processo o Estado, o mercado e os usuários (classe trabalhadora). Assim, Fleury (2008) afirma, as políticas de saúde se tornaram um ponto de convergência entre os interesses dos trabalhadores e dos empresários. Isso porque as políticas de saúde além de amenizar os conflitos existentes devido às péssimas condições de vida e trabalho advindos com o processo de industrialização, promoveu um aumento considerável na produtividade do trabalho. Favorecendo, assim, o mercado.

Com o fim do Regime Militar em 1985, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) surge como forma de contestação do Sistema de Saúde vigente. O marco histórico que expressa essa configuração política em prol do beneficiamento da população antes excluída, é a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com lema: “Movimento pela democratização da saúde em toda sua história”. Este movimento proporciona visibilidade à necessidade de reformulação profunda, com ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2011).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da trajetória da política de saúde no Brasil, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado através da Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1990). É nesse contexto, que a temática da equidade surge nesse período histórico, junto com as reivindicações do MRSB, e marcado por uma grande diversidade social com diferentes níveis de desigualdade social presente no cenário brasileiro.

2.1 O conceito de Estado, saúde e o princípio da equidade: os cenários da pandemia da COVID-19

2.1.1 Reflexões acerca da categoria Estado: elementos para um debate sobre Estado

A pandemia da COVID-19, uma doença causada pelo novo corona vírus 2019, considerada como um dos grandes desafios postos ao século XXI, é um doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), do inglês severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus. De acordo, com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os primeiros casos notificados foram em Wuhan, na China, em 31 de dezembro de 2019, quando casos de pneumonia causados por um agente desconhecido, foi reportado às autoridades de saúde. Em janeiro de 2020, entre o período de 7 à 12/01/2020, a China anunciou o sequenciamento do genoma viral, bem como, compartilhou a sequência genética com a OMS e outros países, através do banco de dados internacional, Global Initiative on Sharing All Influenza Data (GISAID)

A partir daí, os casos começam a se propagar pelos continentes, iniciando pelo continente asiático, com relatos de casos positivos na Tailândia, Japão, Coreia do Sul, nos dias 13, 15 e 20 de janeiro de 2020 respectivamente. Em seguida, com o fenômeno da globalização, caracterizado pelo desenvolvimento dos transportes e das comunicações em escala mundial, o vírus foi importado para outros países e continentes. Assim, em 23 de janeiro de 2020, foram registrados os primeiros casos nos Estados Unidos da América (EUA).

A China foi o primeiro país a reportar a doença e, até o dia 21 de abril de 2020, 213 países, territórios ou áreas relataram casos da COVID-19, correspondendo a um total de 2.397.216 casos confirmados. No Brasil, o registro do primeiro caso ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 no estado de São Paulo.(BRITO *et. al.*, 2020, p. 55).

O SARS-COV-2 trata-se de uma doença infecciosa respiratória aguda, por isso, a transmissão ocorre principalmente por gotículas, secreções respiratórias e contato direto com pacientes infectados. Assim, o vírus pode ser transmitido de humano para humano, por meio do contato direto (contaminação direta), o que ocasionou a maior capacidade de disseminação e contaminação do vírus, em membros de uma mesma família, tendo em vista, o maior contato próximo e por um longo espaço de tempo.

No entanto, um estudo realizado por Van Doremalen et al. demonstrou que o SARS-CoV-2 pode permanecer viável e infeccioso em aerossóis por até 3 horas após ser eliminado no ambiente (BRITO *et. al.*, 2020, p. 56), podendo variar o tempo de sobrevivência do vírus, de acordo com o tipo de superfície, sua espessura, e a quantidade de secreção liberada pelo paciente infectado. Sendo esta, mais uma forma de transmissão do vírus, denominada de transmissão indireta por superfícies contaminadas.

Os casos de COVID-19 são diagnosticados por meio do teste molecular de secreções respiratórias:

O atual teste de biologia molecular aplicado no Brasil é a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa e amplificação em tempo real (RT-qPCR). Esse kit diagnóstico para COVID-19 é produzido pelo Instituto Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Para este teste, utiliza-se como amostra material coletado da nasofaringe, orofaringe ou uma pequena amostra de sangue^{19,33}. O teste, aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), permite a amplificação e a detecção do material genético viral em algumas horas. (BRITO *et. al.*, 2020, p. 57).

Em síntese, a pandemia da COVID-19 representa o maior desafio global no século XXI, pois trata-se de um vírus que conseguiu alcançar proporções alarmantes em diversos continentes. O impacto da doença traz repercussões no que diz respeito a questões estruturais e assistenciais da saúde no Brasil e no mundo. A COVID-19 expõe problemas estruturais e econômicos, escancarando as deficiências na Política de Saúde no mundo. Apontando as fragilidades da assistência à saúde no que tange aos países considerados de “baixa e média renda”, os quais possuem fragilidades no sistema econômico, político e social.

Diante do cenário mundial, com diferenças sociais e econômicas entre os países, principalmente os países com sistemas de saúde frágeis, faz-se necessário pensar políticas sociais de saúde pública, com adoção de medidas de prevenção e contenção à disseminação do vírus. Assim, para compreendermos as políticas sociais implementadas por um governo, é necessário refletir a concepção de Estado e de política social que sustentam as ações governamentais. Ou seja, compreender e refletir acerca das políticas que este Estado implementa em uma determinada sociedade, em um determinado período histórico.

Destaca-se alguns conceitos para melhor compreensão das discussões a seguir, dentre eles, “políticas públicas são aqui entendidas como o “Estado em ação”

(GOBERT, MULLER, 1987, apud, HOFLING, 2001, p. 02) ; o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, e de ações voltadas para setores específicos da sociedade (Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001”, p.31).

E as políticas sociais:

[...] se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. (HÖFLING, 2001, p.31).

Destarte, é importante ressaltar a diferença entre Estado e governo. Em linhas gerais:

[...]é possível se considerar Estado como o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo; e Governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período. (HÖFLING, 2001, p.31).

Nesse cenário catastrófico no qual a pandemia da COVID-19 se disseminou, “o Estado aparece como agente fundamental que distribui de forma não igualitária o reconhecimento de humanidade” (BENTO, 2018, p. 01). Nesse sentido, refutamos o conceito de biopoder de Michael Foucault, o qual faz referência a técnica de governo que tem como objetivo “fazer viver, deixar morrer”.

Assim:

[...]o Necropoder e biopoder são termos indissociáveis para se pensar a relação do Estado com os grupos humanos que habitaram e habitam os marcos do Estado-nação. Vida vivível e vida matável, para utilizar os termos de Giorgio Agamben, são formas de gestão da população e não podem ser postas em uma perspectiva cronológica, em que o necropoder (ou poder soberano) teria sido ultrapassado pelo biopoder[...]. (BENTO, 2018, p.01).

No contexto pandêmico no qual o mundo está inserido desde meados do mês de Março do ano de 2020 com prolongamentos para os anos de 2021 e 2022, com reflexos em 2023, faz-se necessário analisar a partir de Mezáros (2002) e Harvey (2005) os aspectos ligados às crises estruturais do capital, seus desdobramentos danosos ao sistema reprodutivo do capital no sistema capitalista, os quais trazem reflexões às políticas sociais, afetando diretamente a classe trabalhadora usuária destas políticas, em especial a Seguridade Social. Como pontua Mezáros (2002,

p.100): [...]”uma crise que afeta o sistema do capital global não simplesmente sob um de seus aspectos – o financeiro/ monetário – senão em todas as suas dimensões fundamentais questionando sua viabilidade como sistema reprodutivo social no todo”. Essa abordagem parte das configurações do cenário pós - moderno e das crises do capital.

Por compreender que o Estado é parte central do funcionamento da sociedade capitalista vamos tecer algumas reflexões sobre seu conceito, utilizando para tanto, as análises de Karl Marx, (apud, HARVEY, 2005, 80). Segundo Harvey (2005) o Estado modifica suas formas e modos de funcionamento de acordo com o amadurecimento do sistema capitalista. Nesse sentido, a cada fase do sistema capitalista, o Estado impõe seu papel como apoiador do modo de produção capitalista, e, tal como pontua Friedrich Engels (1941):

Assim, o estado não é, de modo algum, um poder de fora, imposto sobre a sociedade, assim como, não é “a realidade da ideia moral” “a imagem e a realidade da razão” como sustenta Hegel. Em vez disso, o Estado é produto da sociedade num estágio específico do seu desenvolvimento; é o reconhecimento de que essa sociedade se envolveu numa autocontradição insolúvel, e está rachada em antagonismos irreconciliáveis, incapazes de ser exorcizados. No entanto, para que esses antagonismos não destruam as classes com interesses econômicos conflitantes e a sociedade, um poder, aparentemente situado acima da sociedade, tornou-se necessário para moderar o conflito e mantê-lo nos limites da ordem, e esse poder, nascido da sociedade, mas se colocando acima dela e, progressivamente, alienando-se dela, é o Estado (ENGELS, 1941, p. 155, apud, HARVEY, 2005, p.80).

Para os autores supracitados, o Estado se configura como um instrumento de dominação de classes, assim, revestido de poder para manter os conflitos existentes entre as classes com interesses divergentes, o Estado se coloca acima da sociedade. No entanto, vale salientar que o Estado nesse papel de dominação de classes, defende os interesses de uma classe específica, em detrimento da outra, justificando que é para o bem de todos.

Segundo Engels (1941, apud, HARVEY, 2005, p. 80), o estado representativo moderno, é o instrumento para explorar mão-de-obra assalariada pelo capital. Dessa forma, percebemos que o Estado se coloca como apoiador do modo de produção capitalista. Por esse motivo, o Estado foi criado buscando abranger alguns conceitos, “o estado capitalista deve necessariamente, amparar e aplicar um sistema legal que abrange os conceitos de propriedade, indivíduo, igualdade, liberdade e direito, correspondente as relações sociais de trocas sob o capitalismo”. (HARVEY, 2005, p.

80).

O papel do Estado está diretamente ligado ao modo de produção capitalista e as relações de dominação de classes. A ideia de propriedade privada, vem como forma de justificar o porquê, da classe dominante e a burguesia, deter os meios de produção, assim como, a ideia de liberdade, ousando falar em falsa liberdade. O estado coloca, que o individuo é livre para vender sua força de trabalho, ou não. Porém, se ele não vender sua força de trabalho, o mesmo não conseguirá suprir suas necessidades básicas e de consumo. Logo, estará a margem da sociedade. Assim, “o Estado capitalista se torna a forma de organização que o burguês necessariamente adota para propósitos internos e externos, para a garantia mútua das suas propriedades e dos seus interesses”. (MARX; ENGELS, 1970, p. 80, apud HARVEY, 2005, p. 84).

Harvey em seu trabalho intitulado “Concepção pós-moderna”, traz discussões acerca da construção do conceito de pós-modernismo, atrelado às transformações político econômicas, oriundas do capitalismo no final do séc. XX. Salientando que essas mudanças ocorridas no capitalismo favoreceram o surgimento de novos processos de trabalho, novos hábitos de consumo e etc. Para tanto, o referido autor pontua a acumulação flexível, como perspectiva de contrapor o modelo fordista, abordado por Harvey (2005), como sendo rígido. Rigidez essa que pode ser verificada nas relações com os trabalhadores e com o Estado. Tendo em vista as necessidades de mercado, fortalecendo a competição, centralização e descentralização do poder econômico. Nesse sentido, Mezáros (2002) contribui com o debate quando pontua que o sistema do capital, está assentado no antagonismo estrutural do capital e no trabalho. Ou seja, não há como se pensar no capital, sem a categoria fundante que é o trabalho. Deste modo, o capital sobrevive em torno desta categoria tão importante para sua manutenção e sustento.

Partindo desse pressuposto, compreendemos as diversas crises estruturais pelas quais o capital passou e passa, nesse período caracterizado por Harvey como pós- moderno, como sendo crises de manutenção do capital, com criação de formas cada vez mais virulentas de expropriação da classe trabalhadora, com uma reestruturação produtiva permanente, com a ampliação das terceirizações e as desregulamentações constantes em prol do capital. Podemos ressaltar, as reformas trabalhistas e da previdência, a Emenda constitucional - EC Nº 95, as quais expropriam direitos adquiridos. Vale salientar, que as perspectivas político

organizacionais advindas do novo modelo da acumulação flexível, não favorece a criação da equidade.

O avanço tecnológico trouxe para a sociedade capitalista e conseqüente para as relações sociais, benefícios como conforto e bem estar, para uma pequena parcela dessa sociedade, enquanto para outros, acirrou as desigualdades, trouxe desconfortos, desemprego, empobrecimento, falta de moradias, o que nos leva a afirmar que não favoreceu a equidade e nem a universalização.

Diante do exposto, vale ressaltar, como pontua Matos (2020, p. 04):

Desde a implementação do projeto neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990, e com suas estratégias de redução do Estado e reestruturação produtiva, tem aumentado uma precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, que atinge diferenciadamente. Os estratos menos qualificados dessa classe tem cada vez se afastado da possibilidade de trabalho com algum direito, havendo um incremento exponencial do trabalho informal. São esses estratos, em geral, a maioria da população atendida por assistentes sociais nos serviços de saúde.

O gerenciamento das políticas públicas sociais e as tomadas de decisões no que diz respeito as ações governamentais, tem relação direta com a situação de caos e calamidade que a Saúde Pública brasileira vem vivenciando desde os anos de 2016. Um ano histórico e atípico, no qual o Brasil presenciou “o golpe” que culminou com a retirada da presidenta Dilma Rouseff. Desde então, consolidou-se no Brasil a terceira fase do neoliberalismo, com a posse do Vice Presidente Michel Temer, aprofundada com a posse do governo de extrema direita em Janeiro do ano de 2019, e se agravou com a pandemia da COVID-19.

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreformas e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde. O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 com o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso. (BRAVO; PELAEZ, 2020, p.210).

Como símbolo deste “novo regime fiscal” implementado por este governo regressistas, podemos citar a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, a qual impactou em todas as políticas sociais integrantes da Seguridade Social – Saúde,

Assistência Social e Previdência Social. Vale salientar, que neste material nos detemos em refletir sobre os impactos na política de saúde (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, Bravo, Matos e Freire (2020) sinaliza que um dos maiores problemas no orçamento público federal, reside na extração de recursos públicos para financiamento de juros e amortização da dívida, o que favorece o capital em detrimento da proteção à classe trabalhadora. A falta de investimentos no setor saúde, o congelamento de gastos, a falta de investimento na ciência, a falta de ações efetivas que busquem compreender o território brasileiro e suas especificidades, a ausência de ações estratégicas de enfrentamento por meio de medidas de prevenção eficazes no sentido de abarcar a realidade brasileira, a qual difere da realidade de outros países, tem prejudicado toda a organização e estrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Para Paim (2007), todo sistema é elaborado em cima de pelo menos 5 (cinco) componentes, sendo eles: a infraestrutura, ciência e tecnologia, o financiamento, a gestão e o modelo de atenção. Quanto ao financiamento da política de saúde no Brasil, Paim (2007), em uma entrevista a Graziela Wolfart, no IHU On-Line, abordando a temática : a necessidade de avançar na democratização da saúde. Entrevista publicada na IHU On-Line número 233, de 27-08-2007, aponta a questão do financiamento na saúde como sendo o ponto central para o SUS alcançar o fornecimento de saúde com qualidade a população usuária desse sistema. No entanto, deixa claro que em todos os componentes o SUS possui problemas.

- A infraestrutura: um conjunto de estabelecimentos, equipamentos, força de trabalho,
- Ciência e tecnologia, que permite, a prestação dos serviços à população;
- O financiamento, que é o que faz manter e ampliar essa infraestrutura, pagar pessoal, comprar medicamentos e material de consumo;
- A gestão, que diz respeito para onde se vai conduzir esse sistema, se vai ter um caráter mais público ou se vai ficar refém do setor privado, se será um sistema com uma gestão participativa, descentralizada, ou se é piramidal, vertical; a organização dos serviços, no sentido de como vamos estruturar esse sistema, se será em redes, se terá relações entre a atenção básica e a atenção especializada, como se garantirá a referência, como se regulará o atendimento (através de uma central de consultas ou de internações); e

- O modelo de atenção, ou seja, como vamos combinar um conjunto de tecnologias para resolver os problemas das pessoas, mas, sobretudo, tendo um cuidado para que elas se sintam acolhidas no serviço de saúde.

Por fim, a questão do financiamento na conjuntura da saúde pública brasileira é colocada como central, pois o não financiamento desta política ocasionada a não efetivação dos princípios norteadores deste sistema. Como, por exemplo, o princípio da universalidade, garantido na Constituição de 1988, na Lei Orgânica da saúde Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990a), que garante a saúde para todos, torna-se limitado. Não há como promover universalidade com carência e restrição de recursos.

2.2 O princípio da equidade em saúde e a pandemia da COVID-19 no Brasil

O sistema de saúde brasileiro institucionalizado na Constituição de 1988, é resultante de um amplo movimento social, que envolveu estudantes, profissionais de saúde, setores populares, professores e pesquisadores, defendendo o direito à saúde (PAIM, 2007). É considerado como o sistema de saúde público mais completo do mundo, movido por valores de igualdade e equidade, desenvolvendo atendimentos sem discriminação e privilégios. Promovendo saúde para todos, conforme disposto no art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Assim, foi por meio desse movimento social, que na década de 1990 se incluiu na Constituição, princípios e diretrizes para compor a organização do sistema de saúde. Dentre os princípios, destacam-se a universalidade, supracitado; a igualdade - que orienta o fornecimento de serviços iguais a todos, participação social e a descentralização. Paim (2007):

[...] o outro princípio, que é o da equidade, o qual não está no capítulo de saúde da Constituição, nem está na Lei Orgânica da Saúde número 8080/90. O princípio da equidade é introduzido no Sistema Único de Saúde através de normas operacionais com as quais o SUS foi implantado. Não conheço nenhum país do mundo que, a partir da equidade, se chegasse à universalidade. Mas podemos ter um sistema de saúde universal, como o brasileiro, e na medida em que ele vai avançando e organizando suas ações com base em critérios epidemiológicos para poder alocar recursos, vai alcançando uma equidade no sentido de tratar igualmente aqueles que são desiguais. (PAIM, 2007, p. 4).

Desta maneira, o SUS a partir dos princípios norteadores desta política de

saúde, foi pensando para promover equidade no sentido de justiça, podendo ser percebida na redução das desigualdades de acesso e na maior cobertura de imunização, dentre outras ações. Para Paim (2006, p. 07), o SUS:

[...]O SUS enquanto Política Pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta Política Pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização [...]. (PAIM, 2006, p. 07).

No contexto da pandemia da COVID-19, as desigualdades e iniquidades sociais foram escancaradas no nosso país e são reforçadas nas notificações diárias dos casos positivos da doença. De acordo com informações veiculadas no jornal do Estado Rio de Janeiro, no dia 19/3/2020, o primeiro caso de óbito diagnosticado de COVID-19 no Brasil, foi de uma mulher de 63 anos de idade, moradora da cidade do Rio de Janeiro, trabalhadora doméstica na região do Leblon (bairro nobre), a qual possivelmente por transmissão coletiva foi infectada pelos seus empregadores, os quais acabavam de retornar de férias da Itália. A Itália nesse período já havia notificado várias pessoas infectadas, assim como, já havia registrado óbitos relacionados à doença (G1, 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) confirma o primeiro caso importado do Novo Coronavírus (COVID19) na Bahia, na sexta-feira dia 6/3/2020. Trata-se de uma mulher de 34 anos, residente na cidade de Feira de Santana, que retornou da Itália em 25/2/2020, com passagens por Milão e Roma, onde pode ter ocorrido a contaminação por transmissão coletiva (BAHIA, 2020). Esses dois casos demonstram as desigualdades sociais agravadas no processo de transmissão e enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

No primeiro caso em análise, podemos observar como se materializa ou não o princípio da equidade, princípio norteador do SUS. Ao sentir os primeiros sintomas, a empregadora buscou imediatamente, através dos recursos disponíveis por sua condição financeira favorável e privilegiada, atendimento médico hospitalar. Fato que proporcionou a mesma uma recuperação satisfatória e sem agravos. No entanto, a sua empregada doméstica infelizmente não teve a mesma sorte e suporte, o que ocasionou sua morte. Quando ousadamente me refiro aqui a sorte, digo no sentido de não ter a mesma condição financeira favorável que pudesse dar a esta trabalhadora

doméstica, o mesmo atendimento médico hospitalar que sua empregadora. Sendo esta, mais uma vítima da desigualdade sócio financeira.

Além disso, a população brasileira vive em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso a água e em situação de aglomeração. Peculiaridade que proporciona maiores desafios no que diz respeito as estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia em comparação a outros países. Como, por exemplo, há estudos comparativos acerca do sistema de saúde brasileiro e o australiano em relação a COVID-19.

Assim, para Werneck e Carvalho (2020), a pandemia pode ser dividida em quatro fases: contenção, mitigação, supressão e recuperação. Nesta primeira fase, a de contenção, diz respeito as medidas para conter a disseminação do vírus tomadas no início da pandemia, sendo o registro de casos positivos, o rastreamento dos passageiros ativos vindos do exterior, buscando assim evitar a transmissão comunitária.

Na segunda fase, de mitigação, a contaminação já está instalada no país, e busca-se diminuir a transmissão da doença por meio de medidas restritivas, como o “isolamento vertical”, com redução de contato social, na tentativa de “achatar a curva” da epidemia. Nesta fase, em geral ocorreram o cancelamento de grandes eventos, proibição dos eventos menores, suspensão das atividades escolares, fechamento de teatros, cinemas e *shoppings*, e até recomendações para a redução da circulação de pessoas (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Na terceira fase, denominada de supressão, se torna necessária por conta das medidas adotadas anteriormente não terem sido efetivas e não ter alcançado a redução da transmissão. Dessa forma, nesta etapa adota-se medidas mais rígidas de distanciamento social, objetivando adiar ao máximo o aumento da curva da epidemia, ou seja, o aumento exorbitante do número de casos ativos. Para que, dessa forma, os sistemas de saúde pudessem se organizar no que tange aos procedimentos de testagem e sua ampliação e, eventualmente, alguma nova ferramenta terapêutica ou preventiva eficaz, como por exemplo, a vacina, fosse disponibilizada.

Por fim, na última fase, a de recuperação, há sinais consistentes de involução da epidemia e o número de casos se torna residual. Assim, nessa última fase há a necessidade de uma organização da sociedade para a reestruturação social e econômica do país, com uma intervenção do Estado (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Em se tratando da análise das estratégias adotadas nestas fases da pandemia

da COVID-19 no Brasil e no mundo, Werneck e Carvalho (2020) pontuam:

A adoção de diferentes estratégias de isolamento social, vertical ou horizontal, deve ser pautada em uma análise da situação e progressão da epidemia em um determinado contexto. Dessa forma, sob o ponto de vista estritamente teórico, uma estratégia efetiva de “isolamento vertical” poderia ser a mais eficiente também por reduzir as repercussões econômicas e sociais associadas ao “isolamento horizontal”. Ocorre, porém, que as condições para a execução de um “isolamento vertical” efetivo, na situação atual da epidemia no Brasil, são muito limitadas. Isso se dá, em parte, pela alta velocidade de expansão da infecção e as dificuldades para o monitoramento e vigilância estrita de casos e contatos, uma vez que a proporção de assintomáticos se aproxima de 80% dos infectados. Além disso e, principalmente, pela ausência de um sistema de testagem amplo estabelecido logo no início da epidemia de forma a permitir a identificação precoce dos infectados. De fato, a experiência da China mostra que, no início da epidemia, cerca de 86% das infecções não foram detectadas, mas constituíram a fonte de infecção para cerca de 79% dos casos ⁷. Não à toa, os progressos no controle da epidemia na China só ocorreram após a implantação de medidas amplas e drásticas de distanciamento social. Nos países que apresentam amplas restrições tanto na capacidade de testagem nos momentos iniciais da epidemia como na cobertura da assistência ao paciente grave, como os Estados Unidos e a Itália, o “isolamento vertical” foi inicialmente executado, porém, a evolução rápida do número de casos exigiu, ainda que tardiamente, a introdução da estratégia de supressão via “isolamento horizontal”. Da mesma forma, no Reino Unido, a estratégia de isolamento vertical foi inicialmente preconizada, mas a evolução da epidemia e as projeções disponíveis levaram a uma mudança de rumo, com a adoção da estratégia de supressão baseada em isolamento social horizontal (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 03-04).

A pandemia da COVID-19 encontra no Brasil um cenário de crise política e social, com uma população em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Uma população que vive na extrema pobreza, com as expressões da questão social e as desigualdades sociais cada dia mais acirradas. Uma população pobre, que vive em comunidades periféricas, em favelas, com construções compostas por um aglomerado de pessoas, muitas vezes sem acomodações regulares para todos os moradores. A realidade brasileira é diferente de outros países.

Essa peculiaridade da realidade brasileira, favoreceu para que muitas famílias não conseguissem cumprir com os protocolos lançados pelos Órgãos Internacionais de Saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Pois, como manter distanciamento social e ficar em casa, por exemplo, em casas que possuem dois cômodos e moram 10 pessoas, se essas pessoas precisam sair e trabalhar para suprir suas necessidades básicas? Como higienizar as mãos, se muitas vezes nem água encanada tem? Medidas simples que poderiam salvar muitas vidas, mas a

desigualdade social impediu o cumprimento dessas medidas de contenção do vírus. Assim, situações como estas, nos faz refletir como nosso país é desigual, e questionar, como o sistema capitalista compreende a equidade?

Para o sistema capitalista, a equidade é uma contradição. A equidade nesse modo de produção capitalista anda na contramão do processo. Ela se concretiza como um princípio contra as injustiças sociais inerentes ao sistema capitalista. Dessa forma, se constitui como um princípio que atua por meio de valores: éticos, morais, de solidariedade e de justiça social. Mas, como materializar a equidade no modelo de produção capitalista em tempos de pandemia da COVID-19? O próprio sistema capitalista não favorece a consolidação do SUS, o que prejudica a efetivação e materialização dos princípios doutrinários desse Sistema de Saúde Universal. Destarte, percebemos que para o processo de materialização do princípio da equidade em saúde existem diversos desafios.

2.3 Equidade em saúde: desafios para a avaliação

A equidade é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde no Brasil. É uma temática que apresenta um amplo debate com concepções vinculadas a teoria da justiça social. Em se tratando do nosso ordenamento jurídico, o SUS foi instituído na Constituição Federal de 1998 e está disposto no capítulo da Seguridade Social, e detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais buscam viabilizar o direito garantido constitucionalmente.

Dessa forma, temos como regulamentação a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde em todos os níveis, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a Lei nº 8.142, promulgada em 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, definindo, em linhas gerais, as formas de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Além dessas, temos as Normas Operacionais Básicas (NOB's), regulamentadas em 1991, 1993 e 1996, importantes para definir as estratégias para operacionalização do SUS.

Assim, o tema equidade foi introduzido ao SUS através das normas operacionais básicas, tendo em vista as necessidades de se constituir um sistema de

saúde universal. Pois, como afirma Paim (2007, p. 01), “precisamos de um sistema de saúde universal para assim alcançarmos uma equidade no sentido de tratar igualmente aqueles que são desiguais”.

Do ponto de vista conceitual em relação a temática da equidade, Turner (1986, apud, DUARTE, 2000, p. 444), diferencia quatro tipos diferentes de equidade: ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados.

A equidade ontológica se refere à igualdade fundamental entre as pessoas. Varia das abordagens religiosas de igualdade perante Deus, passando pela abordagem marxista - para a qual a natureza do ser humano é forjada por sua "praxis" livre e transformadora, que busca um domínio cada vez maior sobre a natureza e maior comunicação, autonomia e consciência - até as perspectivas "relativistas" modernas, de que a natureza humana é específica de certas culturas e sistemas sociais.

À equidade de oportunidade de se alcançar os objetivos almejados. Esta concepção, herança das revoluções francesa e americana, está na base da teoria social da meritocracia, sendo uma característica da doutrina política do liberalismo clássico, que considera ser possível uma mobilidade social perfeita, a partir da igualdade de oportunidades. Uma vez garantida a universalidade dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, todos têm, independente de sua origem, as mesmas oportunidades de alcançar as mais altas posições individuais.

Turner resgata que a igualdade de oportunidade é praticamente inseparável da noção de equidade de condições. Para haver, de fato, oportunidades iguais para todos os membros da sociedade, a equidade precisa ser observada também no "ponto de partida": apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas "em igualdade" para competir com base em habilidades e méritos individuais.

A equidade dos efeitos ou resultados. Nele, a legislação e outras medidas políticas procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. Mecanismos de discriminação positiva precisam operar em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, assegurando a equidade nos resultados. (TURNER, 1986, apud, DUARTE, 2000, p. 444),

Em síntese, a partir das contribuições de Turner (1986, apud, DUARTE, 2000, p. 444), podemos inferir que no que diz respeito a equidade ontológica, ela se refere às questões morais e religiosa, já a “equidade de oportunidades” coincide com o significado da equidade no campo sanitário, por exemplo, no qual se refere a “igualdade no acesso”, ao tratamento igualitário para as mesmas necessidades. Ou seja, o princípio da equidade busca atender o público alvo da política de saúde, por meio do reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde, e nas necessidades das pessoas; considerando que o direito à saúde perpassa pelas divergências sociais e precisa levar em consideração a diversidade.

O princípio da equidade em saúde, busca dirimir o impacto dos determinantes sociais da saúde na qual os indivíduos estão inseridos, reconhecendo as necessidades do público alvo da política de saúde. Para Ferreira (2010, apud, CARVALHO *et. al.*, 2014), a equidade é definida como princípio da igualdade social, observando a garantia da justiça como critério de julgamento ou tratamento. Como exemplo de efetivação do princípio da equidade, temos a implantação do Programa de Atenção à Anemia Falciforme (PNTN), a implantação nos hospitais de urgência e emergência, a classificação de riscos, etc.

A partir da análise das regulamentações que instituíram o SUS, fica evidente que a saúde é considerada pelo legislador como um direito fundamental inerente ao ser humano. Para tanto, o Estado deve prover condições necessárias ao seu pleno exercício, buscando alcançar um acesso igualitário e universal. O Estado, por meio de suas ações governamentais e através da elaboração e implementação de políticas públicas deve alcançar a equidade, compreendendo as iniquidades sociais presentes na sociedade, como um obstáculo a ser superado.

Nesse sentido:

A pobreza é acima de tudo a maior ameaça à saúde. As iniquidades trazidas pela renda indicam que a tomada de decisão deve se comprometer com a responsabilidade social, viabilizando práticas políticas justas e equânimes que incluam a avaliação do impacto sobre a saúde. A participação social na construção de saúde deve atuar como um meio importante na concretização da saúde e empoderamento da sociedade, para efetivação do princípio da equidade do sistema de saúde brasileiro. (GRANJA, 2008, apud, CARVALHO, *et. al* 2014, p. 01).

Diante do exposto, compreendemos a necessidade de se “construir uma mudança de concepção ética, pois há implicações em um processo social de novas práticas sanitárias que exigem dos atores envolvidos (professores, gestores e usuários) transformações em suas atitudes e posturas”. (GRANJA, 2008, apud, CARVALHO, *et. al* 2014, p. 01). Nesse sentido, este trabalho busca tecer reflexões acerca da equidade a partir do estudo da avaliação em saúde.

Assim, o debate sobre avaliação em saúde é inserido no Brasil por autoras das áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, como Hartz, Zulmira Maria de Araújo ; Tanaka & Melo; Silvia, Ligia Maria Vieira; Minayo, Maria Cecilia de Souza. As autoras Finkler e Dell’Aglío (2013) trabalham com a compreensão da avaliação de programas e projetos sociais, considerando sua interface com o processo das políticas públicas.

Isso porque para Finkler e Dell'Aglio (2013), as políticas públicas depois de elaboradas e formuladas, desdobram-se em planos, programas e projetos. Assim, a avaliação de programas e projetos sociais está diretamente relacionada com a avaliação de políticas públicas, sendo parte integrante desse processo.

Partimos do conceito de política pública trazido por Souza (2006, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013), para tecer reflexões acerca do debate da avaliação de Políticas Públicas e seus desdobramentos na avaliação em saúde:

As políticas públicas podem ser definidas como conjunto de ações, programas e atividades desenvolvidas pelo Estado (direta ou indiretamente) com o objetivo de garantir direitos de cidadania, especialmente aqueles assegurados constitucionalmente, voltando-se para a solução de problemas da sociedade. (SOUZA, 2006, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 01).

A temática da avaliação em saúde é considerada pela literatura como um campo com pluralidade em termos, conceitos e metodologias. No que diz respeito, ao tema, os estudos analisados apontam que o campo da avaliação passou a ser explorado no Brasil a partir da sua inserção na agenda pública na década de 1980. Assim, tendo em vista que, o contexto brasileiro difere do contexto internacional, a área da avaliação é um campo que vem sendo explorado recentemente, principalmente, no que se refere a área da seguridade social, em especial à avaliação em saúde.

Além disso, verificamos que em sua grande maioria, as literaturas relacionam o campo da avaliação para programas e projetos sociais, objetivando o aperfeiçoamento das políticas públicas e seus respectivos programas sociais, com resultados efetivos para melhorar o atendimento aos beneficiários. Desse modo, vale destacar, que o interesse no campo da avaliação perpassa no atendimento da gestão, ou seja, é perceptível a existência, no processo de institucionalização do campo da avaliação na área social brasileira uma lacuna em se pensar um modelo de avaliação a partir da perspectiva e/ou participação dos usuários das políticas e/ou programas sociais.

Partindo do exposto, para o processo de formulação, implantação e implementação das políticas de Seguridade Social, é necessário construir ações e estratégias que venham a dialogar com o estudo da avaliação. Isso por conta da necessidade de fortalecimento das políticas nas áreas da saúde, assistência e Previdência Social, tendo em vista a defesa do SUS e sua viabilidade de atendimento

as demandas de saúde da população usuária, integrantes de camadas sociais historicamente desprivilegiadas no acesso a bens e serviços de saúde. Dessa forma, o debate sobre avaliação em saúde contribui para a discussão do Sistema de Saúde, partindo da perspectiva que esse sistema está em crise no mundo inteiro, como sinaliza Contandriopoulos (2006). Nesse sentido, o referido autor aponta para a necessidade de se construir uma 'cultura de avaliação nos sistemas de saúde'.

A perspectiva teórica defendida pelo autor supracitado, se baseia na avaliação a partir de três áreas distintas: a pesquisa, a avaliação e a tomada de decisões. Partindo da análise conceitual dessas áreas, compreendemos que a avaliação está vinculada a uma intervenção formal, baseada em tomadas de decisões para um fim específico. A avaliação, se distingue da pesquisa, por conta do caráter de juízo de valor que é dado posterior à intervenção. Isso por que como sinaliza Contandriopoulos (2006):

Nosso raciocínio se baseia na ideia de que avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Em síntese, o estudo da avaliação é imprescindível para o fortalecimento dos Sistemas de Saúde, por estar relacionado à tomada de decisões. No entanto, para que uma tomada de decisões seja eficaz, necessita de aprofundamento em conhecimentos científicos sólidos. Nesse sentido, vale ressaltar que os gestores e técnicos devem atentar-se a basilar a tomada de decisões, em avaliações que produzam conhecimento que venham a proporcionar o melhoramento das ações e desempenho das Políticas e/ou Programas sociais.

Minayo (2005 apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 127) considera a avaliação de políticas públicas como campo mais amplo do que a avaliação de programas sociais, tendo em vista que este encontra-se embutido no primeiro. Não tem como você entender um programa dissociado da política a qual ele se vincula. Deste modo, a autora aponta que, a avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de

determinado assunto, proposta ou programa, devendo ser útil, viável, ética e precisa (MINAYO, 2005, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 127).

Algumas definições de avaliação encontram-se centradas na ideia de avaliação de resultados concretos, análise de qualidades e fraquezas de um programa específico e verificação da sua eficiência e eficácia, de acordo, com os objetivos estabelecidos por cada programa. Essas definições são marcadas por um conceito delimitado, o qual busca alcançar, com a avaliação, a eficiência, a eficácia e a efetividade na formulação e implementação das políticas e/ou dos programas sociais. Vale salientar, que esse conceito de avaliação se vincula a teoria clássica.

Grande parte da bibliografia disponível sobre avaliação de programas e serviços refere-se a aspectos tecnológicos, ora enfatizando a qualidade, ora as avaliações econômicas de custo-efetividade, recorrendo para essa finalidade tanto a técnicas quantitativas quanto qualitativas (FARIA, 2005, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 128).

Em paralelo as definições de avaliação voltadas a um conceito delimitado dessa temática, temos:

[...] estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade, que se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Tais estudos seriam adequados à análise do sucesso prático do programa, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, dos usuários a que se destinam as ações [...]. (BOSI; UCHIMURA, 2007, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 128).

A objetividade presente nas definições alicerçadas na teoria clássica de avaliação, basiladas no paradigma positivista, passa a ser questionada a partir da década de 1990. Pois, segundo Deslandes (1997, apud FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 128), “a pretensa objetividade passa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador”. Nesse sentido, Arretche (1998, apud, FINKLER; DELL'AGLIO, 2013, p. 128), pontua: “não há possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra”.

Esse modelo de avaliação de políticas e/ou programas sociais surge no mundo após a Segunda Guerra Mundial; é nesse período que as organizações internacionais e supranacionais se dedicam à avaliação. Essas organizações investem em pesquisas sobre os impactos financeiros, orçamentários e sociais nas mais diversas

áreas, as quais nesse momento pós guerra estavam devastadas. Na tentativa de fornecer respostas as demandas da sociedade, essas organizações se utilizam de metodologias e práticas de avaliação para reorganizar o cenário social na época. Assim, eles financiam programas sociais em países em desenvolvimento, almejando “mudanças sociais”.

Vale salientar, que essas organizações internacionais se utilizam desses financiamentos em programas sociais, para determinar os investimentos locais, regionais e nacionais. Dessa forma, as políticas sociais são regidas pela lógica desses organismos internacionais. Nesse sentido, o processo de institucionalização da avaliação na América Latina, em especial no Brasil, é atravessado por essa força de indução externa desses organismos internacionais, os quais vinculam o conceito de avaliação a serviço da reforma do Estado. Ou seja, “a avaliação ganha centralidade como forma de dar credibilidade a um processo de reforma política em que é questionado o tamanho da eficiência do setor público” (TREVISAN; BELLEN, 2008, apud, FINKLER; DELL’AGLIO, 2013, p. 127). Nesse processo de institucionalização da avaliação na América Latina fica nítido a disputa de forças entre os que defendem um Estado forte e ampliado, e os que almejam a privatização com a estruturação de um Estado mínimo, fortalecendo os setores privados em detrimento aos setores públicos. É nesse cenário de correlação de forças e disputas políticas, que o estudo da avaliação em saúde ganha visibilidade na década de 1980 no Brasil.

Para compreender a avaliação em saúde, faz-se necessário conceituar a Política de Saúde a qual estamos trabalhando. Dessa forma, Paim (2002;2003), pontua:

As políticas de saúde podem ser consideradas como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. (PAIM, 2002, 2003, apud, SILVA, 2005, p.22).

Nesse cenário de correlação de forças e disputa política, entre setor público e o setor privado, a defesa do SUS e sua viabilidade de atendimento às demandas de saúde da população usuária deste sistema, tão importante para as camadas sociais historicamente desprivilegiadas no acesso a bens e serviços de saúde, torna-se imprescindível. O estudo da avaliação em saúde favorece o fortalecimento do Sistema de Saúde, tendo em vista a construção de estratégias para melhoramento no desempenho das ações e serviços em saúde.

Como marco da trajetória da Política de Saúde no Brasil, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, consolidado através da Constituição Federal de 1988 que reconhece a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1990a). Sendo considerado como passo importante para o planejamento e organização dos serviços de saúde. Dentre as conquistas advindas com o processo de criação do SUS, temos o reconhecimento da saúde como direito social, concretizando o princípio da universalidade, inscrito no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ou seja, incluindo todos os cidadãos nos serviços prestados pelo SUS; sistema formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 2000).

O SUS tem como característica marcante a materialização de uma nova concepção do conceito de saúde no Brasil, a qual deixa de ser tratada como “o estado de não doença” e passa a ser concebida a partir da lógica da “prevenção de agravos e centrada na promoção da saúde” (BRASIL, 1998). Sendo assim, essa característica marcante proporciona ao SUS avanços no que diz respeito a democratização da saúde. Como avanços democráticos podemos sinalizar a inserção dos princípios doutrinários do SUS, sendo eles a universalidade, integralidade e equidade. Assim como, os princípios operacionais: a regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, a participação, o controle social e a descentralização.

A literatura aponta para os desafios vivenciado pelos atores envolvidos na execução da política de saúde, sendo eles: os gestores, coordenadores e profissionais da área da saúde - para o processo de operacionalização do princípio da equidade no SUS. Como aponta Nunes *et al.*, (2001)

[...] acima de tudo, é preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para o enfrentamento de tais situações [...]. (NUNES *et al.*, 2001, apud, BARROS, 2016, p. 16).

Assim, o estudo de avaliação em saúde torna-se cada vez mais imprescindível para que se consiga pensar estratégias que venham a dirimir as desigualdades e

operacionalizar o direito a saúde a partir das singularidades e particularidades das necessidades dos usuários desta política. Compreendendo “o campo social como permeado de valores em disputa, o que torna necessário que o processo avaliativo contemple em seu desenho e metodologia, a explicitação de óticas, valores e princípios” (AKERMAN *et al.*, 2004, apud, FINKLER; DELL’AGLIO, 2013, p. 127). Utilizando a seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliadas para contribuir com o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação (SILVA, 2005).

Em síntese, persiste uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores. Há um crescente consenso que as diferenças nas abordagens e estratégias metodológicas para a avaliação dependem dos objetos e circunstâncias (ROGERS, 2001, apud, SILVA, 2005, p. 30). A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito.

2.4 A materialidade da equidade em saúde

Ao discutir equidade precisamos compreender que este é um conceito considerado por alguns autores como complexo e polissêmico, devido à diversidade de conceitos para o mesmo tema. No entanto, para que o Sistema Único de Saúde seja universal, é preciso garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde. Para tanto, é preciso superar as desigualdades sociais e as diferenças regionais. Desse modo, o conceito de equidade é fundamental para garantir a universalidade da saúde. (SOUTO, 2016, p.50).

As políticas de promoção da equidade em saúde contribuem para dirimir as desigualdades, e também, o impacto dos determinantes sociais na saúde. Isso porque, as políticas baseadas nesse princípio, buscam a implantação e a implementação de ações voltadas para as necessidades de segmentos da população mais vulnerável, que estão mais expostas ao risco de adoecer ou morrer, em função de características econômicas, sociais, culturais e históricas, como: negros e quilombolas; moradores de rua; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); ciganos;

populações do campo, da floresta e das águas (ribeirinhos, pescadores, marisqueiros, camponeses, trabalhadores rurais, sem-terra etc. (SOUTO, 2016, p. 50).

Autores como Silva e Almeida Filho (2009), apontam para a discussão da equidade em saúde a partir da distinção de horizontal e vertical. A primeira corresponderia ao tratamento igual de iguais e a segunda corresponderia ao tratamento desigual de desiguais. Dessa forma, para falar em equidade na saúde, faz - se necessário refletirmos sobre o papel do princípio da universalidade dentro do SUS, e sua relação com o princípio da equidade.

Como apotam Silva e Almeida Filho (2009), a temática da equidade em saúde tem sido estudada com base na epidemiologia, dessa forma, não se verifica uma maior atenção as questões conceituais. Por este motivo, a literatura aponta para necessidade de estudos mais aprofundados sobre o conceito de Equidade. Tendo em vista que, de acordo com Elias (2005):

[..] os critérios epidemiológicos adéquam-se estritamente para apontar necessidades de atenção à saúde, segundo parâmetros da morbimortalidade populacional ou para a definição da situação de saúde da população, e não como critério de escolha entre duas ou mais situações de igual expressão epidemiológica para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos [...] (ELIAS, 2005, apud, GRANJA; ZOBOLI; FRACOLI, 2010, p. 80,).

A questão da equidade em saúde está relacionada a epidemiologia, e nos leva a refletir sobre o condicionamento desse princípio no que tange aos objetivos vinculados a eficiência e a eficácia, fortalecendo a relação com o custo-efetividade. Fato que favorece o fortalecimento de políticas sociais e/ou ações de saúde com características focalizadas, sendo destinadas para grupos específicos, ou seja, para os ditos mais pobres. Dessa forma, como aponta Senna (2002, p. 204):

O mérito dessa abordagem é reconhecer que uma das características mais marcantes das Políticas Sociais brasileiras, em especial a política de saúde, tem sido a de privilegiar grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social, caracterizando aquilo que Ramos (2000, apud, SENNA, 2002), denomina de focalização espúria. (SENNA, 2002, p. 204).

Nessa direção, a temática da equidade e da focalização das políticas sociais apresentam divergências entre os autores na literatura. De um lado estão os autores que compreendem a focalização pelo lado positivo na medida, que estabelece

prioridades de acesso a segmentos mais vulneráveis aos programas sociais, sendo considerada como uma alternativa para dirimir a extrema pobreza e as desigualdades sociais no Brasil. No entanto, há quem considera a focalização como uma forma de restringir direitos. Tendo em vista, que o Estado desenvolverá ações mínimas apenas para a população mais pobre. Ou seja, entra na discussão de desresponsabilização do Estado e do favorecimento ao setor privado com as respectivas privatizações, fortalecendo, assim, a ideia de Estado mínimo.

2.4.1 Material e método de análise

A presente dissertação discute a materialidade do princípio da equidade em saúde no enfrentamento a COVID-19 no território de Cachoeira-BA. Para o desenvolvimento do estudo recorreremos a pesquisa de natureza qualitativa, pois permite “reconstruir teoricamente os processos, as relações, os símbolos e os significados da realidade social”. (MINAYO, 2008, p. 14).

O método aplicado para a produção dessa dissertação foi a pesquisa bibliográfica associada a análise documental, tendo em vista que, a pesquisa de campo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa não pôde ser realizada. Desta forma, por não ser possível a realização das entrevistas com os participante do comitê, realizamos um mapeamento das ações desenvolvidas pelo Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19, objetivando classificar as estratégias adotadas pelo município de Cachoeira – BA, no enfrentamento a pandemia da COVID-19, através de documentos públicos e redes sociais. Para tanto, utilizamos para a pesquisa os dados secundários do levantamento de dados oficiais da Prefeitura Municipal de Cachoeira-BA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB, Ministério da Saúde – MS, bem como, artigos, teses e dissertações relacionadas ao tema.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio das plataformas do scielo e scielo books, a partir de fontes teóricas, teses e dissertações, artigos acadêmicos e científicos, datados dos anos de 2002, 2005, 2006, 2008, 2009, 2013, 2016 e 2020. Essa revisão de literatura foi realizada a partir das temáticas da equidade e avaliação em saúde, utilizando como descritores avaliação em saúde, equidade em saúde, buscando refletir e compreender como o princípio da equidade se materializa ou não, nas ações de saúde, em municípios de pequeno porte 1 como é o caso de Cachoeira – BA.

Ainda nesta etapa da pesquisa bibliográfica, objetivando compreender como o território lócus da pesquisa se comportou no enfrentamento a COVID-19, realizamos uma análise de algumas categorias teórica, abordando os conceitos de Estado, território, política de saúde, equidade em saúde e avaliação em saúde. Analisando, assim, o princípio da equidade em saúde a partir da avaliação em saúde. Para tanto, realizamos também reflexões acerca do sistema de saúde brasileiro, abordando o conceito de avaliação em saúde.

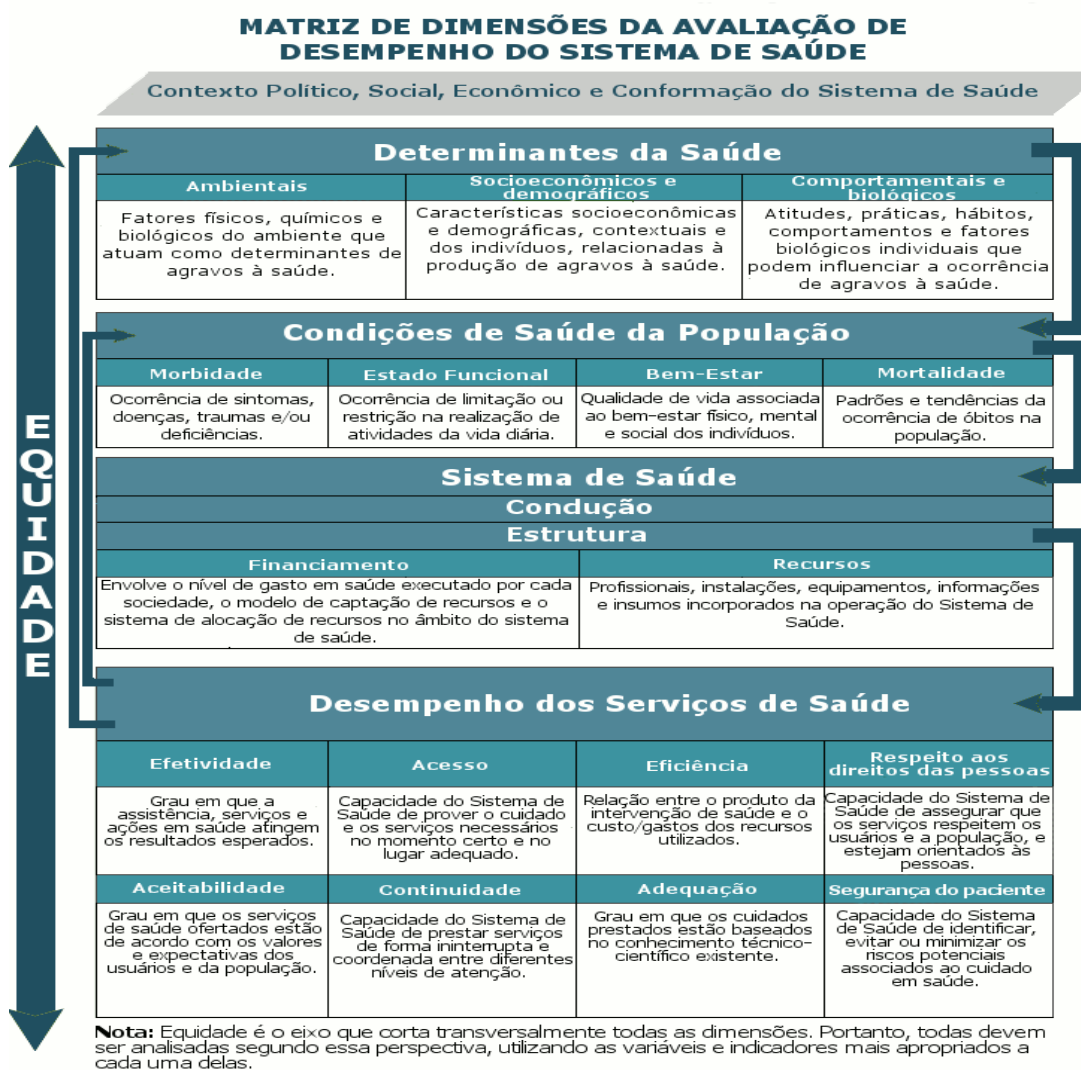
A análise documental foi realizada a partir de uma busca nos sites oficiais da prefeitura municipal de Cachoeira – BA, utilizando como fonte os atos normativos publicados no Diário Oficial deste município, nos períodos de março de 2020 até o mês de dezembro de 2021. Realizamos uma busca nos sites oficiais da SESAB, no que diz respeito aos Boletins Epidemiológicos também nos períodos de março de 2020 a dezembro de 2021. Além disso, realizamos também uma busca por informações relacionadas ao enfrentamento da COVID-19 pelo município nas redes sociais e nas notícias de jornais locais.

Para o desenvolvimento da pesquisa documental, a partir dos dados de fontes secundárias, utilizamos como parâmetro de análise, a Matriz Conceitual do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS⁴. Nesse sentido, o PROADESS (2022):

Contribui para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, ao produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminar informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos. (PROADESS, 2022)

⁴ Mais informações no em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>. Acesso em: 17 de mai. De 2022.

Figura 1: Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde,



Fonte: PROADESS

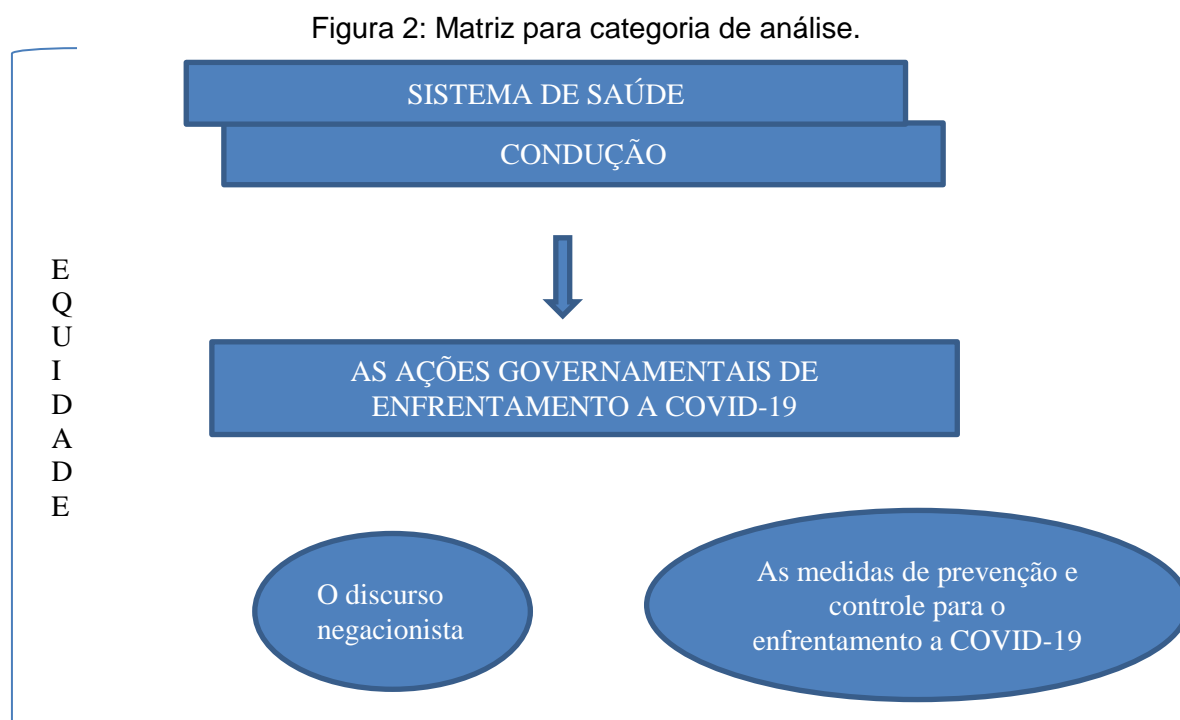
A matriz de análise de indicadores do PROADESS se configura como uma matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde. Essa matriz, busca analisar desde os determinantes da saúde, às condições de saúde da população, os sistemas de saúde (condução e estrutura) e por fim os desempenhos dos serviços de saúde. Nela o eixo equidade aparece como transversal em todas as dimensões.

Assim, para o desenvolvimento do conteúdo desta dissertação, utilizamos a matriz da PROADESS (2022) como base para elaboração de um modelo específico para análise dos dados do município de Cachoeira-BA, a partir do princípio da equidade como eixo norteador. Pois, esta dissertação não objetiva analisar o desempenho do sistema de saúde, e sim, faz uma análise de um princípio do Sistema

Único de Saúde, buscando compreender como se efetiva ou não o princípio da equidade nas estratégias de enfrentamento a COVID-19 no âmbito municipal.

Para tanto, buscando responder à pergunta de investigação norteadora da pesquisa documental que forneceu subsídios para construção deste material, realizamos uma análise dos dados coletados a partir da análise da matriz de indicadores supracitada para entendermos quais os indicadores da matriz poderiam ser analisados. Dentre os indicadores apontados na matriz do PROADESS (2022), nós utilizaremos aqui o indicador Condução, o qual está dentro da categoria Sistema de Saúde, isso porque este nos proporciona uma análise que consegue dar um panorama geral das ações governamentais de enfrentamento a COVID-19 no município de Cachoeira-BA. Os demais indicadores da matriz, apesar de serem importantes para a análise do sistema de saúde de forma geral, não nos dá base para responder a nossa pergunta de investigação.

Dessa forma, utilizamos como categorias de análise:



Fonte: Elaboração da própria autora.

Para compreender a materialidade do princípio da equidade em saúde nas ações governamentais de enfrentamento a COVID-19 em Cachoeira-BA, realizamos a análise das categorias de análise supracitadas a partir da equidade. Dessa forma, a

partir da análise de conteúdo, a qual segundo “Minayo (2007) desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação, e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação” (CAVALCANTI; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 16), construímos uma tabela (em anexo I) com as tomadas de decisões do governo municipal para o enfrentamento da pandemia utilizando as categorias listadas acima, no período de março de 2020 a dezembro de 2021.

3. TERRITÓRIO, POLÍTICA DE SAÚDE E PANDEMIA DA COVID-19

Nesse capítulo, buscamos uma aproximação com a categoria território a partir das principais tendências no que diz respeito a análise desta categoria. Para tanto, fez-se necessário um imersão em literaturas relacionadas ao tema para, deste modo, verificar as tendências teórico-metodológicas relacionadas a categoria em análise. Assim, esta abordagem contribuiu no desenvolvimento das reflexões supramencionadas no decorrer desta dissertação, em especial no que diz respeito a Seguridade Social, em especial a política de saúde em tempos de pandemia da COVID-19.

Isso porque, não seria prudente realizar uma análise da política de saúde sem compreender o território no qual ela se desenvolve. Pois, como afirma Abreu (2015), o território, tema central de sua tese, vem adquirindo relevância no meio profissional, principalmente na articulação do Serviço Social com as políticas sociais, sendo tratado muitas vezes, como o “chão das políticas sociais”. (ABREU, 2015, p.17).

Em se tratando da análise da tese de Abreu (2015), bem como, da expressão supracitada, percebemos que há uma indagação da autora no que se refere a direção teórico-metodológica utilizadas nas abordagens da categoria território, principalmente no que tange a lógica formal e pragmática presente nas influências teóricas da geografia e das ciências sociais. A referida autora, traz reflexões acerca da utilização dessa lógica formal e pragmática na abordagem da categoria território, servindo de sustentação nas orientações das políticas sociais brasileiras. (ABREU, 2015).

Em seus estudos e análises Abreu (2015), nos apresenta os resultados de suas pesquisas sobre o tema território, importantes serem salientados para melhor compreensão do conceito e sua respectiva utilização ou apropriação na implementação das políticas sociais brasileiras. Dessa forma, inicialmente a autora pontua que a ênfase dada ao conceito de território, no campo da política social brasileira, perpassa por um análise geográfica, política, institucional, bem como, sinônimo de aspectos da organização social local.

Analisando a categoria território a partir das contribuições de Milton Santos, é necessário compreendermos os elementos básicos que compõe a concepção de território. Dentre eles, cita o referido autor, o espaço, ator e poder. Sendo assim, não há como conceituar território sem a compreensão desses três elementos. Nesse sentido, corrobora Souza (2009) ao apontar que:

[...] O que 'define' o território é, em primeiríssimo lugar, o poder – e, nesse sentido, a dimensão política é aquela que, antes de qualquer outra, lhe define o perfil. Isso não quer dizer, porém, que a cultura (o simbolismo, as teias de significados, as identidades...) e mesmo a economia (o trabalho, os processos de produção e circulação de bens) não sejam relevantes ou não estejam 'contemplados' ao se lidar com o conceito. (SOUZA, 2009, p. 59-60).

Ou seja, o território deve ser pensado a partir das relações de poder e não somente em seus aspectos geográficos (abordando o elemento espaço). É necessário entender que o conceito da categoria território abrange outras dimensões além da territorial, como por exemplo, a dimensão subjetiva - simbólica.

O território apresenta um caráter material e simbólico: de um lado a dominação jurídico política, do outro, a apropriação repleta de experiências do vivido (HAESBAERT, 2007). Segundo Freitas (2012), a noção que, via de regra, se torna hegemônica, é a jurídico-política, tendo na figura do Estado o seu principal agente dominador, delimitando de forma arbitrária fronteiras de terras com diversos recursos naturais em detrimento das fronteiras de memórias, de paisagens tradicionais, ocultando os processos da história que lhes deram origem. (ABREU, 2015, p. 336).

A dimensão política do espaço territorial está vinculada ao processo de descentralização político administrativa, ou seja, remete ao pacto federativo ligadas as atribuições e responsabilidades referentes a gestão, financiamento, controle social, implementação e manutenção das políticas sociais (ABREU, 2015). Com as novas formas de gestão, advindas o pacto federativo, os municípios passam a ter novas responsabilidades e atribuições, porém não possuem autonomia no que se refere ao financiamento das políticas sociais, dessa forma, o território passa a ser utilizado como "delimitação para controle de indicadores e adequação de demandas aos parques serviços oferecidos" (BAREU, 2015, p. 23). Não há uma preocupação com o fornecimento de serviços com qualidade e sim, a necessidade de oferecimento de serviços com busca por resultados quantitativos.

Destarte, não tem como analisar o território sem compreender os processos sociais em sua totalidade. Como pontua Moreira (2012):

A compreensão desses elementos como totalidade é, portanto, ponto-chave, uma vez que: "O espaço é então o termo da unidade. O plano em que se dá a relação homem-natureza. O âmbito em que as coisas dissociadas se juntam". Ademais, "O pressuposto é que o espaço é a forma e a relação homem-natureza, o conteúdo. A tarefa é resolver a equação e que tudo integre uma mesma teoria" (MOREIRA, 2012, p.24-25, apud, ABREU, 2015, p.20).

Assim, a partir da revisão de literatura, verificamos que a categoria território, possui uma análise polissêmica. De acordo, com Abreu (2015), prevalecendo noções que reforçam a fragmentação entre espaço, natureza e o humano. Nesse sentido, de acordo com o geógrafo Ruy Moreira, após o distanciamento das análises da dimensão socioespacial da sociedade, através da crítica do pensamento marxiano e marxista, a categoria território passou a ser utilizada como um mero conceito (ABREU, 2015).

Sendo um conceito utilizado nas apropriações da intervenção política, econômica e social. Na visão funcionalista e positivista, umas das funções do debate da categoria território, seria de dinamizar processos de gestão e controle institucional dos riscos e vulnerabilidades sociais no cotidiano, potencializar os sujeitos (ABREU, 2015).

Ou seja, para Abreu (2015), o território surge como lócus de transformações na vida dos sujeitos no exercício cotidiano de auto-organização e superação das desigualdades e gerenciamento da vida social. Sendo esta uma forma utilizada pelo modo de produção capitalista para desvincular o debate do território da produção e reprodução da vida social. A partir do momento que se desvincula a análise do território, como espaço de produção e reprodução da vida social, com os movimentos de luta de classes, compreendendo o espaço através da particularidade e da totalidade, a categoria território se torna um mero conceito.

Moreira (2012,2014), “a totalidade estruturada de relações, dialeticamente complexas e historicamente determinadas, na forma do qual reside o amálgama do entrecruzamento entre a forma homem-natureza e homem-sociedade”. (MOREIRA, 2012-2014, p.25, apud, ABREU,2015, p.21).

Harvey (2003, p.187, apud, ABREU, 2015, p. 22), “considera o espaço e o tempo como ‘categorias básicas da existência humana’”. Compreendendo o espaço e o tempo a partir da contribuição de análise das novas formas de organização do trabalho flexível de reestruturação no padrão de acumulação. Harvey, contribui na compreensão acerca da utilização da categoria território como meio para o desenvolvimento do sistema capitalista em sua fase madura. Assim, para Havey (2003, p. 187, apud, ABREU, 2015, p. 22), essa utilização da categoria território, serve para “retardar os efeitos deletérios da crise estrutural e sistêmica” do capitalismo.

Abreu (2015), traz em sua tese uma análise da utilização do território na direção política de governos neoliberais. Apontando para as ressignificações do tema frente a

necessidade de se elaborar estratégias de sustentação da para o modelo reducionista e com políticas sociais focalizadas. Reduzindo a categoria território como um conceito que pode ser adaptado para ser utilizado de acordo com o contexto e os interesses dominantes.

Destate, as estratégias utilizadas pelos govenos neoliberais podem ser observadas mediante a implementação de políticas sociais territorializadas. Sendo visíveis na área da assistência social, habitação, saúde etc.

[...] asseguradas por instrumentos mundializados de controle, por medidas econômicas e políticas operadas pelo Estado forjando ajustes e adaptações da base produtiva e do trabalho em escalas territoriais. Contribuindo para ampliar as margens de lucros e garantir a superexploração do trabalho, retardando um colapso do sistema. (HARVEY, 2011, apud, ABREU, 2015, p. 22).

Em síntese, a partir da revisão de literatura supracitada, analisaremos a categoria território no campo das políticas sociais, em especial da seguridade social, como “categoria de análise da sociedade e , não simplesmente, como um conceito ou instrumento de gestão” (ABREU, 2015, p.24). Compreendo o território em sua totalidade e complexidade, a partir do cotidiano da vida em sociedade, composta por uma classe de trabalhadores que sofre com as mazelas advindas do processo de acumulação capitalista.

3.1 O debate da categoria território no campo das políticas sociais

O debate do território como categoria de análise no campo das Políticas Sociais não pode estar desprendido da compreensão de outras categorias, como por exemplo, o sistema capitalista e suas crises cíclicas, bem como, as expressões da questão social e as respostas governamentais para estas questões. O campo de análise da categoria território é composto por contradições e determinantes sociais, as quais são marcadas por disputas na relação capital x trabalho. Deste modo, como aponta Abreu (2015, p.39, grifos do autor), o “pressuposto fundamental é que o **território** expressa dialeticamente as contradições da totalidade concreta”.

Assim, para Lefebvre (1999, p.12, apud, ABREU, 2015, p.39), é no espaço da propriedade privada capitalista – a posse da terra, que as relações de produção e reprodução social se efetivam a partir do avanço das forças produtivas. Diante desse cenário, o território é utilizado como fonte para angariar recursos públicos e privados.

Conforme contempla Harvey (2005), a cada fase do sistema capitalista, o Estado impõe seu papel como apoiador do modo de produção capitalista. Assim, os governantes orientam suas ações para responder as demandas relacionadas as expressões da questão social, a partir da lógica do capitalismo mundializado. É nesse contexto, que as políticas sociais são formuladas para fornecer respostas às expressões da questão social, sendo restritivas no que diz respeito a necessidade de não interferir no mercado.

Sobre a política social no Estado burguês aponta Netto (2005):

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar em política social pública na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da ‘questão social’ de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 2005, p.30, apud ABREU, 2015, p. 96).

A partir das contribuições teóricas, analisaremos as respostas do Estado às demandas da sociedade, através das políticas sociais com foco na Seguridade Social, compreendido:

[...] o momento atual marcado por retrocessos civilizatórios ocasionados por um ardil espectro conservador e social-liberal [...]. São tempos de busca voraz das elites dominantes pela manutenção do capital e pela consequente ampliação da superexploração do trabalho (ABREU, 2015, p.94).

Nesse contexto, de hegemonia política conservadora nada favorável as políticas sociais, verificamos e vivenciamos a perda de direitos sociais e aumento da expropriação da mão de obra das elites dominantes sobre as classes subalternas, desprovidas dos meios de produção. Assim, “a temática do território passa a ser utilizada como estratégia utilitária na consolidação da direção social das políticas públicas” (ABREU, 2015, p.94).

A política pública se configura como resposta aos determinantes e as expressões da questão social. Dessa forma, faz-se necessário compreender em qual contexto social, político, cultural, esta política se insere. Como apontam Beringh e Boschetti (2006):

Associadas às sucessivas mudanças no mundo do trabalho, a política neoliberal vem trazendo sérios rebatimentos para o sistema de seguridade pública, impactando diretamente na vida dos trabalhadores com a redução sucessiva do Estado na garantia de políticas públicas e do trabalho como direitos fundamentais. (BERINGH; BOSCHETTI, 2006, p. 39, apud, ABREU, p. 97).

É no cenário de expansão da mais recente forma do neoliberalismo, o ultraneoliberalismo e de maior crise do Estado brasileiro, que surge a pandemia da COVID-19. Essa combinação, do sistema capitalista em sua fase ultraneoliberal e a pandemia, proporcionou o agravamento das mazelas sociais já existentes na sociedade brasileira. Tendo em vista que já existiam as mazelas sociais no período que antecede a COVID-19, no entanto, são agravadas por conta da crise política e econômica a qual o país vem atravessando desde o golpe de 2016. Nesse contexto de retrocessos e agravamento das expressões da questão social, surge a COVID-19, uma pandemia sem precedentes.

As ações adotadas pelo então presidente que assumiu o país mediante o golpe⁵ em 2016, atingiu em cheio a população brasileira, ocasionando prejuízos na qualidade de vida dessa população. No que tange ao aspecto da categoria trabalho, sinaliza Antunes (2017):

[...] com 50 milhões de pessoas que não estão protegidas por um contrato de trabalho. E ainda mais: com uma outra parcela, provavelmente de igual tamanho, de trabalhadores formais em condições absolutamente precárias, porque o movimento das “reformas” nos últimos anos foi no sentido de deixar o emprego formal cada vez mais parecido com a informalidade, “flexibilizando” direitos e, assim, deixando os trabalhadores mais vulneráveis às crises. (ANTUNES, 2017, p. 01).

Autores como Borges e Matos (2020), sinalizam que os ataques aos direitos da classe trabalhadora e à diversidade humana, ou seja, aos direitos sociais como um todo, apontam para a implantação de um projeto ultraneoliberal, que tem como sua contraface um projeto neoconservador.

Fazendo uma breve análise da conjuntura brasileira, vamos tomar como marco o governo do então presidente do país, o Sr. Jair Messias Bolsonaro, assim como, os impactos do seu governo para a classe trabalhadora e seus desdobramentos em face

⁵ Em maio de 2016, chegou ao fim o pacto de concertação social dos governos petistas (Lula - 2003 a 2010 e Dilma - 2011 a 2016), imposto pelo golpe de Estado que destituiu Dilma Rousseff da presidência do país (Demier, 2018).

da pandemia da COVID-19. Destarte, o “golpe parlamentar” em 2016 serviu de base para abrir os caminhos para o avanço da concepção neoliberal nas políticas sociais e na condução do Estado no plano econômico. As políticas sociais são usadas como meio de angariar recursos para o sistema financeiro – especulativo, com congelamento de recursos e inversão de prioridades (BORGES; MATOS, 2020, p. 72, apud, BRAVO *et al.*, 2020, p. 103). Como exemplo, podemos citar os fundos de investimentos de alto risco – a Previdência Privada.

A reforma da Previdência Social foi pensada, planejada e executada a partir do falso discurso de crise, do déficit da Previdência e sobre a precarização das relações de trabalho. Ou seja, foi necessário construir no imaginário da população brasileira a ideia do falso déficit da Previdência, para que dessa forma, fosse possível desmoralizar essa política, desvinculando assim, os trabalhadores. Pois, a partir do momento que se dissemina no ideário popular que esta é uma política não confiável e que pode não se sustentar, os trabalhadores passam a procurar e aderir aos fundos de investimentos, fortalecendo a Previdência Privada – a qual movimenta o sistema financeiro-especulativo.

Ainda se tratando da política de Previdência Social, é nítido os reflexos e efeitos deletérios dessa Emenda Constitucional (EC), aprovada em 12/11/2019, denominada desde então de Reforma da Previdência, para a classe trabalhadora (BRASIL, 2019). Esta EC “aprofundou de forma dramática as dificuldades de aposentação. Ou seja, os trabalhadores terão que contribuir mais, e por mais tempo, para receber benefícios menores e mais tardiamente”. (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p.116-117, apud, BRAVO *et al.*, 2020, p. 103).

Esse discurso utilizado pelos govenantes para aprovar as reformas, muito bem classificadas por Behring como contrarreformas, reiterando as tendências do período de ajuste fiscal.

As contrarreformas justificam-se, como vimos, pelo argumento da contenção da dívida pública, cuja explicação para elevação recai nos “exorbitantes” gastos do Estado brasileiro, que para tanto, deve economizar para pagar a própria dívida. Aqui o governo apresenta uma espiral da dívida às avessas: o gasto público gera dívida, que, portanto, deve ser contido para pagá-la. Com a elevação do estoque da dívida de 2018 para 2019 em 10% (INESC, 2020), o projeto de reforma administrativa operacionalizará o aparelhamento do fundo público para o capital portador de juros na sua quase totalidade. (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p.114, apud, BRAVO *et al.*, p. 121).

O discurso do então presidente para justificar suas ações e aprovar as ditas reformas, é semelhante ao dos anos 1990: “a crise do Estado é necessário que cada

um faça a sua parte”. (BRAVO *et al.*, 2020, p. 106). Assim, fica nítido que não há nada de novo no que diz respeito ao sistema capitalista neoliberal para o ultraneoliberalismo, a não ser a apropriação dos fundos pelo capital financeiro, que passa a ser hegemônico.

PEC do Pacto Federativo (188/2019), ganhou destaque no texto da LDO e tem sido até agora a grande prioridade do governo, cuja finalidade será “aprofundar a racionalização para alcançar também os equipamentos públicos presentes em todo o território nacional e eliminar sobreposições e redundâncias”. Nos remete, como vimos no item anterior, ao Plano Diretor do Estado de Bresser Pereira, do ano de 1957. Neste caso, a contrarreforma proposta por Bolsonaro opera sobre aquilo que sobrou do equipamento estatal, fundamentalmente os equipamentos destinados à reprodução da classe trabalhadora, como o caso da educação superior e o SUS, além do Banco do Brasil e Petrobrás (ambos de caráter misto, mas agora nitidamente pretende-se radicalizar nas suas privatizações). (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p.114, apud, BRAVO *et al.*, 2020, 103).

Diante do exposto a Seguridade Social, assim como, outras políticas vivenciam um período de desmonte. O que vem restringindo as ações dessa política, colocando - a como mera mitigação dos efeitos mais deletérios das desigualdades sociais, que tenderão a ser aprofundadas por governos ultraneoliberais (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p. 114, apud, BRAVO *et al.*, 2020, 103).

3.2. As estratégias de enfrentamento à COVID-19 no município de Cachoeira – BA: uma análise a partir de dados públicos da prefeitura municipal de Cachoeira-BA.

Nessa sessão, com caráter descritivo e analítico tecemos reflexões acerca da materialidade do princípio da equidade nas estratégias de enfrentamento à COVID-19 adotadas pela Gestão Municipal de Cachoeira-BA, nos períodos de março do ano de 2020 à dezembro do ano de 2021, a partir dos dados coletados das fontes secundárias. Sendo utilizados os dados relacionados a COVID-19 nos âmbitos municipal, estadual e federal.

Para tanto, justifica-se apreender o território de Cachoeira-BA, pois segundo Abreu (2015, p.39):

“o **território** expressa dialeticamente as contradições da totalidade concreta”. Analisando a categoria território nesse contexto desafiador que a pandemia da COVID- 19 adentra ao Brasil no ano de 2020. Um país marcado por uma história de desigualdades sociais, pobreza extrema, enfrentando um “processual desmonte dos equipamentos públicos”(ABREU, 2015, p. 39, grifos dos autor).

Em todas as políticas sociais, efetivado com a destruição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando esse cenário e a análise da categoria território buscamos caracterizar a cidade de Cachoeira-BA. Para tanto, foi necessário voltarmos na história e entender como este território situado próximo a capital baiana se projetou e se constituiu enquanto cidade.

Sendo assim, a cidade de Cachoeira-ba, se projetou no cenário da história política baiana, por ser a cidade escolhida para a instalação dos primeiros engenhos de cana de açúcar, essa escolha se deu por ser uma região propícia ao cultivo. Deste modo, vivenciou os tempos de desenvolvimento e abundância da indústria açucareira. (BRASIL, 2022a).

Assim, a cidade de Cachoeira protagonizou como pioneira no movimento emancipador do Brasil, quando em 25 de Junho de 1882, se antecipou ao Grito do Ipiranga e proclamou D. Pedro I como príncipe regente. Ato que favoreceu a proclamação da Independência da Bahia em 02 de julho de 1823, sendo assim, conforme disposto na Lei nº 43 de 1837, Cachoeira é então elevada a categoria de cidade em março de 1837. (BRASIL, 2022a).

Desse modo, a cidade vivenciou tempos de progresso, destacando-se na economia baiana, com a produção e escoamento do açúcar, e também do fumo. No entanto, a partir de 1940, com a revolução dos meios de transportes, Cachoeira passa por graves crises, tendo em vista que sua principal fonte para escoar a produção tanto do açúcar quanto da indústria fumageira, eram as ferrovias. Com o declínio das ferrovias, ascende o transporte rodoviário com a construção das estradas de rodagem.

Para Fernandes e Oliveira (2012, apud MARTINS, 2020, p.1) o declínio econômico possui algumas causas que não só estariam vinculadas a revolução dos meios de transportes, e também pelo custo e a rigidez da estrutura produtiva colonial dos engenhos:

Alguns anos mais tarde viria o declínio econômico, seja pelo custo e rigidez da estrutura produtiva colonial dos engenhos diante da concorrência internacional, seja pela base escravagista tornada insustentável com a extinção do trabalho de negros escravizados no fim do século XIX (FERNANDES; OLIVEIRA, 2012, apud, MARTINS, 2020, p.1).

Diante do exposto, a cidade de Cachoeira tem sua história marcada pelo progresso e decadência, fatores que deixaram marcas na sua população, assim como,

favoreceram o aumento das desigualdades sociais vivenciadas por este povo (BRASIL, 2013). Assim, entre as décadas de 1940 e 1960, Cachoeira vivenciou um período “com o comércio e mercado de trabalho retraídos, têm-se os fluxos emigratórios para Salvador, Feira de Santana e para os centros acionados pela exploração e industrialização do petróleo” (BRITO, 2008, apud, MARTINS, 2020, p. 1).

A década de 1970, marcada pela produção petrolífera na Baía de Todos os Santos, coloca o Recôncavo, neste caso a cidade de Cachoeira, em um profundo estado de recessão econômica, devido “as transformações e articulações relacionadas às demandas produtivas e logísticas, de base urbana-industrial, a partir de Salvador, cujos fluxos econômicos valorizavam outros centros urbanos da região” (SANTOS, 2009, apud, MARTINS, 2020, p.2).

Nesse período de estagnação econômica a cidade começa a investir no turismo para fortalecer a economia local, utilizando da “espetacularização de festas para atrair os turistas”, além de possuir um “acervo arquitetônico de casarios, sobrados e igrejas em mais de 600 edificações que perfazem o perímetro tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN)”. (MARTINS, 2020, p.3). Assim, nas décadas de 1970 e 1980 a cidade passa por um período que necessitou de uma política voltada à recuperação econômica.

Nesse contexto, com a instalação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia –UFRB, no ano de 2005, a cidade de Cachoeira inicia um processo de recuperação econômica e superação da fase de decadência vivenciados por décadas anteriores. Assim, a instalação da UFRB trouxe:

Desdobramentos significativos em Cachoeira, com um significativo aporte de professores(as) e alunos(as), a UFRB trouxe uma nova movimentação para Cachoeira (SILVA; SILVA, 2019). Salários, bolsas de estudo e outras formas de auxílio a estudantes não só aqueceram o mercado imobiliário como também provocaram a ampliação e diversificação do consumo de bens e serviços (FARIAS, 2018, apud, MARTINS,2020, p.3).

Mesmo com uma melhoria significativa na economia local, este município localizado na região conhecida como Recôncavo da Bahia, o qual possui, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE, uma população no último censo 2010 de 32.026 mil habitantes (BRASIL, 2022c), com uma estimativa para o ano de 2021 de 33.659 mil habitantes, convive com taxas de pessoas que vivem em extrema

pobreza. Conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2010)⁶, 60,25% da população de Cachoeira – BA, é composta por pessoas vulneráveis à pobreza, e 43,68% das pessoas com 18 anos ou mais, não têm o ensino fundamental completo e desenvolvem atividades informais. Segundo o mesmo relatório, apenas 72,45% da população reside em domicílios com banheiro e água encanada. (BRASIL, 2022c).

De acordo com Martins (2020), a partir dos anos 2000, a atividade industrial em Cachoeira mostrou uma participação expressiva no PIB, com um aumento de 750% entre os anos 2000 a 2016. A produção industrial está relacionada ao beneficiamento do couro, os charutos, os laticínios e os licores. (SANTOS, 2010, apud, MARTINS, 2020, p. 4).

De fato, a implantação da Mastrotto Reichert S/A, em 2000, foi considerada como marco de um novo ciclo de crescimento econômico de Cachoeira. Essa empresa, cuja produção se destina ao mercado internacional, não apenas tem peso no PIB como também na empregabilidade local. (SANTOS, 2010, p. 04).

Dessa forma, os avanços na produção industrial trouxe melhorias em índices como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Performance Social (IPS), conforme aponta:

Os avanços sinalizados pelo IDHM têm a ver com o maior acesso da população, sobretudo dos segmentos mais pobres, aos serviços públicos de educação e saúde, a benefícios sociais e ao mercado de trabalho, ou seja, às condições básicas para ampliar as opções de escolha, essência do conceito de desenvolvimento humano (PNUD, 2020). É o que também mostram o Índice de Performance Social (IPS) e suas variáveis constituintes. O IPS de Cachoeira se manteve próximo a 5.100 (acima desse valor, somente 18 municípios baianos), em virtude da ampliação do nível de educação e dos serviços básicos [...]. A performance social expressa, precisamente, a utilização de recursos públicos no atendimento às necessidades básicas da população e para reduzir as desigualdades sociais e econômicas (BAHIA, 2014, apud, MARTINS, 2020, p.4).

No entanto, os índices do IPS demonstrados acima não conseguem mensurar os aspectos econômico e social, ele mensura os dados relacionados a disponibilidade de recursos e a gestão. Já o IDHM demonstra os aspectos relacionados ao acesso da população aos serviços públicos, como por exemplo, a saúde e a educação.

⁶ Ver em: GIROLAB. **Comitê de Solidariedade Popular Covid-19 Cachoeira/Bahia**, 2022. Disponível em: <https://girolab.com.br/iniciativa/comite-de-solidariedade-popular-covid-19-cachoeira-bahia/>. Acesso em: 21 de mar. de 2022.

Conceitualmente, tanto o IPE quanto o IPS não mensuram desenvolvimento econômico ou social. Suas variáveis expressam a disponibilidade de recursos e sua gestão, nas três esferas do poder público, voltada à promoção de melhorias locais. Certamente há avanços importantes, como a menor concentração de renda (Índice de Gini de 0,64, em 1991, a 0,56, em 2010), mas a população considerada pobre (renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00) é ainda significativa (33,8% do total), como também a de analfabetos (cerca de 20% da população com 25 ou mais anos de idade), de acordo com o Pnud (Atlas de Desenvolvimento Humano). (MARTINS, 2020, p.5).

De acordo com a fonte do Infosanbas, o perfil socioeconômico do município de Cachoeira apresenta declaração de habitantes em áreas urbanas e rurais, com identidade étnico-racial dispostas entre 5 categorias: branca, preta, parda, amarela (pessoas com ascendência ou origem asiática) e indígena. Essas categorias estão dispostas em um gráfico, o qual demonstra que a maioria da população cachoeirana se auto declara negra e parda, além disso, esta grande parcela da população reside nas áreas rurais. Além disso, buscando na mesma fonte, encontramos informações acerca da distribuição territorial, sendo assim, segundo os dados públicos, o município possui registrados 10 quilombos certificados pela Fundação Cultural Palmares; não possui terra indígena, possui duas áreas de assentamentos de reforma agrária. No entanto, fica registrado, que podem existir outras terras quilombolas e/ou indígenas não demarcadas até o momento da pesquisa. (INFOSANBAS, 2020).

Caracterizando o território lócus da pesquisa dentro da política de saúde, Cachoeira está na região de saúde do município de Cruz das Almas, ou seja, está localizado na microrregião de Cruz das Almas, bem como, dentro da Macrorregião Leste – Núcleo Regional de Saúde Leste⁷. Esta microrregião engloba nove (9) Municípios: Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muritiba, São Félix e Sapeaçu.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a cidade de Cachoeira possui atualmente, 357 profissionais de saúde, 84 leitos (leitos SUS) e 42 equipamentos de saúde. Os equipamentos de saúde estão dispostos em: 1 centro de atenção psicossocial (CAPS), 13 Centros de Saúde /Unidade Básica, 8 clínicas/centros de especialidade, 10 consultórios isolados, 1 hospital geral, 4 policlínicas, 1 Polo academia de saúde, 1 Pronto Atendimento, 1 Secretaria de Saúde, 1 unidade de diagnose e terapia (SADT isolado) e 1 unidade móvel de nível pré-

⁷ As Dires foram extintas atendendo à Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 e, no seu lugar, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde - NRS.

hospitalar na área de urgência.

É nesse cenário social e econômico que a pandemia da COVID-19 surge no mundo, em um contexto de crise estrutural do capital. Nessa conjuntura o capital adquire sua face mais predatória e ultraconservadora, expressa na ofensiva do sistema capitalista em sua incessante busca por superlucros. Dessa forma, no contexto de agudização da crise do capital, as políticas sociais sofrem desmontes e se tornam como apontam Bravo e Pelaez (2020) os principais alvos da mercantilização, da focalização, da privatização, da transformação de bens e serviços em mercadorias destinadas a manter aquecido o consumo e a competitividade.

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que no Brasil, o processo de contrarreforma se agravou nas últimas décadas, principalmente a partir do ano de 2016 com a ascensão de governos considerados de direita ao poder. Iniciando com o governo Michel Temer em 2016 e acirrando no governo de Jair Messias Bolsonaro em 2018. Em 2020 quando a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil, encontra o cenário de crise do capital e uma crise política, pois o país havia sofrido recentemente um golpe com o impetchnan da presidenta Dilma Rouseff.

Paralelo a esse cenário:

O país em meio a uma profunda crise, caminhando para o retorno ao mapa da fome, com gastos públicos congelados⁸ e, conseqüentemente, mais precarização das políticas sociais e privatização de serviços, com uma reforma da Previdência Social⁹ que aniquila direitos da classe trabalhadora. O negacionismo da doença pelo governo federal faz parte de uma estratégia governamental, mesmo que isso custe muitas vidas, ou seja, tem um propósito político que inclui lidar com a doença, promovendo praticamente o genocídio dos mais frágeis¹⁰. (YAZBEK *et al.*, 2021, p. 07).

De acordo, com o autor Moraes (2022), o enfrentamento a pandemia da COVID-19 no Brasil, foi descentralizado e fragmentado, sendo em grande medida elaborado e implementado por governos estaduais. Ou seja, os governos estaduais

⁸Emenda Constitucional nº 95/2016. Ver em: BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 abri. 2022.

⁹ Emenda Constitucional nº103/2019. Ver em: BRASIL. **Emenda Constitucional nº103/2019.** 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103. Acesso em: 16 de abr. de 2022

¹⁰ “Necropolítica é a capacidade de estabelecer parâmetros em que a submissão da vida pela morte está legitimada. Para Mbembe, a necropolítica não se dá só por uma instrumentalização da vida, mas também pela destruição dos corpos. Não é só deixar morrer, é fazer morrer também”. (MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** São Paulo: N-1 edições, 2018).

se utilizaram de informações produzidas pelas ciências da saúde, para pautar suas ações que foram incorporadas as políticas de enfrentamento a COVID-19. No entanto, vale salientar que também existiram governos que se utilizaram de informações distorcidas ou falsas, o que Moraes (2022) denomina de “infodemia”.

Destarte, Moraes (2022, p.7):

Decisões na área de saúde pública devem ter como base “evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento” (Brasil, 2011).¹ Para tanto, é preciso reunir informações e conhecimentos de fontes e disciplinas diversas (Donnelly et al., 2018), utilizando-se de “dados científicos da mais alta qualidade, obtidos de forma aberta e objetiva”.² Decisões não devem se basear, portanto, em trabalhos, pesquisadores ou especialistas tomados individualmente, mas sim em um universo amplo de conhecimento científico a partir do qual se filtra, destila ou sintetiza o essencial para se resolver um dado problema.

As informações sintetizadas pelas organizações e comunidades científicas são imprescindíveis para que gestores e autoridades de governo tomem decisões que venham incorporar as políticas de cunho social, o conhecimento científico necessário para o desenvolvimento de uma política de qualidade. Tendo em vista que a maioria das autoridades de governo não possuem formação científica. Vale salientar que durante o estágio inicial da pandemia da COVID-19 no Brasil, as autoridades sofreram com escassez de informações por conta de tratar-se de um vírus que a grande maioria dos cientistas não detinham conhecimento necessário, mas também, com a disseminação de informações falsas.

A pandemia escancara as desigualdades sociais existentes no Brasil, colocando em cheque a ideia que se veiculou no início de março de 2020, quando foi registrado os primeiros casos da doença no país, que esta era uma doença democrática, a qual atingia a todos por igual, sem distinções de gênero, raça ou etnia. Um verdadeiro mito que logo foi sendo desmistificado, tendo em vista as desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde. Harvey (2020, p.06), “existe um mito conveniente de que as doenças infecciosas não reconhecem classe social ou outras barreiras e fronteiras sociais”.

Há, por exemplo, a questão de quem pode trabalhar em casa e quem não pode. Isso aumenta a divisão social, assim como a questão de quem pode se dar ao luxo de se isolar ou se colocar em quarentena (com ou sem pagamento) em caso de contato ou infecção. Da mesma maneira que aprendi a chamar os terremotos na Nicarágua (1973) e na Cidade do México (1995)

de “terremotos de classe”, o progresso do COVID-19 exibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça. (HARVEY, 2020, p.6).

A pandemia da COVID-19 é considerada por Nicoletti (2021, p. 01) como uma guerra ideológica e a maior tragédia humana vivenciada pelo Brasil, com o agravante de vivenciarmos uma guerra sem um comando central. Nesse sentido, Dalcolmo (2021, p. 01) afirma que “O enfrentamento da pandemia de COVID-19 esbarrou no problema de falta de coordenação e em disputas de poder entre o governo federal, estados e municípios”. O que significa dizer que não houve união entre autoridades, ciência e comunidade acadêmica. Pelo contrário, houve a negação da ciência por parte das autoridades, em especial o chefe de Estado, e também, da população. A qual se mostrou manipulável ouvindo os discursos vazios, disseminados nas mídias por autoridades, tais como, negação do uso de máscaras, incentivo à aglomeração e ao uso do kit de prevenção da COVID-19, não aprovado pela comunidade científica mundial, dentre outras. Dessa forma, a ausência de comando central, levou o país a uma crise sanitária e humanitária sem precedentes.

Em síntese, o território brasileiro é marcado por intensas desigualdades e profundas iniquidades sociais.

Caracterizado por concentração de riqueza e pobreza extrema, dificuldades de acesso a um sistema de saúde universal, deficiências em relação a saneamento básico, acesso a água potável e precariedade laboral, a CIDH considera indispensável que, perante a necessidade de adotar medidas de isolamento que restringem temporariamente o exercício de pleno direito à circulação, sejam implementadas medidas positivas de amparo para as populações vulneráveis. (CAPONI, 2020, p. 209).

As existências dessas iniquidades sociais exigem do Estado medidas eficazes de prevenção e contenção de doenças infecciosas, tão letais como a pandemia da COVID-19. Por conta da ausência do Estado, o Brasil vivencia o avanço da doença em todos os espaços, afetando principalmente as populações mais vulneráveis. Em 22 de abril 2020:

O Brasil contabilizava 2.906 mortes confirmadas por COVID-19, um mês mais tarde, o número de óbitos ascendeu a 21.048. Um aumento assustador que, no entanto, é desconsiderado pelo chefe de Estado e sua equipe de governo. Pois, eles continuam negando e obstaculizando as medidas impostas por alguns governadores para conter a epidemia. (CAPONI, 2020, p. 209).

De acordo, com dados apurados no novo Boletim do Observatório COVID-19

da Fiocruz, em 22 de fevereiro de 2020, o Brasil acabava de bater recorde de número de óbitos por dia, registrando mais de 1,5 mil mortes. (FIOCRUZ, 2021).

Diante do exposto, bem como, compreendendo “o vírus da COVID-19 como sendo em certa medida, democrático, no sentido de infectar, adoecer, flagelar e matar a qualquer um” (FIOCRUZ, 2021, p. 01), analisando a pandemia e seus desdobramentos, a partir das dificuldades postas as famílias brasileiras, as quais já vivenciam as desigualdades preexistentes, vamos analisar no tópico seguinte as ações e estratégias utilizadas pela gestão municipal de Cachoeira-BA, no período de março de 2020 a dezembro de 2021. Para tanto, os dados serão apresentados a partir das categorias de análise utilizadas para compactação das informações colhidas com os dados fornecidos pelos Decretos Municipais e Boletins Epidemiológicos.

Por fim, em uma análise preliminar podemos verificar que a cidade de Cachoeira-BA, ou melhor o povo cachoeirano, sofre com os desmontes da política de saúde, bem como, com os discursos negacionistas dos gestores com características políticas da extrema direita, com ações de enfrentamento a uma pandemia sem analisar o território em sua totalidade e levando em consideração suas peculiaridades e particularidades de um povo majoritariamente negro, morador da zona rural, quilombolas, pessoas em sua grande maioria analfabetas (como demonstrado nos dados anteriores), vivendo em extrema pobreza, com ausência de emprego formal para a maioria da população. Fatores estes que nos levam a afirmar preeliminarmente que não há registros nos atos normativos de ações governamentais dos gestores municipais dos respectivos períodos em análise (2020 e 2021) que levaram em consideração o princípio da equidade em saúde para a tomada de decisões no enfrentamento a COVID-19. Sendo assim, analisando a luz do princípio da equidade, por meio da avaliação em saúde, o município de Cachoeira-BA, respondeu as demandas e os desafios postos pela COVID-19 de maneira genérica, a partir das orientações do governo do Estado. Não sendo possível verificar ações expressivas voltadas para o povo cachoeirano, a partir da análise de seu povo e suas necessidades.

3.2.1 Mapeando as ações de enfrentamento a COVID-19 no território lócus da pesquisa

A partir da análise dos atos normativos publicados pelo município de

Cachoeira-BA no enfrentamento a COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, a pesquisa nos revela um cenário de como o referido município se comportou diante do contexto pandêmico.

3.2.1 .1 O discurso negacionista

Este é primeiro elemento de análise nos atos normativos municipais. As análises acerca do discurso negacionista ultrapassa a esfera municipal, sendo esta uma característica das ações governamentais na esfera federal. O chefe de estado brasileiro, ocupante do cargo no quadriênio de 2019 – 2022, atuou nos 4 anos de sua gestão, em prol da defesa da bandeira negacionista.

Não sendo diferente quando a pandemia da COVID-19 assolou o nosso território brasileiro. Dessa forma, as ações negacionistas do governo brasileiro trouxe implicações negativas para o enfrentamento a esta pandemia. Dentre estas ações negacionistas, verificamos a minimização do vírus, os questionamentos acerca do distanciamento social, o cerceamento de iniciativas do Ministério da Saúde, do SUS, dos governos estaduais e municipais na busca por medidas de socorro a população brasileira.

No que se refere ao discurso negacionista, o presidente brasileiro alinha-se a um pequeno grupo de líderes mundiais (Bielorrússia, Turcomenistão e Nicarágua) que ignoram a seriedade e a gravidade da pandemia e, por isso, receberam o apelido “Aliança de Avestruz”, por sua comparação com a ave que esconde a cabeça no solo, quando em situação de perigo²³. A “Aliança de Avestruz”, exposta em número recente do *Financial Times*, questionou a postura do Presidente Jair Bolsonaro no cenário global diante da pandemia, indicando o retrocesso nas Relações Internacionais e na Diplomacia em Saúde (ALVARENGA *et.al.*, 2021, p. **).

Assim, no dia 13 de Março de 2020 Cachoeira celebrou 183 anos¹¹ de elevação a categoria de cidade. Como de costume, a cidade festeja com eventos e programações especiais para marcar essa data tão importante ao povo cachoeirano, conforme relatos de jornais e a portaria nº 09/2020, a qual “estabelece escala especial de trabalho para a Guarda Civil Municipal durante os festejos do dia 13 de março e comemoração aos 183 (cento e oitenta e três anos) de elevação do município de

¹¹ Ver em: Diário Da Notícia. **Cachoeira: 183 anos de elevação à categoria de cidade**. 2020. Disponível: <https://www.diariodanoticia.com/2020/03/cachoeira-183-anos-de-elevacao.html>. Acesso em: 15 de abri. De 2022.

Cachoeira, no período de 13/03/2020 a 15/03/2020”. (CACHOEIRA, 2020d, p. 05).

Nesse sentido, o ano de 2020 não fugiu a regra as comemorações, mesmo diante de um cenário de epidemia da COVID-19. Epidemia foi o termo inicialmente veiculado nos meios de comunicação, quando o Brasil registrou seu primeiro caso de contaminação logo após os festejos do Carnaval do referido ano, conforme informações do sítio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, 2020: “O primeiro caso no estado da Bahia foi confirmado em 06/03/2020, nove dias após a confirmação do primeiro caso no Brasil, que ocorreu em 26/02/2020” (SESAB, 2020).

A partir de então, foram confirmados 123 (3,0%) casos, dentre o total de 4.065 notificados, com descarte de 1.240 (30,5%) casos por critério laboratorial. Permanecem em investigação epidemiológica 2.702 (66,5%) casos (Tabela 1)”.

Tabela 1: Distribuição dos casos de COVID-19 situação da investigação. Bahia, 2020.

Classificação	Casos	
	Nº	%
Confirmados	123	3,0
Descartados	1240	30,5
Em investigação	2702	66,5
Total	4.065	100

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

Diante do cenário nacional de crise humanitária e política, a manutenção de eventos festivos no município de pequeno porte I, em especial Cachoeira, lócus dessa pesquisa, nos leva a refletir acerca do elemento do discurso negacionista presente nas ações governamentais no Brasil. Os governos municipais demoraram a entender a complexidade e gravidade da pandemia da COVID-19, por estarem amparados no discurso do presidente da república de que o vírus não era tão letal.

O primeiro Boletim Epidemiológico publicado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB,¹² foi emitido em Jan/Fev de 2020. Neste boletim, consta

¹² Mais informações encontra-se no sítio da SESAB:

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Boletins epidemiológicos – Covid-19**. 2022a. Acesso em 21 de abr. de 2022.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Central Integrada de Comando e Controle da Saúde**. 2022b.

orientações e informações, considerando o cenário de risco de doença respiratória causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) e sua situação epidemiológica pelo mundo, acerca das primeiras orientações no sentido de organização da rede hospitalar. Assim como, proporcionou orientações para os profissionais de saúde, atuantes na linha de frente para o enfrentamento desta doença. Além disso, objetivou contribuir com o Plano de Contingência Estadual, coordenado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ SUVISA/ SESAB.

No Boletim Estadual, publicado em 27 de março de 2020, os dados apontados já chamavam a atenção para a situação no nosso estado, com 123 casos confirmados, representando 3% dos casos notificados, ou seja, os casos de pessoas com sintomas respiratórios e/ou gripais, os quais se enquadravam como casos suspeitos a partir da orientação do Ministério da Saúde. Dentre os casos confirmados, 55,3% são do sexo feminino e 44,7% do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 30 a 39 anos, representando 23,58% do total. Porém, o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (2,15) seguida da faixa de 80 e mais (1,59), indicando o maior risco de adoecer entre os idosos (Tabela 2), dados da SESAB (2020).

Tabela 2: Distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020.

Faixa etária	Casos	%	Pop.	Coef Incid.
1 a 4	0	0,00	902.701	0,00
5 a 9	0	0,00	1.260.143	0,00
10 a 19	2	1,63	2.821.346	0,07
20 a 29	21	17,07	2.781.778	0,75
30 a 39	29	23,58	2.294.120	1,26
40 a 49	17	13,82	1.789.028	0,95
50 a 59	16	13,01	1.266.810	1,26
60 a 69	11	8,94	819.344	1,34
70 a 79	10	8,13	465.073	2,15
80 e +	4	3,25	251.273	1,59
ignorado	13	10,57	*****	*****

TOTAL	123	100	14.873.064	0,83
-------	-----	-----	------------	------

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

Vale salientar que, estes dados estão relacionados aos casos confirmados e distribuídos em dezenove (19) municípios do estado¹³, com maior proporção em Salvador (63,41%). Além disso, neste momento não foi registrado óbito relacionado a COVID-19. Diante das informações expostas, verificamos que neste momento a Bahia e o Brasil vivenciam um período de transmissão comunitária, com aumento nos números de notificações diárias. Até 28/03/2020, foram confirmados 127 casos de Covid-19 na Bahia, representando 3,1% do total de casos notificados. Dentre os casos confirmados, 58,3% são do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 30 a 39 anos, representando 25,98% do total. Porém, o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (2,37) seguida da faixa de 80 e mais (1,59), indicando o maior risco de adoecer entre os idosos.

Os dados registrados pela SESAB mostram um aumento significativo no que diz respeito a confirmação de casos da COVID-19 em faixas etárias específicas, importantes para visualizarmos as ações propostas pelos nossos governantes no que tange aos determinantes da saúde, e à aplicabilidade e/ou a materialidade dos princípios do SUS, em especial a equidade. Tendo em vista, que trata-se aqui de grupos específicos, os quais estão sendo mais atingidos por esta doença.

Verifica-se que os boletins são elaborados levando em conta a categoria gênero e a faixa etária em relação aos índices de contaminação da COVID-19, sendo assim, não vislumbramos a realização de uma abordagem de cunho mais aprofundado, buscando pontuar outros indicadores capazes de nos fornecer mais informações acerca desses sujeitos infectados por este vírus.

Os dados apontados mostram que as mulheres estão sendo mais infectadas em relação aos homens, registrando 58,3%, além disso, são as mulheres com faixa etária entre 30 a 39 anos, representando um percentual de 25,98% do total. O que esses dados podem apontar? Porque será que as mulheres estão mais propícias a

¹³ Alagoinhas 1 0,79 Barreiras 1 0,79 Brumado 1 0,79 Camaçari 1 0,79 Canarana 1 0,79 Conceição do Jacuípe 1 0,79 Conde 1 0,79 Feira de Santana 9 7,09 Ilhéus 2 1,57 Itabuna 2 1,57 Itagibá 1 0,79 Jequié 1 0,79 Juazeiro 2 1,57 Lauro de Freitas 7 5,51 Porto seguro 10 7,87 Prado 3 2,36 Salvador 81 63,78 São Domingos 1 0,79 Teixeira de Freitas, Informações da SESAB. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/BoletimCovid-19_n%C2%BA-02.pdf. Acesso em: 21 de abr. De 2022.

serem contaminadas? Precisamos compreender que esses indicadores apontam para uma desigualdade inerente a sociedade capitalista, podemos aqui supor que tratam-se de mulheres negras, moradoras de periferias, as quais ocupam os espaços de chefes de família, as quais necessitam sair todos os dias para trabalhar, caso contrário não conseguiram chefiar suas famílias e prover o sustento dos seus familiares.

Além disso, verificamos o aumento da contaminação no que se refere aos idosos, os quais por sua condição de saúde, por vezes já debilitada, por uma questão biológica da própria idade, estão mais propícios a se contaminar.

No decorrer dos dias, os índices de disseminação e contaminação pelo vírus da COVID-19 aumentavam gradativamente. Em 29/03/2020 foi registrado o primeiro caso confirmado, no Estado da Bahia, de uma criança de 2 anos . No entanto, as porcentagens no que diz respeito ao público alvo contaminado por esta doença permaneciam em constante aumento para faixas etárias específicas. Conforme dados da SESAB, 54,49% são do sexo feminino e 45,51% do sexo masculino. Permanecendo como faixa etária mais acometida à de 30 a 39 anos, representando 27,56% do total. Porém, verifica – se que o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (2,80) , indicando o maior risco de adoecer entre os idosos, como já sinalizado em boletins anteriores.

Neste momento, o vírus segue em ascensão se proliferando para novos territórios, os quais contabilizavam em 27/03/2020 dezenove (19) municípios com casos registrados. Em 29/03/2020 somam-se vinte e dois (22) municípios. Registrando nesse momento a notificação de óbitos pela doença no nosso Estado. Assim, até o momento foram registrados 11 óbitos, sendo 04 descartados laboratorialmente, 6 em investigação e 1 óbito confirmado. Trata-se de paciente do sexo masculino, 74 anos, residente em Salvador, que estava internado em hospital da rede privada, com comorbidades associadas, paciente tinha histórico de viagem para São Paulo.

Em 30/03/2020 o número de municípios atingidos aumentam para vinte e quatro (24) em todo o estado. Além disso, um dado nos chama atenção, dentre os casos confirmados, 54,55% são do sexo masculino e 45,45% do sexo feminino. Os boletins anteriores prevaleciam o aumento nos casos contaminados em relação ao sexo feminino. Prevalecendo como faixa etária mais acometida à de 30 a 39 anos, representando 26,14% do total. Porém, o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (3,01), indicando o maior risco de

adoecer entre os idosos. Sendo, nesse momento, registrado o primeiro caso confirmado em uma criança de 1 ano de idade.

Fechamos o período de março de 2020 com contínuo aumento dos casos confirmados da doença, assim como, novos casos entre faixas etárias ainda não registradas anteriormente. Até 31/03/2020 foram confirmados 217 casos de Covid-19 na Bahia, representando 3,7% do total de casos notificados, com coeficiente de incidência de 1,46/100.000 habitantes. Dentre os casos confirmados 42 encontram-se internados. Desses casos confirmados, 54,38% são do sexo masculino e 45,62% do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi à de 30 a 39 anos, representando 26,27% do total. Porém, o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (3,44) , indicando o maior risco de adoecer entre os idosos (Tabela 3). Foi registrado o primeiro caso confirmado em uma criança menor de 1 ano de idade (7 meses). Os casos confirmados estão distribuídos em 30 municípios do estado, com maior proporção em Salvador (60,83%). Dentre eles, o município lócus da pesquisa não aparece registrado nos boletins da SESAB do mês de março de 2020.

Tabela 3: Distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020

Faixa etária	Casos	%	Pop.	Coef Incid.
< 1	1	0,46	221.448	0,45
1 a 4	3	1,38	902.701	0,33
5 a 9	0	0,00	1.260.143	0,00
10 a 19	7	3,23	2.821.346	0,25
20 a 29	36	16,59	2.781.778	1,29
30 a 39	57	26,27	2.294.120	2,48
40 a 49	33	15,21	1.789.028	1,84
50 a 59	32	14,75	1.266.810	2,53
60 a 69	16	7,37	819.344	1,95
70 a 79	16	7,37	465.073	3,44
80 e +	6	2,76	251.273	2,39
ignorado	10	4,61	*****	*****
TOTAL	217	100	14.873.064	1,46

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 31/03/2020, sujeitos a alterações.

3.2.1.2 As medidas de prevenção e controle para o enfrentamento da COVID-19 em Cachoeira-BA.

Conforme já explicitado anteriormente, no Estado da Bahia o primeiro caso foi notificado em 06/03/2020, no entanto, Cachoeira-BA somente publica decreto com orientações acerca das medidas temporárias de prevenção e controle para enfrentamento da COVID-19, após os festejos do 13 de março, especificamente em 18/03/2020, com o decreto nº 40/2020.

Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção e controle para o enfrentamento em decorrência do reconhecimento de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional do Ministério da Saúde e a declaração de condição de pandemia de infecção humana pelo COVID-19 (Coronavírus) definida pela Organização Mundial de Saúde e das outras providências (BAHIA, 2020a, p. 03).

Neste decreto, no art 7º, inciso I dispõe:

Sobre a suspensão, no âmbito do Município de Cachoeira-BA, pelo período de 15 (quinze) dias, a partir do dia 18 de março de 2020, podendo prorrogar por igual período: I- eventos e atividades com a presença de público superior a 50 (cinquenta) pessoas, ainda que previamente autorizados, que envolve aglomeração de pessoas, tais como: eventos desportivos, religiosos, shows, feiras, circos, eventos científicos, passeatas e afins (BAHIA, 2020a, p. 05)

Os decretos posteriores, especificamente os de nº 42 e 44/2020, dispõem sobre novas medidas de prevenção para o enfrentamento da COVID-19, estabelecendo novas restrições para o funcionamento da feira livre, assim como, a entrada no território de pessoas e/ou feirantes moradores de outras cidades. Buscando, assim, evitar a proliferação do vírus, tendo em vista que nesse momento, Cachoeira não havia confirmado nenhum caso da doença.

Final do mês de março de 2020, o gestor municipal dispõe sobre novas medidas de temporárias de prevenção e controle para o enfrentamento da emergência em Saúde Pública de importância internacional, estabelecendo no art 1º do decreto de nº 45/2020:

Fica declarada Situação de Emergência no âmbito deste município de Cachoeira-BA, em virtude do desastre classificado e codificado como doença infecciosa viral, conforme Instrução Normativa do Ministério da Integração Nacional nº 02, de 20 de março de 2020, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19. (CACHOEIRA, 2020b, p. 03).

Adotando assim, medidas como o I- Isolamento Social e II- Quarentena.

Parágrafo Único: Para os fins desse decreto, considera-se : I- Isolamento Social: orientar e restringir circulação de pessoas, em vias públicas, com o objetivo de evitar a contaminação ou a propagação do Coronavírus; II- Quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das demais, que não estejam doentes, com o objetivo de evitar a possível contaminação ou a propagação do Coronavírus. (CACHOEIRA, 2020b, p. 04).

Institui, ainda, no art 7º o trabalho em home office, para os servidores com idade superior a 60 anos, bem como gestantes, servidores que tenha histórico de doenças respiratórias e doenças crônicas, ou que utilizam medicamentos imunossupressores, com a ressalva, desde que não desenvolvam atividades essenciais e estratégicas. Para os fins desse decreto, no âmbito do Poder Executivo Municipal, consideram-se serviços públicos essenciais as atividades relacionadas à segurança pública, saúde, proteção e assistência social, serviços públicos, limpeza públicas, fiscalização, arrecadação e atividade do Poder Legislativo.

Os primeiros dias do mês de abril de 2020 seguem com ritmo acelerado no que diz respeito a notificação e confirmação de casos da COVID-19, assim como, a expansão para novos territórios, até então sem notificação de casos para a doença. Diante da expansão do vírus, o município de Cachoeira-BA notificou o primeiro caso em 04/04/2020, de acordo com o Boletim da SESAB (BAHIA, 2020)

Nesse boletim, nos chama a atenção que apesar do aumento de casos confirmados seguir acometendo a faixa etária entre 30 a 39 anos, o coeficiente de incidência, ou seja, a faixa etária com maior risco de adoecimento é a de 50 a 59 anos. Isso significa que a COVID-19 começa a se expandir em outras faixas etárias, assim, os idosos deixam de ser a faixa etária com maior risco de adoecimento. No entanto, com as informações restritas apontadas nos boletins, e por se tratar de uma doença até então desconhecida para os especialistas da área de infectologia, não podemos afirmar aqui quais motivos levaram a essas modificações.

Segue abaixo tabela com distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020.

Tabela 4: Distribuição de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária, Bahia, 2020.

Faixa etária	Casos	%	Pop.	Coef Incid.
< 1	3	0,89	221.448	1,35
1 a 4	3	0,89	902.701	0,33
5 a 9	0	0,00	1.260.143	0,00
10 a 19	11	3,27	2.821.346	0,39
20 a 29	50	14,88	2.781.778	1,80
30 a 39	85	25,30	2.294.120	3,71
40 a 49	57	16,96	1.789.028	3,19
50 a 59	53	15,77	1.266.810	4,18
60 a 69	22	7,59	819.344	2,69
70 a 79	17	5,86	465.073	3,66
80 e +	7	2,41	251.273	2,79
ignorado	21	7,24	*****	*****
TOTAL	336	100	14.873.064	2,26

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 04/04/2020, sujeitos a alterações.

Cachoeira-BA notificou o primeiro caso de COVID-19 em 04/04/2020, seguindo com este quantitativo durante 26 dias após o último caso confirmado. No dia 08/04/2020 o município reconheceu para fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Prefeito Municipal por meio da mensagem nº 07, de 24 de março de 2020.

No dia 15/04/2022, por meio do Decreto nº 74/2020 foi estabelecido o uso de máscaras domésticas pela população e trabalhadores, do município de Cachoeira-BA, com vistas a estabelecer medidas de contenção do contágio da pandemia do novo Coronavírus. Essas medidas buscaram preservar e assegurar a população que necessita deixar o isolamento social, mesmo que momentaneamente, para desenvolver atividades essenciais e adquirir bens de primeira necessidade.

Em 23/04/2020, dispõe sobre novas mudanças nos horários de funcionamento dos comércios para atividades essenciais, de segunda a sábado das 08:00 às 18:00 h e aos domingos das 08:00 as 12:00 h; para não essenciais de segunda a sábado das 08:00 às 18:00 h. Na primeira hora de funcionamento os comércios deverão atender os idosos, as pessoas com deficiência ou enquadrados em grupos de riscos. Havendo

assim uma preocupação com esses grupos de riscos, levando em consideração suas especificidades.

Os decretos municipais publicados entre os dias 24/04/2020 a 27/04/2020 seguem as mesmas orientações determinadas nos documentos anteriores, com uma informação adicional, onde consta que o município ficou até os decretos de nº 81 e 82/2020, 14 (quatorze) dias sem notificação de casos novos. No entanto, no diário do dia 28/04/2020 novas orientações são veiculadas, tendo em vista, o aumento do número de casos confirmados no país e no estado, como podemos verificar no boletim epidemiológico da SESAB (2020)¹⁴, o qual nos mostra o Brasil como o 11º (décimo primeiro) país com maior número de casos confirmados, totalizando 46.701 casos e 2.940 óbitos (SVS/MS) e a Bahia com um aumento no número de casos confirmados laboratorialmente de COVID-19 com incremento de 1.400% casos no período de 27/03/2020 a 23/04/2020.

Dessa forma, com o aumento dos casos confirmados, e ainda, a notificação de casos positivos para COVID-19, em cidades circunvizinhas, as quais possuem transportes alternativos que se destinam ao município de Cachoeira-BA, o gestor municipal decreta novas alterações com medidas de restrição e prevenção. Dentre elas, “suspende a circulação, parada, embarque e desembarque de passageiros de transportes coletivos regulares e alternativos intermunicipais no município de Cachoeira-BA”. (BAHIA, 2020a).

Assim como, suspende o atendimento ao público nas repartições públicas municipais, estaduais e federais, de serviços não essenciais, no município de Cachoeira-BA (DECRETO nº 84/2020). São medidas adotadas, tendo em vista a necessidade de estabelecer um plano de resposta efetivo para a situação de saúde vivenciada no Brasil e no mundo, levando em consideração a ampla capacidade de transmissão do vírus, além da ampla velocidade em gerar pacientes com sintomas graves. Além disso, Cachoeira-BA possui um sistema de saúde que não conseguiria receber uma demanda maior que sua capacidade. Sendo esta, uma característica do sistema de saúde da grande maioria dos municípios do interior do estado.

¹⁴ Até 23/04/2020, foram confirmados 2.678.585 casos de COVID-19 no mundo, com 186.640 mortes, afetando 185 países em todos os continentes (OMS). O Brasil é o 11º país com maior número de casos confirmados, totalizando 46.701 casos e 2.940 óbitos (SVS/MS). Disponível em: BAHIA, **Boletim Epidemiológico – Covid-19, nº 28. 2020.** 2020c. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/boletimEpidemiologicoCovid-19_n%c2%ba28_23-04-2020_final.pdf. Acesso em: 25 de mai. 2022..

No cenário de pandemia as orientações para conter o avanço da COVID-19 são imprescindíveis no que tange ao fornecimento de uma resposta efetiva para o aumento dos casos positivos, assim como, no sentido de conter a demanda no que diz respeito a capacidade do sistema de saúde municipal. Compreendemos as orientações de saúde com medidas de prevenção a nível mundial, no entanto, percebemos a partir dos decretos municipais, que as medidas adotadas pelo município lócus da pesquisa, se configuram como genéricas, sendo adotadas por outros tantos municípios no estado da Bahia.

Por serem medidas genéricas, estas não vislumbram as peculiaridades de cada região, como no caso de Cachoeira-BA, não percebemos nos diários oficiais publicados até o mês de abril de 2020, ações voltadas para os trabalhadores(as) informais, bem como, para o público feminino (chefes de famílias). Para o público idoso e para as pessoas com deficiência, verificamos de forma sucinta ações no sentido de prioridade no acesso aos comércios de itens essenciais, no entanto, não há nenhuma ação específica para o cuidado desse público, sendo considerados como público de risco por conta da idade e das possíveis comorbidades.

Em se tratando da categoria trabalho, em especial os trabalhadores informais, buscamos informações no sítio do Ministério Trabalho e Emprego – MTE, no painel de informações do CAGED referentes ao ano de 2020. Segue abaixo tabela RAIS 2020, com dados nacional:

Figura 3: Painel de informações do CAGED referentes ao ano de 2020.



Fonte: Tabela retirada do site do Ministério do Trabalho.

Os dados da tabela acima são nacionais, no entanto, utilizando o painel de informações da Rais 2020, com filtro do Estado da Bahia e o município de Cachoeira-BA, no mesmo período, identificamos que para uma população estimada em 33.659 pessoas - população estimada para 2021, segundo o IBGE - há um número de trabalhadores ativos de 3.026, destes 2.368 encontra-se (dados de 31/12/2020) vinculado ao regime celetista e 658 ao regime estatutários, com renda média de R\$ 2.196,46.

De acordo com o IBGE (2020) e o MTE (2020), em se tratando da categoria trabalho e rendimento, para o IBGE temos uma população aproximada de 3.691 pessoas ocupadas, em percentual significa que tem 11% de pessoas ocupadas, com salário médio mensal para trabalhadores formais no ano de 2020, no valor de R\$ 1,9 salário mínimos. Isso significa que, no caso de Cachoeira-BA, uma grande parcela da população está fora do mercado formal de trabalho, não sendo visíveis nos dados fornecidos pelos órgãos de pesquisa populacional de emprego e renda.

Uma população que estando fora do mercado formal de trabalho, encontra-se desassistida no que tange aos direitos trabalhistas, não possuindo um salário regular, não conseguindo adquirir uma aposentadoria, tendo em vista que nem sempre conseguem efetuar contribuições ao sistema previdenciário, seja por desconhecimento ou por falta de condições financeiras. Dessa forma, reforça o estigma do verdadeiro trabalhar somente para manter as necessidades básicas.

Deste modo, verificamos que em tempos de pandemia da COVID-19, os gestores adotaram medidas de prevenção e enfrentamento do vírus a partir das orientações de organismos internacionais e de renomados epidemiologistas, sendo elas: o fechamento do comércio de itens não essenciais, a restrição de circulação de pessoas, o isolamento social, para evitar aglomerações de pessoas e a consequente transmissão do vírus, o qual possui alto grau de transmissão e contaminação por meio do contato.

No entanto, não houve em um primeiro momento nenhuma ação de amparo assistencial a esse público, os trabalhadores informais foram obrigados a deixar de trabalhar, pois não era permitido a circulação de pessoas, logo não poderiam sair para trabalhar e se pudesse não teriam compradores e/ou clientes. Ficando sem condições de manter o sustento individual e familiar.

Até mesmo os (as) empregados (as) domésticos (as), trabalhadores

regulamentados pela Lei Complementar nº 150 de junho de 2015¹⁵, tiveram seu sustento individual e familiar prejudicados, isso porque, com a falta de transporte para locomoção, esse público não conseguia chegar aos seus devidos locais de trabalho. Além disso, nem todos os empregadores conseguiram manter, no primeiro momento, os funcionários com salários intactos, mesmo os que continuaram desenvolvendo o trabalho normalmente. Muitos tiveram descontados dos seus trabalhos os dias que não puderam trabalhar, por falta de transporte ou por alguma condição de saúde.

No que se refere as ações governamentais com o objetivo de contribuir para o sustento da população brasileira em vulnerabilidade social durante a pandemia da COVID-19, o governo brasileiro, por meio do Senado, aprovou em 30/03/2020 o auxílio emergencial¹⁶, para trabalhadores informais de baixa renda concedido durante a pandemia, no valor de R\$600,00 (PL1.066/2020).

Cabe aqui um adendo, há críticas em relação a referida ação governamental, dentre elas, podemos citar o acesso ao auxílio, pois, este foi feito por meio exclusivamente digital, pelo aplicativo do Banco Caixa Econômica Federal¹⁷, o que prejudicou muitas pessoas acessar este benefício, por falta de instrução e acesso a um smart phone com dados móveis ou wi-fi. Além disso, não foi utilizado o banco de dados do CAD-ÚNICO para verificação da população brasileira de baixa renda, favorecendo a inserção e posterior recebimento do valor, de pessoas sem o perfil para ser beneficiário.

Todavia, cabe analisarmos as respostas que o município forneceu, para este público que no momento da pandemia perdeu seu espaço de trabalho, por conta das medidas de restrições e prevenção da COVID-19, necessárias para conter o avanço e disseminação do vírus nos territórios. Dessa forma, analisando a categoria emprego

¹⁵ Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências.

¹⁶ O benefício será destinado a cidadãos maiores de idade sem emprego formal, mas que estão na condição de trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI) ou contribuintes da Previdência Social. Também é necessário ter renda familiar mensal inferior a meio salário mínimo per capita ou três salários mínimos no total e não ser beneficiário de outros programas sociais ou do seguro-desemprego. (BRASIL, 2022).

Disponível em: BRASIL, Senado Federal. **Coronavírus: Senado aprova auxílio emergencial de R\$ 600**. 2020a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/30/coronavirus-senado-aprova-auxilio-emergencial-de-r-600>. Acesso em: 10 set. de 2020.

¹⁷ **Acesse esse link: <https://auxilio.caixa.gov.br> para se cadastrar pelo site**. Acesse esse link: <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.caixa.auxilio> para se cadastrar pelo aplicativo.

x renda, não encontramos nos diários oficiais do período de fevereiro a abril de 2020 nenhuma ação do governo municipal voltada para essa finalidade.

No decreto nº 85/2020, publicado em maio do ano de 2020, o gestor municipal dispõe sobre novas orientações acerca do funcionamento do comércio e das instituições religiosas. Reduzindo o horário de funcionamento dos comércios não essenciais¹⁸, de segunda aos sábados das 07:00 às 14:00 h, os comércios essenciais¹⁹ com horário de funcionamento de segunda à sábado das 07:00 às 18:00 h. No que diz respeito a feira livre, permaneceu as orientações no sentido de permissão para montagem de barracas, somente para os comerciantes com residência comprovada no município de Cachoeira-BA.

Além dessas alterações nos comércios, houveram orientações no que diz respeito a abertura das instituições religiosas, localizadas no território do município de Cachoeira-BA, a exemplo, as igrejas católicas e evangélicas, terreiros de cultos africanos, centros espíritas, assim como, qualquer templo que se pratique atividades religiosas e grupos (cultos, missas, encontros, reuniões, e sessões) obedecendo as medidas de prevenção: I- As celebrações poderam ser realizadas duas vezes na semana em cada instituição; II- Deverão funcionar com 30% da capacidade do estabelecimento, devendo suspender a entrada de fiéis quando alcançar tal capacidade; III- Deverá respeitar distância mínima de 2 (dois) metros entre os fiéis; IV- Uso obrigatório de máscaras pelos fiéis e celebrantes durante todo o período das atividades etc. (BAHIA, 2020d).

Vale salientar, que neste decreto houve restrições quanto a participação as celebrações religiosas, dispostas no inciso V, referentes ao acesso das pessoas que fazem parte do grupo de risco, como pessoas idosas acima de 60 anos, portadora de doenças cardíacas e/ou respiratórias, hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes em risco e com sintomas gripais ou febris.

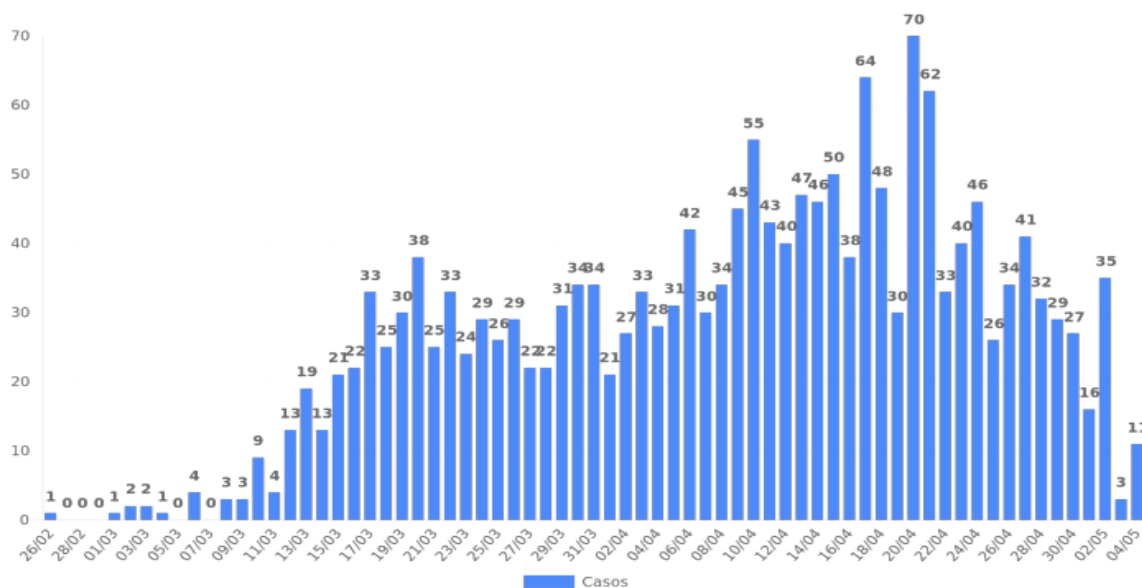
Percebemos que, por conta das orientações no sentido de flexibilização no

¹⁸ Parágrafo único: são considerados comércios e serviços não essenciais os relacionados a seguir: I- Armazém, livrarias, lojas de confecções, sapataria, produtos eletrônicos, comércio de móveis e eletrodomésticos; II- Lan-house e oficinas de manutenção de informática; III- Gráficas ou similares; IV- Serralherias, marcenarias ou congêneres; V- Indústrias de produtos que não são essenciais, a exemplo de fábrica de charutos e de licores, dentre outros; VI- Salão de beleza e barbearias; VII- Floriculturas; XI- Lava – jato; XIV- Academias de ginástica e estúdios de pilates etc. (BAHIA, 2020d).

¹⁹ São considerados comércio essenciais: a) supermercados, mercadinhos e mercearias; b) padarias; c) comércios de produtos agropecuários; d) comércios de materiais de construção; e) restaurantes e lanchonetes; f) distribuidoras de gás, água mineral, bebidas alcoólicas, sendo vedado o consumo no local e etc. (BAHIA, 2020d).

funcionamento do comércio, na abertura de centros religiosos e liberação para eventos de cunho religioso (como encontros, missas, cultos, reuniões e sessões), juntamente com o aumento na circulação de pessoas nos espaços do território do município de Cachoeira-BA. Essas ações desencadearam o aumento no número de casos no município, fato também verificado no Boletim da SESAB, no que diz respeito ao número de casos confirmados no Estado neste mesmo período, conforme a figura a seguir:

Figura 4: Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 por data de início dos



Fonte: Boletim epidemiológico da covid-19 Bahia, 2020.

Neste gráfico, podemos observar que no período de 27/03 a 07/05/2020 houve um aumento do número de casos confirmados laboratorialmente de COVID-19 no Estado da Bahia, com incremento de 3.581,30 casos no período. Por conta do aumento no número de casos positivos de pessoas contaminadas pelo vírus da COVID-19 no estado, os demais decretos municipais (em especial o de nº 117/2020) referentes ao mês de maio de 2020, foram publicados com orientações no que diz respeito às novas orientações no sentido de restringir à abertura de comércios considerados não essenciais (permanecendo a prerrogativa das primeiras horas de abertura serem destinadas ao atendimento a pessoas idosas, com deficiência ou enquadradas no grupo de risco), vedando a venda de bebidas alcoólicas, proibindo a realização de encontros de moto aquáticas e outras embarcações, bem como, encontro de paredões. Todas as medidas objetivando evitar aglomerações, as quais

proporcionam a disseminação do vírus.

Houve restrições acerca da realização de cultos religiosos, os quais foram orientados a cumprir a determinação de serem online, contando com a participação de no máximo seis (6) pessoas, fazendo uso de máscaras, cumprindo com o distanciamento social e realizando os cuidados com a higiene (lavar as mãos, utilizar álcool em gel). Quanto a circulação de transportes rodoviários, públicos ou particulares para locomoção de pessoas que trabalham em outros município do estado, assim como, é permitido ao acesso à cidade de Cachoeira-BA, para pessoas que tenham atendimento médico comprovados, bem como, para pessoas que desenvolvam seu trabalho no município. Essas informações prestadas, a nível de comprovação de local de residência, e das atividades laborais, eram analisadas nas barreiras sanitárias instaladas nos pontos estratégicos de acesso ao município. Inclusive os moradores da cidade vizinha, São Félix-BA, para acessar o território de Cachoeira-BA também passavam por barreiras instaladas na ponte de acesso, para apresentar as devidas comprovações.

Analisando os decretos publicados no mês de junho de 2020, verificamos no Decreto de nº140 de 16 de Junho de 2020, a criação e formação de um Comitê Municipal de enfrentamento e prevenção à COVID-19 no Município de Cachoeira-BA. Conforme o art. 1º do referido decreto:

Fica criado o Comitê Municipal de Enfrentamento e Prevenção à COVID-19, que tem por objetivo monitorar, estabelecer, divulgar ações de enfrentamento e prevenção à transmissão do Coronavírus. Para tanto, o Comitê será composto por membros titulares: I- representante da Secretaria Municipal de Saúde; II- representante da Vigilância Sanitária; III- representante da Vigilância Epidemiológicas; IV- representante da Atenção Básica; V- representante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; VI- representante da Secretaria Municipal de Transportes e Trânsito ; VII- representante da Assessoria de Comunicação; VIII- representante da Procuradoria Geral do Município; IX- representante da Guarda Civil do Município; X- representante da Secretaria Municipal de Serviços Públicos; XI- representante da Secretaria Municipal de Assistência Social; XII- representante da Secretaria Municipal de Promoção à Igualdade Racial ; XIV- representante da Secretaria Municipal de Cultura e Turismo e XV- representante da Secretaria Municipal de Relações Institucionais (BAHIA, 2020e, p. 04).

A coordenação do deste Comitê ficou sobre a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, a qual atuou na proposição de diretrizes e tomadas de providências no que tange ao enfrentamento e prevenção da situação pandêmica vivenciada. O decreto promove a criação e formação do comitê, dispondo de

propostas para o enfrentamento da COVID-19, no sentido de sensibilização da sociedade civil quanto a necessidade de conscientização acerca dos cuidados preventivos necessários a prevenção da infecção pelo novo coronavírus, bem como, elaboração de campanhas publicitárias relacionadas ao combate a disseminação do coronavírus, e a articulação interinstitucional com órgãos da administração direta e indireta do Município, à iniciativa privada e demais setores, com o objetivo de conseguir uma maior adesão as ações de mobilização ao enfrentamento da pandemia. Essas ações monitoradas pelos representantes e membros do comitê por meio de reuniões.

Vale salientar, que a participação neste comitê, se dá de forma não remunerada, entendendo que trata-se de prestação de serviço público de relevância. A criação e a própria formação e/ou composição deste comitê, demonstra em um primeiro momento a preocupação do poder público local, em promover ações mais específicas, que venham a abranger as especificidades e peculiaridades deste território. Tendo em vista, que as ações de cunho mundial e estadual não são específicas a população desse território lócus da pesquisa, pois é composto por uma população com características e modos de vida que necessitam ser analisados de maneira particular e compreendendo o território em sua totalidade.

Um comitê formado por representantes das mais diversas secretarias municipais, traz uma característica interdisciplinar para as ações de enfrentamento a COVID-19. Uma composição importante, pois a própria doença perpassa pelas mais diversas áreas de atuação da vida em sociedade. Ela não afeta somente a saúde de uma população, pelo contrário, é uma doença que afetou todo o funcionamento do mundo, em todos os aspectos, econômico, epidemiológico, escolar, esporte, lazer, entre outros.

Com o crescente e contínuo avanço da pandemia da COVID-19 no Brasil e em nosso estado, os municípios passam a tomar novas medidas de restrições mais rígidas, buscando conter os avanços do coronavírus. Em julho, o gestor municipal por meio do Decreto nº148/2020, determinou o fechamento de comércios com prestação de serviços não essenciais, bem como, manteve restrições a circulação de pessoas e veículos. A restrição na circulação de pessoas tem exceção somente para quem em casos de urgência necessite sair para compra de medicamentos ou atendimento médico.

No entanto, no final do mês de julho, o gestor estabelece novas medidas com

disposições flexíveis em relação ao comércio de prestação de serviços não essenciais, como restaurantes, academias e etc; liberando a abertura com redução do horário de funcionamento e restrição na quantidade de pessoas nesses ambientes.

Analisando os decretos publicados no mês de agosto de 2020, uma informação nos chama atenção, as medidas de prevenção à COVID-19, já adotadas pelo município de Cachoeira-BA, “levam em consideração a necessidade de conciliação entre a preservação da saúde da população e a retomada da economia e do turismo”(BAHIA, 2020e, 05). Por isso, percebemos o esforço do gestor em organizar os decretos sempre buscando orientações para os comerciantes, para a abertura do comércio de prestação de serviços não essenciais, na tentativa de movimentar a economia local. Até porque, o forte da economia local é o turismo.

Em setembro de 2020, o gestor municipal traz regulamentações acerca da aplicação dos recursos advindos do Ministério do Turismo, a serem adotados durante o estado de calamidade. Os recursos foram destinados a aplicação em ações do setor cultural, na modalidade de subsídios mensais aos espaços culturais e artísticos, para pessoas, instituições, empresas e organizações da sociedade civil que tiveram suas atividades interrompidas pela COVID-19, informações estas dispostas no Decreto nº 203/2020 (CACHOEIRA, 2020f).

Além disso, foi contratada uma empresa para aquisição de um totem dispensador de unidades de higienização para serem utilizados nas ações de combate e prevenção da COVID-19, bem como, realizou-se dispensa de licitação para compra de ivermectina a ser distribuída aos munícipes carentes com ações de combate a COVID-19. Essas ações voltadas ao combate e prevenção à COVID-19 seguiram pelos três últimos meses no ano de 2020, sendo destaque à contratação de empresa para aquisição de álcool gel, álcool líquido e EPIs para o profissionais da saúde que estão no combate a COVID-19. Assim como dispensa de licitação para produção e divulgação de áudio nos carros de som, de comunicados oficiais da Secretaria de Saúde.

Em Novembro de 2020, podemos verificar no diário oficial, publicações com assuntos diversos, dentre eles, o que diz respeito ao combate e prevenção da COVID-19, podemos sinalizar o processo de dispensa de licitação para aquisição de ambulância tipo A, para atender as necessidades da Secretaria de Saúde do município. Processo este que foi anulado por despacho decisório em dezembro de 2020.

Finalizando o ano de 2020, os últimos decretos do mês de dezembro trazem informações acerca da exoneração de servidores ocupantes de cargos comissionados e de confiança, e a criação da comissão de transmissão da administração pública municipal. Tendo em vista, a mudança de gestão por meio de eleições diretas realizadas em outubro de 2020, encerrando assim, o ciclo de gestão do senhor Fernando Antônio da Silva Pereira e iniciando um novo com a primeira prefeita a ser eleita na cidade de Cachoeira-BA, gestora Eliana Gonzaga de Jesus. Eleita com 55,94% dos votos, o que equivale a 10.448 votos no total e 42,37% (equivalente a 7.913 votos) da oposição. Uma votação expressiva e significativa para o povo cachoeirano.

3.2.1.3 A nova gestão e as ações de enfrentamento a COVID-19 em Cachoeira-BA

A ascensão ao poder executivo municipal por parte da Sra. Eliana Gonzaga, foi permeada por diversas peculiaridades que merecem ser destacadas, tendo em vista, as ameaças ao desenvolvimento da democracia e ao funcionamento do poder público municipal. Isso porque além de precisar lidar com uma pandemia que assolava a população cachoeirana, a mesma teve que lutar contra as constantes ameaças de morte. Pois, desde o período que lançou a candidatura, a prefeita passou a sofrer este tipo de ameaças, no entanto, mesmo assim não desistiu e continuou a luta para chegar ao poder municipal. Com a apuração dos votos e sua posse como prefeita, as ameaças se intensificaram e viraram notícias em diversos jornais locais e sites como o G1.globo.com. Inclusive a morte de alguns dos seus companheiros de campanha. No entanto, a prefeita não desistiu, como disse ao G1:

Desistir jamais, o povo não elegeu uma covarde", disse. "O povo elegeu uma mulher de fibra, uma mulher de luta, que vem do movimento sindical, acostumada com a luta, com uma veia sindical. Sindicalista não recua, sindicalista avança sempre, com determinação, com foco, nós vamos vencer essa luta coletiva. Eu preciso exercer a função que o povo me credenciou", completa a prefeita. (G1 BAHIA, 2021).

A nova gestora municipal inicia o seu mandato com a preocupação em relação a sua segurança, e em desenvolver estratégias de prevenção para o enfrentamento da COVID-19, buscando conter os avanços da COVID-19 no território de Cachoeira-BA. Para tanto, a portaria de nº 04/2021 dispõe sobre a nomeação dos membros do comitê municipal de acompanhamento de ações de prevenção e controle do novo

coronavírus. A nomeação vem acompanhada de informações, importantes para a organização, acompanhamento e efetivação das ações de combate a COVID-19.

A criação deste comitê, nos faz refeltir que há uma preocupação de que não seja somente mais um comitê sem organização e planejamento das ações. Pois, há neste algumas disposições, como por exemplo, no art. 2º onde está disposto que:

O Comitê, se reunirá, ordinariamente, todas as segundas-feiras, às 18: 00 horas, na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Em seu parágrafo 1º: traz que por conta da pandemia as reuniões poderão ocorrer por meio de videoconferência, mediante comunicação prévia, não inferior a 24 horas, a seus membros. Além disso, em situações excepcionais, poderão a pedido da presidente ou a requerimento de 1/3 dos membros, de modo fundamentado, ser realizadas reuniões extraordinárias ou cancelamento de reuniões ordinárias". (CACHOEIRA, 2021a). acesso 15/3/2022).

Seguindo essa linha de prevenção é decretado o estado de calamidade pública no município de Cachoeira-BA, por meio do Decreto nº 47/2021. Posteriormente, publicaram-se novos decretos, com medidas de prevenção e combate a COVID-19 para os dias 02 a 07 de fevereiro 2021. Dentre as ações, tem-se as medidas vinculadas a proibição de venda de bebida alcoólicas, proibição de atividades informais e ambulantes, proibição de qualquer equipamento com emissão sonora, dentre os quais os carros de som; e suspensão de realização de toda e qualquer atividade econômica formal, exceto os estabelecimentos de caráter essenciais.

Essas ações de combate a COVID-19 baseadas no isolamento social e medidas de restrições as aglomerações, necessárias ao momento da pandemia, seguiram por longos meses até se iniciar o ciclo de vacinação no país. O qual tem início no Brasil, com a campanha de vacinação em 17 de janeiro de 2021, proporcionando um momento de esperança ao povo brasileiro. Com a chegada das vacinas ao Brasil, os profissionais de saúde chegaram a aplicar 2,5 milhões de doses de vacina COVID-19 em um só dia. O que trouxe resultados positivos no combate ao avanço da COVID-19. Assim, os resultados advindos com as campanhas de vacinação no país trouxeram uma queda de quase 95% na média de óbitos. No entanto, mesmo com o início das campanhas de vacinação da COVID-19, as medidas de restrição permaneceram sendo publicadas em todo o território nacional.

Com a chegada do período junino, sendo este um período festivo e comemorativo nos interiores, com as festas de São João e São Pedro, e considerando que no período junino de 2020, o município de Cachoeira apresentou o maior número

de contaminados por Covid-19 de 785%, o maior índice de todo o Estado da Bahia (CACHOEIRA, 2021b). Bem como, considerando o Decreto nº 20.543 de 14 de junho de 2021, do Governo do Estado da Bahia que altera o Decreto nº 20.518, de 07 de junho de 2021, a Prefeitura Municipal de Cachoeira-BA, determina novas medidas de proteção a COVID-19 para os dias 18 a 29 de junho de 2021. Dentre elas:

Art. 1º - Fica determinada a restrição de locomoção noturna, vedados a qualquer indivíduo a permanência e o trânsito em vias, equipamentos, locais e praças públicas, das 20:00h às 05:00h, de 18 de junho até 29 de junho de 2021, no Município de Cachoeira, de acordo com este Decreto Municipal.

Art. 2º - Fica autorizado, no Município de Cachoeira de acordo com este Decreto, o funcionamento de academias e estabelecimentos voltados para a realização de atividades físicas, de 18 de junho até às 05:00 de 29 de junho de 2021, desde que limitada a 50% (cinquenta por cento) da capacidade do local, observados os protocolos sanitários estabelecidos. (BAHIA, 2021b).

No mês de junho de 2021 o Brasil vivenciou a redução de 50% das taxas de ocupação nos leitos de UTI no país. Sendo esta redução um avanço que pode ser vivenciado por conta do aumento da vacinação do público alvo das campanhas, sendo priorizados no primeiro momento o público mais vulnerável, os idosos, pessoas com deficiência, os imunossuprimidos, adolescentes, crianças, indígenas etc. No entanto, mesmo com a redução das taxas de ocupação de UTI, bem como, diminuição no número de óbitos e pessoas contaminadas, as ações de restrição e isolamento social permaneceram até que se alcançasse um número significativo de pessoas imunizadas.

Analisando os documentos publicados no mês de novembro de 2021, verificamos a republicação da Lei Nº 1.266, 25 de outubro de 2021, que dispõe sobre o Plano Pluri Anual (PPA) para o quadriênio de 2022 a 2025, no que diz respeito à temática da Saúde, aponta como ementa:

Garantir à sociedade o zelo integral no curso da vida, tendo em consideração a programação, elaboração e execução de Políticas de Saúde do Município, através da participação do Sistema Municipal de Saúde, promovendo ações de promoção, proteção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde da população com a realização integrada de atividades assistenciais e preventivas. (BAHIA 2021c).

Neste plano, verificamos alguns compromissos elencados para o desenvolvimento nas ações a serem desenvolvidas pelo PPA (2022 – 2025), dentre eles:

Garantir a melhoria e a humanização do atendimento na rede de saúde pública; Atender a demanda gerada no município, dentro do princípio da universalidade, com Promover atenção integral a saúde, de forma humanizada e com equidade; Expandir e qualificar a rede de atendimento no sistema único de saúde - SUS-Municipal; Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde e de prevenção de doenças; Ampliar o acesso da população aos serviços hospitalares, ambulatoriais e odontológicos; Ampliar a oferta e a qualidade dos serviços de atenção básica com ações de promoção, prevenção e assistência a saúde. (CACHOEIRA, 2021c).

Assim, podemos ressaltar que as ações voltadas a área da saúde ainda são especificamente no sentido de cuidados no sentido da epidemiologia. Tendo em vista, que não se verifica ações efetivas voltadas a materialização dos princípios norteadores do SUS, como o princípio da equidade em saúde. Há ainda a presença forte do modelo de atenção a saúde, o qual atua em prol de analisar os determinantes de saúde por meio dos índices de saúde, como por exemplo: o índice de cobertura vacinal, taxa de incidência de dengue, taxa de incidência de tuberculose etc.

3.2.1.4. Os limites da pesquisa: o que não aparece nos atos normativos

Após a análise dos atos normativos, sendo 102 (cento e dois) documentos publicados no decorrer ano de 2020 pela prefeitura municipal, percebemos que destes, 23 (vinte e três) são decretos que possuem como tema o combate e a prevenção à COVID-19 no município de Cachoeira-BA. No que diz respeito ao ano de 2021, foram analisados 46 (quarenta e seis) decretos, destes 27 (vinte e sete) estavam relacionados a temática da COVID-19.

Assim, a análise dos documentos disponibilizados pela gestão municipal, publicados no Diário Oficial do Município de Cachoeira-BA, entre os anos de 2020 e 2021, não conseguem nos dar um panorama geral da situação de saúde do município no período da pandemia da COVID-19. Para tanto, foi necessário recorreremos aos dados fornecidos nos sítios oficiais da SESAB, como os boletins epidemiológicos diários, para assim podermos realizar as reflexões necessárias para construção do referido material.

No que se refere aos atos normativos municipais, os que são publicados nesse período de tempo, percebemos que foram elaborados de acordo com as informações e orientações publicadas nos sítios oficiais do governo do estado, para nortear as medidas de prevenção e contenção a COVID-19 adotadas no município. O que nos

leva a perceber a partir das análises realizadas, que os atos normativos do referido período de análise não dão conta da dimensão de acordo com a totalidade. Há registro de ações pontuais e de cunho genérico no que diz respeito as medidas de prevenção e contenção do vírus por meio de ações do governo do estado, adotadas por vários municípios da Bahia. No entanto, nos documentos analisados, não vislumbramos uma preocupação com as especificidades do território de Cachoeira-BA, bem como, da sua população no sentido de implementação de ações voltadas a realidade do povo cachoeirano. Além do exposto, verificamos que nos atos normativos algumas informações não aparecem, tais como, a implantação de leitos de UTI COVID-19 na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira-BA. (BAHIA, 2021).

O município de Cachoeira passará a contar com dez leitos de UTI para atendimento de pacientes diagnosticados com Covid-19. Os leitos, instalados no Hospital São João de Deus, unidade da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira, devem começar a receber os primeiros pacientes na próxima semana. O funcionamento da UTI será viabilizado graças à contratualização anunciada nesta sexta-feira (21) pelo secretário da Saúde do Estado, Fábio Vilas-Boas, durante inspeção às instalações da unidade. O investimento será de cerca de R\$ 480 mil por mês. “Essa UTI deve desafogar o atendimento de pacientes com Covid 19 na região e, após a pandemia, os dez leitos deverão ser transformados numa UTI Geral”, afirmou Fábio Vilas Boas. (BAHIA, 2021c).

Bem como, não há relatos sobre o fechamento e suspensão das atividades educacionais da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, conforme disposto na Portaria nº 322/ 2020.

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, no uso de suas atribuições legais e estatutárias e de acordo com o que estabelecem o Artigo 7º da Lei 11.151, de 29 de julho de 2005, a Instrução Normativa 19, de 13 de março de 2020, CONSIDERANDO: O aumento da incidência da COVID-19 no Brasil, os recentes boletins epidemiológicos emitidos pelos órgãos de saúde e a tendência de uma curva epidemiológica ascendente nos próximos dias; O interesse na preservação da saúde de toda a comunidade acadêmica, bem como a colaboração com a sociedade em geral no tocante a evitar a propagação do Coronavírus, RESOLVE: Art. 1º SUSPENDER por tempo indeterminado as atividades letivas de graduação e pósgraduação presenciais em todos os campi da UFRB. Art. 2º SUSPENDER por tempo indeterminado as atividades administrativas presenciais, garantindo a manutenção daquelas necessárias para assegurar a preservação e funcionamento dos serviços considerados prioritários ou estratégicos. (BRASIL, 2020b).

Como ações pontuais, conseguimos vislumbrar o edital de chamamento que regulamenta a aplicação dos recursos advindos do Ministério do Turismo, a serem adotados durante o estado de calamidade, destinando os recursos para a aplicação

em ações do setor cultural, na modalidade de subsídios mensais aos espaços culturais e artísticos, para pessoas, instituições e organizações da sociedade civil que tiveram suas atividades interrompidas pela COVID-19. A criação do comitê e formação de um comitê Municipal de enfrentamento e prevenção a COVID-19 no município de Cachoeira-BA. Um comitê que foi criado e formado nas duas gestões municipais, no entanto, nos atos normativos não constam atas de reuniões, nem informações das ações efetivas por este comitê. O que nos faz refletir se de fato a criação deste trouxe resultados concretos e positivos no que diz respeito ao enfrentamento da pandemia.

No primeiro momento da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, alguns decretos publicados pelo gestor da época, notamos a preocupação em restringir o acesso aos espaços de atendimentos, nos primeiros horários, nos serviços essenciais, às pessoas com deficiência e idosos com morbidades. No entanto, não conseguimos visualizar nenhuma outra ação de prevenção que pudéssemos verificar a materialidade do princípio da equidade em saúde.

Pelo contrário, é um princípio que é citado no Plano Plurianual do ano do quadriênio de 2021 a 2025, com a nova gestão da atual prefeita de Cachoeira-BA, no entanto, percebemos que este é um princípio do SUS tão importante, mas que não se materializa como deveria. A política de saúde acontece, mas os princípios da política de saúde não se materializam nas ações governamentais no município lócus da pesquisa.

3.2.1.5. Viva a ciência: a chegada da vacina no Brasil traz esperança ao povo brasileiro.

A chegada das vacinas no Brasil marca um período repleto de esperanças ao povo brasileiro. As primeiras vacinas disponibilizadas no nosso território brasileiro foram produzidas pelo Instituto Butantan a partir dos imunizantes desenvolvidos pela China, produzindo a vacina denominada de Coronovac. Sendo considerado pelos pesquisadores e comunidade científica, bem como, pela maioria da população como uma grande conquista da ciência, mostrando o grande potencial em saúde pública dos nossos institutos de pesquisa.

Paralelo a essa euforia dos cientistas e profissionais de saúde quanto a vacinação contra a COVID-19, o nosso chefe de estado questionava a ciência e a segurança dos imunizantes, fazendo até chacota das vacinas, influenciando a

população e disseminando fake news dizendo que “quem tomasse a vacina iria virar jacaré”. Por diversas vezes quando questionado acerca do aumento no número de casos em entrevistas, o presidente do Brasil ocupante do cargo em 2019 – 2022, de maneira irresponsável e desrespeitosa respondia: **E daí, quer que eu faça o que?** (G1, 2020a, grifos nossos)

Esse tipo de afronta e desrespeito, virou parte de um discurso negacionista desse presidente, configurando como uma ameaça à saúde da humanidade. Uma postura repleta de ações negacionistas, negligenciando as políticas sociais, difundindo o uso de remédios sem eficácia comprovada e questionando as medidas de enfrentamento recomendadas pela OMS.

A postura negacionista do presidente trouxe dificuldades no enfrentamento da COVID-19 no Brasil e provocou entraves nas decisões dos governadores e prefeitos. Por conta da negligência do Governo Federal e da passividade do Ministério das Relações Exteriores na área comercial, além do “envolvimento em tensões diplomáticas com a China (maior exportador de equipamentos) por motivos ideológicos”. (ALVARENGA *et al.*, 2021, p. 01).

Essa situação:

Custou ao Brasil certa posição de prioridade em relação às exportações chinesas, além de cancelamentos e atrasos. Essa situação impactou e comprometeu profundamente as estratégias do SUS e de governos estaduais, que se viram forçados a agir por meio de canais extraoficiais, como o caso do Governo do Maranhão. (ALVARENGA *et al.*, 2021, p. 02).

Como estratégia para o enfrentamento da COVID-19 os governadores de diversos estados, criaram o Consórcio do Nordeste, “uma iniciativa que envolve cientistas do Brasil, da Itália, da Alemanha, da China e de outros países para discutir soluções na tentativa de mitigar a disseminação de casos da COVID-19” (ALVARENGA *et al.*, 2021, p. 02), objetivando auxiliar os gestores na tomada de decisões no enfrentamento a pandemia.

Enquanto em outros países a vacinação estava em alta, no Brasil havia a disputa de poder entre o presidente, os governadores e prefeitos, que buscam a todo custo por formas de proteção à sua população. Nesse mesmo cenário, havia a figura do presidente falando que “**não precisa pressa nas vacinas, pois elas mexem com a vida**” (G1, 2020a, grifos nossos). E assim, o governo segue com ações negacionistas, atrasando a vinda de mais imunizantes, de outras marcas como, por

exemplo, a *Pfizer-BioNTech*, que o governo federal demorou e dificultou assinar o contrato para fornecimento dos imunizantes.

A demora para o início da vacinação, porém, pode ter acarretado um custo de vidas, diz Raquel Stucchi, professora da Unicamp e consultora da SBI (Sociedade Brasileira de Infectologia). "Com vontade política e planejamento adequado, nós teríamos evitado milhares de mortes, porque já teríamos a população vacinada antes e com maior celeridade. (WATANABE; YUKARI, 2022, p. **).

Por fim, no dia 17 de janeiro de 2021, após o aval da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a primeira brasileira, a enfermeira Mônica Calazans recebeu a primeira dose da vacina contra a Covid-19. Assim, o Brasil fecha o ano de 2021 com:

Mais de 90% do público-alvo da Campanha, de 177 milhões de brasileiros, vacinados com a primeira dose e 80% com o esquema vacinal completo. O país avança todos os dias em uma nova etapa, com a dose de reforço. Cerca de 16 milhões de pessoas já receberam mais uma dose para intensificar a proteção contra a Covid-19. O Ministério da Saúde já distribuiu mais de 381 milhões de vacinas para todos os cantos do país. (BRASIL, 2021, 01).

Os resultados positivos com as campanhas de vacinação contra a COVID-19 trouxeram alívio aos brasileiros, tendo em vistas, a quantidade de óbitos e de famílias desestruturadas com a perda de entes queridos por conta desta pandemia. Além disso, a vacinação fortalece o Sistema Único de Saúde, a ciência e as pesquisas. Vacinas salvam vidas, viva a ciência, viva o SUS.

Diante do exposto, vale destacar, a ausência de informações acerca das campanhas de vacinação contra a COVID-19 no município de Cachoeira-BA, nos atos normativos analisados. Informações acerca do número de casos positivos e de doses aplicadas, encontramos no site oficial da SESAB.

4. COMITÊ DA COVID-19 EM CACHOEIRA-BA: notas iniciais (preliminares)

Diante do cenário de crise sanitária e humanitária, agravada pela pandemia da COVID-19 no Brasil, alguns municípios no território brasileiro ou melhor dizendo em todos, mas aqui trataremos especificamente de um município do Estado da Bahia, precisaram articular ações de enfrentamento a esta doença com alto grau de disseminação, contaminação e mortalidade. Ações estas de cunho governamental, e também, de cunho social, organizado pelos Movimentos Sociais da Sociedade Civil. É neste contexto de omissão do poder municipal, no que tange a ações rápidas e emergenciais de amparo as famílias em desigualdade e vulnerabilidade social, que surge o Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19 em Cachoeira-BA.

Assim, nesse tópico analisaremos as ações de enfrentamento a COVID-19 organizada e efetivada pelo Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19 em Cachoeira-BA. O qual tem origem em março de 2020, “com o objetivo de enfrentar a crescente pandemia que tem acarretado uma crise sanitária e humanitária sem precedentes”. (GIROLAB, 2020).

Este comitê nasce a partir de uma ação comunitária já organizada no município lócus dessa pesquisa, o Cineclube Comunitário do Povo – Cine Povo. O Cine Povo, com 9 (nove) anos de atuação realizando ações voltadas ao fortalecimento da Política Cultural e Comunitária, articula de maneira autônoma a criação do comitê da COVID-19. Este nasce com o objetivo de “somar esforços comunitários para frear os efeitos virais e econômico-sociais do COVID-19”. (GIROLAB, 2020).

Comitê de Solidariedade Popular - Covid-19, organização impulsionada pelo Cine do Povo, é uma articulação que surge em março de 2020 com o propósito de efetivar estratégias comunitárias autônomas, através do programa de soberania alimentar e incidência na cobrança de políticas públicas efetivas na esfera municipal, orientando-se por diretrizes da Organização Mundial de Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, no enfrentamento ao coronavírus. (GIROLAB, 2020).

Neste contexto, o comitê se consolida como:

[...] uma instância intracomunitária baseada no apoio mútuo e na auto-organização, com o objetivo de proteger principalmente a população em vulnerabilidade social e os grupos de risco, assim como, defender um programa mínimo de reivindicações populares e organizar as lutas para exigir dos patrões e governos as medidas necessárias para garantir a saúde, a vida do nosso povo, dignidade para que as famílias pobres e as massas trabalhadoras possam sobreviver durante esse período de crise que pode durar por meses. (GIROLAB, 2020).

Para tanto o Comitê de Solidariedade Popular - COVID 19 - Cachoeira (BA):

[...] elaborou o “Programa de segurança e soberania alimentar no combate ao COVID 19, que prevê a construção e a manutenção de hortas comunitárias em comunidade urbana e comunidade rural de Cachoeira, com o objetivo de garantir a mínima segurança alimentar de pelo menos 25 famílias a curto e médio prazo. (GIROLAB, 2020).

Assim, este comitê foi criado para buscar estratégias de enfrentamento a pandemia do COVID-19 no município de Cachoeira- BA, buscando respostas do poder público municipal no sentido de proteção e promoção da saúde dessa população, objetivando com essas ações dirimir as desigualdades e iniquidades sociais.

Uma organização da sociedade civil, que nasce em março do ano de 2020, “com o objetivo de enfrentar a crescente pandemia que tem acarretado uma crise sanitária e humanitária sem precedentes” (GIROLAB, 2020). A sociedade civil passa a atuar como um poder paralelo, no sentido de promover ações que o poder municipal deixou, por algum motivo ou circunstância de prover. Para tanto, o comitê desenvolveu ações de panfletagem nas ruas, nos bairros da cidade de Cachoeira-BA, na feira livre, no comércio, nos bancos, divulgando as informações referentes aos cuidados na prevenção do vírus, seguindo as orientações do OMS; doações de cestas básicas, as quais inicialmente foram adquiridas por meio de doações de alguns partidos políticos, como por exemplo o Pcdob, instituições como a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, que por meio da fazenda experimental; proveu alimentos doados pelos movimentos sociais excedentes dos quilombolas do baixo sul – Itacaré-BA; os próprios docentes da UFRB, os membros do próprio comitê, seus familiares e amigos, colegas de trabalho; criação das hortas comunitárias, as quais foram desenvolvidas para plantar hortaliças para serem distribuídas a população em vulnerabilidade; além disso, no que diz respeito às ações voltadas à saúde, podemos citar a desinfecção dos espaços públicos, para tanto, os membros do comitê fizeram a aquisição de bombas manuais e produtos químicos para aplicação.

5. NOTAS SOBRE A PESQUISA NÃO REALIZADA

Este trabalho bucou suscitar reflexões acerca das inquietações que motivaram a minha pesquisa: o princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas que o município forneceu no enfrentamento a pandemia de COVID-19?

Na direção de responder à pergunta de investigação, realizamos uma análise documental, utilizando como fonte documentos públicos disponíveis em sites oficiais, redes sociais, boletins epidemiológicos, notícias de jornais locais além dos atos normativos da Prefeitura Municipal de Cachoeira-BA, no período de março de 2020 a dezembro de 2021. O material para a pesquisa documental foi extraído a partir do levantamento de dados nos sítios do governo federal, estadual e municipal. Sendo utilizada a base de dados digitais como meio de acesso às informações oficiais do município lócus da pesquisa.

Nesta etapa, empreendemos uma análise qualitativa dos dados a partir da perspectiva do estudo de avaliação em saúde, com um mapeamento das ações da sociedade civil organizada local, voltadas para o tema, em especial as ações do Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19 de Cachoeira – BA, através de documentos públicos e redes sociais, tendo em vista que as entrevistas com os componentes do referido comitê tornaram-se inviabilizadas.

Para responder a pergunta de investigação norteadora desta pesquisa, propomos como um dos objetivos realizarmos uma pesquisa qualitativa, utilizando procedimentos orientados pelo Ofício 02/2021 e pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamentam as Normas Reguladoras e Diretrizes da pesquisa com seres humanos, levando-se em conta a liberdade de participação dos atores sociais envolvidos e a sua autorização para participar do trabalho investigativo. Assim, por tratar-se de uma pesquisa com etapas que seriam desenvolvidas no ambiente virtual, a mesma segue as orientações do Ofício Circular de nº 02/2021/CONEP/SECNS/MS, o qual dispõe no item 0.1, o qual dispõe:

Entende-se por: Meio ou ambiente virtual: aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios. (BRASIL, 2021, p.02).

Para o andamento da pesquisa, precisamos zelar pela integridade dos sujeitos

envolvidos, nos comprometendo com o sigilo das informações prestadas e protegendo a identidade desses sujeitos entrevistados. Dessa forma, propomos no projeto de pesquisa por trabalhar com entrevistas semiestruturadas em ambiente virtual, por estarmos vivenciando um contexto de pandemia na qual as orientações sanitárias seguiam a linha de distanciamento espacial. Deste modo, pensamos em viabilizar estas por meios de formulários eletrônicos em plataformas digitais pelo Google Forms, evitando riscos à saúde da pesquisadora e do (a) pesquisado (a). Vale ressaltar, que no tratamento dessas informações seria assegurar o respeito as falas, a ética profissional, e a garantia do sigilo e identidade dos entrevistados. Assim, a pesquisada seria orientada desde a leitura e posterior aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que poderia interromper ou se recusar a participar a qualquer momento, e até mesmo solicitar informações sobre o andamento da pesquisa.

Toda a pesquisa foi planejada para estar ampara por preceitos éticos, com aponta Chauí (2006),

[...] uma ética procura definir, antes de mais nada, a figura do agente ético e de suas ações e o conjunto de noções (valores) que balizam o campo de uma ação que se considere ética. O agente ético é pensado como sujeito ético, isto é, como um ser racional e consciente que sabe o que faz, como um ser livre que decide e escolhe o que faz, e como um ser responsável que responde pelo que faz. (CHAUÍ, 2006, p. 01).

Vale salientar, que para iniciar a pesquisa, aguardamos os trâmites legais exigidos para pesquisa com seres humanos, seguindo as orientações, os pareceres, os prazos disponibilizados na Plataforma Brasil após análise do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP. As informações coletadas nas entrevistas seriam gravadas para segurança da análise e armazenadas em pasta específica em notebook de uso pessoal da pesquisadora, seguindo o período mínimo de armazenamento de dados de 5 anos como estabelecidos na Plataforma Brasil. Deste modo, seriam descartadas após um ano da aprovação da dissertação e não sendo repassados para além da pesquisa.

Em síntese, finalizamos este capítulo com um sentimento de frustração, tendo em vista, os obstáculos vivenciados pela pesquisadora tanto de cunho pessoal, questões de saúde familiar, bem como, junto ao CEP, os quais dificultaram em um primeiro momento o cumprimento dos prazos, para envio dos documentos na Plataforma Brasil, assim como, o atraso no andamento da pesquisa, culminando na

não realização das entrevistas com os representantes do comitê da COVID-19 em Cachoeira. Isso porque, o CEP só liberou o parecer final, com aprovação para dar início as entrevistas, em julho de 2022. Desta forma, a pesquisa perdeu seu objeto de pesquisa, pois foi um período em que a COVID-19 estava sendo controlada com o avanço do protocolo de vacinação em todo o território brasileiro e consequente redução no número de casos ativos e ocupação nos leitos das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI).

Sendo vivenciado neste ano de 2022 a flexibilização em relação ao uso de máscaras em ambientes fechados e ao ar livre, tendo em vista a redução no número de casos ativos no nosso estado, como afirmou o governador Rui Costa “alcançamos menos de 100 pessoas em leitos de UTI e menos 1.000 casos ativos”. (CORREIO, 2022).

Assim, no decreto de nº 21 310/2022 publicado em 12 de abril de 2022, dispõe sobre novas medidas de prevenção a COVID-19, dentre elas, facultando o uso de máscaras de proteção, permanecendo obrigatório em: I- hospitais e demais unidades de saúde tais como: clínicas, Unidades de Pronto - Atendimento (UPA) e farmácias .(BAHIA, 2022a).

Por fim, diante do exposto a pesquisa restou-se prejudicada, pois não foi possível a realização das entrevistas semi-estruturadas com todos os representantes do comitê da COVID-19. Tendo em vista, o lapso temporal do início da COVID-19 e a liberação para realização da pesquisa, o comitê se desarticulou. Conseguimos conversar com um único representante, o cravo, com o qual foi possível um único momento de diálogo, via aplicativo Whatsapp. No entanto, nessa conversa buscamos realizar uma aproximação com os demais membros para que estes pudessem participar das entrevistas por meio virtual. Onde encaminharíamos o formulário do Google Forms (em anexo) para preenchimento e posterior análise dos dados. Porém, não foi possível esse contato. De acordo, com o cravo, atualmente os demais membros do comitê residem em locais distantes e divergentes.

Em síntese, a pesquisa que possui um viés de memória restou-se inviabilizada por conta do lapso temporal e as peculiaridades que perpassou a referida pesquisa de campo em meio virtual. Sendo assim, a pesquisadora optou por focar na pesquisa documental, a qual já fazia parte do projeto de pesquisa, porém não era o fator principal, seriam dados secundários que iriam proporcionar uma análise mais detalhada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou identificar a materialidade do princípio da equidade na saúde no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no município de Cachoeira – BA. Para tanto, objetivando identificar nas incursões realizadas as respostas do poder público local no enfrentamento a pandemia da COVID-19 e os possíveis impactos no território do município de Cachoeira-BA; bem como, classificar as estratégias da sociedade civil no município de Cachoeira- BA no enfrentamento a pandemia da COVID-19, analisando o Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19 de Cachoeira; e por fim, analisar como o princípio da equidade em saúde se expressou nas respostas fornecidas no enfrentamento a COVID-19 nesse município lócus da pesquisa.

Dessa forma, este trabalho tem como pergunta guia: o princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas que o município de Cachoeira- BA forneceu no enfrentamento a pandemia da COVID-19?

Inicialmente, o método que seria utilizado a este trabalho era a pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa qualitativa com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas, a ser realizada com os membros do Comitê de Solidariedade da COVID-19. No entanto, no decorrer da pesquisa notou-se que a pesquisa de campo tornou-se inviável por conta do lapso temporal e as peculiaridades que perpassaram a referida pesquisa em meio virtual.

Sendo assim, a pesquisadora optou por focar na pesquisa documental, a qual já fazia parte do projeto de pesquisa, porém não era o fator principal, pois estes seriam dados secundários que iriam proporcionar uma análise mais detalhada. Nesta etapa, da análise documental analisamos os atos normativos publicados pela Prefeitura Municipal de Cahoeira, Boletins Epidemiológicos da SESAB, informações veiculadas em sites oficiais e redes sociais.

Na pesquisa documental, ao nos aproximarmos deste universo, identificamos uma amostra com 151 (cento e cinquenta e um) atos normativos municipais. Para a análise empreendida neste estudo, foi necessário recorrermos a atos normativos do governo do estado, os quais apontavam orientações no sentido de conter o avanço da pandemia do novo corona vírus, a partir de diretrizes de governo para a área da saúde, no que diz respeito as normativas de prevenção e controle para o enfrentamento, em decorrência do reconhecimento da Emergência em Saúde Pública

em relação a pandemia da COVID-19.

Na tentativa de responder a pergunta da investigação que permeia este trabalho, foi necessário realizar a análise de algumas categorias essenciais para a compreensão do princípio da equidade em saúde, no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. Conceitos estes já explicitados no decorrer desta dissertação.

As incursões realizadas até aqui, permitiram constatar que há a ausência do estado, uma negligência e um descaso por parte do governo federal na efetivação de medidas de contenção e enfrentamento a pandemia. Ausência esta que custou a vida de milhares de brasileiros. A cultura negacionista dos governos de extrema direita, culminada com uma perspectiva obscurantista, no que diz respeito a comunidade científica, bem como, associada a uma política econômica baseada no ultraneoliberalismo, proporcionaram dificuldades no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da COVID-19.

Assim, durante a pandemia podemos percebemos alguns entraves políticos que culminaram no retardo a tomadas de decisões efetivas por parte do governo federal, além da morte que poderia ser evitada, de milhares de pessoas. Nesse sentido, Margareth Dalcolmo (2021) afirma que:

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 esbarrou no problema de falta de coordenação e em disputas de poder entre o governo federal, estados e municípios". O que significa dizer que não houve união entre autoridades, ciência e comunidade acadêmica. Pelo contrário houve a negação da ciência por parte das autoridades, em especial o chefe de Estado, e também, da população. (DALCOLMO, 2021, p. 01).

As investidas negacionistas por parte do governo federal, faz parte de uma estratégia governamental, mesmo que isso custe muitas vidas, ou seja, tem um propósito político que inclui lidar com a doença, promovendo praticamente o genocídio dos mais frágeis (YAZBEK *et al.*, 2021). Essas investidas negacionistas, a nível de governo federal, refletem nos estados e municípios de forma direta, principalmente naqueles governados por apoiadores da política genocida do chefe de estado. Nesse sentido, verificamos nos atos normativos a ausência de ações voltadas ao público feminino, chefes de famílias, além da ausência de ações para os trabalhadores informais. Ou seja, não há nos atos normativos analisados a presença de ações para garantia do emprego e renda.

É nesse cenário negacionista e em um contexto de corte de gastos públicos

que o Sistema Único de Saúde está inserido. Ao longo dos últimos anos, o SUS vivencia a implementação de políticas econômicas voltadas a imposição de teto dos gastos públicos, com cortes crescentes e o estrangulamento de investimentos na saúde e em pesquisas no Brasil. Dessa forma, resgatando e respondendo ao nosso questionamento no decorrer desta dissertação, não há como promover uma Política Social de qualidade, não há como garantir serviços de qualidade sem orçamento, sem financiamento.

Nesse sentido, corroborando com Paim (2007), o maior desafio do SUS é político. Isso porque, como já sinalizado no decorrer desse material, um dos gargalos para a efetivação do SUS no Brasil é o financiamento. Para garantir orçamento para o sistema de saúde é necessário uma rodada de negociações no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação entre estados, municípios e a União, onde os interesses das classes dominantes se sobrepõem aos interesses das classes minoritárias.

Através da diretriz que define as relações público/privadas como complementar ao sistema de saúde brasileiro, o SUS acaba sustentando muitos serviços do setor privado, principalmente no que diz respeito aos planos de saúde. Essa relação público/ privado é onerosa ao SUS, no entanto, necessária para manutenção do capital. Os tratamentos mais caros são disponibilizados pelo SUS, o qual funciona com recursos financeiros cada dia mais escassos, conforme a EC nº 95. Nessa relação, há ainda a presença do subsídios, ou seja, isenção de impostos fiscais ao capital privado, como forma de garantir o crescimento desse setor.

Assim, Paim (2007),

Essa relação é eminentemente política e, portanto, vai precisar de um acúmulo de forças para modificar essa situação que não é favorável ao SUS. Se temos como perspectiva do SUS a proposta de avanço da universalidade para a equidade, e se queremos reduzir as desigualdades, precisamos modificar a distribuição de renda. Esses exemplos são ilustrações de que um desafio muito grande do SUS é político. (PAIM, 2007, p. 05).

Em síntese, a cidade de Cachoeira-BA, ou melhor o povo cachoeirano, sofre com os desmontes da política de saúde, bem como, com os discursos negacionistas dos gestores com características políticas da extrema direita, com ações de enfrentamento a uma pandemia sem analisar o território em sua totalidade e levando em consideração suas peculiaridades e particularidades de um povo majoritariamente

negro, morador da zona rural, quilombolas, pessoas em sua grande maioria analfabetas (como demonstrado nos dados anteriores), vivendo em extrema pobreza, com ausência de emprego formal para a maioria da população. Fatores estes que nos levam a afirmar preeliminarmente que não há registros nos atos normativos de ações governamentais dos gestores municipais dos respectivos períodos em análise (2020 e 2021) que levaram em consideração o princípio da equidade em saúde para a tomada de decisões no enfrentamento a COVID-19. Sendo assim, analisando a luz do princípio da equidade, por meio da avaliação em saúde, o município de Cachoeira-BA, respondeu as demandas e os desafios postos pela COVID-19 de maneira genérica a partir das orientações do governo do Estado. Não sendo possível verificar ações expressivas voltadas para o povo cachoeirano, a partir da análise de seu povo e suas necessidades.

Assim, a partir das contribuições de Paim (2007), podemos concluir que princípio da equidade não se materializou nas ações de enfrentamento a COVID-19 nas ações adotadas pela gestão municipal de Cachoeira-BA. Primeiramente, por conta de que essa constatação se dá por compreender que "a aceitação, quase consensual, de princípios eqüitativos, permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício" (PORTO, 1994, apud, DUARTE, 2000, p. 02). Posteriormente, por não identificarmos ações efetivas do governo municipal que pudessemos afirmar que o princípio da equidade estava presente nas medidas adotadas. De forma, singela verificamos em alguns atos normativos a preocupação em disponibilizar um acesso diferenciado aos idosos, pessoas com deficiência aos serviços essenciais, bem como, a implementação do homeoffice para servidores com idade superior a 60 anos, gestante e servidores com histórico de doenças respiratórias e crônicas ou que fazem uso de medicamentos imunossupressores, com a ressalva, desde que não desenvolvam atividades essenciais.

Medidas de enfrentamento a COVID-19 que foram copiadas por vários municípios, a partir dos decretos estaduais, sendo adotadas em todo o território nacional. Consideradas como genéricas, pois não há uma característica peculiar da população que vive no território lócus da pesquisa. Dessa forma, não vislumbramos a materialização do princípio da equidade em saúde nessas ações governamentais adotadas em Cachoeira-BA.

Essa constatação nos leva a refletir que o SUS perpassa por uma carência e

escassez de recursos que prejudicam a efetivação do princípio constitucionalmente adquirido do SUS, que é o princípio da universalidade. Sendo este, um princípio essencial para a efetivação do princípio da equidade, nos moldes de garantia de um direito a saúde com ações com base em critérios epidemiológicos para poder alocar recursos para se alcançar uma equidade no sentido de tratar igualmente aqueles que são desiguais.

Nesse sentido, coloca-se como desafio a materialidade do princípio da equidade em saúde dentro do sistema capitalista em sua fase ultraneoliberal, composto de investidas ofensivas, voltadas as ações anti-intelectuais, anti-cientificistas, vinculado a um projeto político pautado na destruição dos direitos sociais, no desmonte dos equipamentos públicos etc. Dessa forma, o desafio que se apresenta aos gestores municipais e dos gestores do sistema de saúde, é promover ações voltadas a materialização do princípio da universalidade, para dessa maneira, se alcançar a efetivação do princípio da equidade em saúde.

Enfim, estudar o princípio da equidade em saúde no município de Cachoeira em tempos de pandemia da COVID-19 nos mostrou desafios para a efetivação deste princípio na política de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Helena Elpídio. **Território, política social e serviço social no contexto do social-liberalismo**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

ALVARENGA, Alexandre Andrade. ROCHA, Erika Maria Sampaio. FILIPPON, Jonathan. ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Desafios do estado brasileiro diante da pandemia da COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.36, 2021.

BAHIA, **Boletim Epidemiológico – Covid-19, nº 28. 2020**. 2020c. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/boletimEpidemiologicoCovid-19_n%c2%ba28_23-04-2020_final.pdf. Acesso em: 25 de mai. 2022.

_____, Prefeitura Municipal de Cachoeira. Decreto nº 140 de junho de 2020. **Dispõe sobre a criação e formação de Comitê Municipal de Enfretamento e Prevenção à Covid-19 do Município de Cachoeira**. 2020e. Disponível em: https://doem.org.br/ba/cachoeira/diarios/previsualizar/PEN2Ola5?filename=DOE-ba_cachoeira-ed.535-ano.634.pdf&__cb=20200616164143. Acesso em: 15 de jun. de 2022.

_____, Prefeitura Municipal de Cachoeira. Decreto nº 203, de 14 de setembro de 2020. **Regulamenta, no âmbito do Município de Cachoeira, a ampliação de recursos recebidos por transferência do Ministério do Turismo, provenientes da Lei Federal nº 14.017, de 29 de junho de 202, regulamentada pelo Decreto Federal nº 10.464, de 17 de agosto de 2020, e dá outras providências**. 2020f. Disponível em: https://doem.org.br/ba/cachoeira/diarios/previsualizar/o2NJQ4VL?filename=DOE-ba_cachoeira-ed.571-ano.634.pdf&__cb=20200914164859. Acesso em: 25 de abr. de 2022.

_____. Diário Oficial, República Federativa do Brasil – Estado da Bahia. **Institui, nos Municípios do Estado da Bahia, as medidas de enfrentamento ao novo coronavírus, causador da COVID-19, e dá outras providências**. 2022a. Disponível em: <https://dool.egba.ba.gov.br/>. Acesso em 10 dez. de 2022.

_____. Prefeitura Municipal de Cachoeira. Diário Oficial do Município. **Decreto Nº 129/2021 de 17 de junho de 2021 - Medidas de proteção para os dias 18 e 29 de junho de 2021 e das outras providências**. 2021. Disponível em: <https://www.cachoeira.ba.gov.br/Handler.ashx?f=diario&query=781&c=119&m=0>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

_____. Prefeitura Municipal de Cachoeira. Diário Oficial do Município. Decreto nº 40 de 17 de março de 2020. **Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção e controle para o enfrentamento em decorrência do reconhecimento de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional do Ministério da Saúde e a declaração da condição de pandemia de infecção humana pelo COVID-19 (Coronavírus) definida pela Organização Mundial de Saúde e das outras**

providências. 2020a. Disponível em:

https://doem.org.br/ba/cachoeira/diarios/previsualizar/XMjRYQaz?filename=DOE-ba_cachoeira-ed.496-ano.634.pdf&__cb=20200318085203. Acesso em: 21 mar. de 2022.

_____. Prefeitura Municipal de Cachoeira. Diário oficial do Município. Decreto nº 45/2020, de março de 2020. **Dispõe de novas medidas temporárias de prevenção e controle para enfrentamento da emergência internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) e complementares aos decretos nº 40, 42, e 44/2020 no âmbito do Município de Cachoeira e adota outras providências.** 2020b. Disponível em:

https://doem.org.br/ba/cachoeira/diarios/previsualizar/3zVXrza8?filename=DOE-ba_cachoeira-ed.499-ano.634.pdf&__cb=20200324150958. Acesso em: 21 de mar. de 2022

_____. Prefeitura Municipal de Cachoeira. Diário oficial do Município. Decreto nº 43, de 20 de março de 2020. **O Prefeito do Município de Cachoeira, Estado da Bahia, no uso de suas atribuições legais, que lhe confere a lei Municipal nº518/97.** 2020d. Disponível em:

https://doem.org.br/ba/cachoeira/diarios/previsualizar/mgagkea5?filename=DOE-ba_cachoeira-ed.498-ano.634.pdf&__cb=20200320161603. Acesso em: 17 de abr. de 2022.

_____. Secretaria da Saúde. **Dez leitos de UTI Covid-19 serão abertos na Santa Casa de Cachoeira.** 2021c. Disponível em:

<https://www.saude.ba.gov.br/2021/05/21/dez-leitos-de-uti-covid-19-serao-abertos-na-santa-casa-de-cachoeira/>. Acesso em: 10 de set. de 2022.

_____. Secretaria de Saúde. **Boletins epidemiológicos – Covid-19.** 2022a. Acesso em 21 de abr. de 2022.

_____. Secretaria de Saúde. **Central Integrada de Comando e Controle da Saúde.** 2022b. Disponível em: <https://bi.saude.ba.gov.br/transparencia/>. Acesso em: 21 de abr. de 2022.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de. SOUSA, Maria Fátima de. EQUIDADE: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS,2011.

_____, IBGE Cidades. **Cachoeira.** 2022a. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cachoeira/historico>. Acesso em: 15 de abr. de 2022.

_____, IBGE Cidades. **CACHOEIRA: História e fotos.** 2022b. Disponível em

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cachoeira/historico>. Acesso em: 15 de abr. de 2022.

_____. IBGE Cidades. **CACHOEIRA: Panorama**. 2022c. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cachoeira/panorama>. Acesso em: 21 mar. de 2022.

_____. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 20 de abr. de 2022.

_____. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. **Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias**, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%20103%2C%20DE%2012%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202019&text=Altera%20o%20sistema%20de%20previd%C3%Aancia,de%20transi%C3%A7%C3%A3o%20e%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20transit%C3%B3rias. Acesso em: 15 de mai. de 2022.

_____. IPHAN. História – Cachoeira (BA). 2013. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1390/>. Acesso em: 10 de jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Princípios e conquistas. Brasília. 2000.

_____. Senado Federal. **Coronavírus: Senado aprova auxílio emergencial de R\$ 600**. 2020a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/30/coronavirus-senado-aprova-auxilio-emergencial-de-r-600>. Acesso em: 10 set. de 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Constituição Federal de 1988. **Seção II Da Saúde**. 1988. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao/constituicao_federal.pdf. Acesso em: 10 de mar. de 2022.

_____. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 abri. 2022.

_____. **Emenda Constitucional nº103/2019**. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103. Acesso em: 16 de abr. de 2022.

_____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a.

_____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva do Conselho nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 10 de fev. de 2022.

_____. UFRB. **Normativos da Covid-19**. 2020b. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/portal/normativos-coronavirus-covid-19>. Acesso em: 21 de mar. de 2022.

BRAVO, M.I.S. PELAEZ, E.J. A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO: lutas e resistências. **Ser Social Estado, Democracia e Saúde**. Brasília, v.22. n. 46. Jan.-Jun., 2020.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BRITO, S.B.P.; BRAGA, I.O.; CUNHA, C.C.; PALÁCIO, M.A.V.; TAKENAMI, I. PANDEMIA DA COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate, INCQS-FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2020.

CAPONI, Sandra. **COVID-19 NO BRASIL: entre o negacionismo e a razão neoliberal**. Departamento de Sociologia e Ciência Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina. 2020

CARVALHO, Suzana Cardoso; CARVALHO, Leila Cardoso; FERNANDES, Janaina Guedes; SANTOS, Márcio José Silva. EM BUSCA DA EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: o caso da doença falciforme. **Saude sociedade**, [s/]. V.1, n.23, Jun., 2014.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência &Saude Coletiva**, [SI], v. 11, n.1, 2006.

CORREIO, Bahia. **Rui Costa libera uso de máscaras em ambiente fechado em toda a Bahia**: Flexibilização acontece devido à redução do número de casos ativos de covid-19. 2022. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/rui-costa-libera-uso-de-mascaras-em-ambiente-fechado-em-toda-a-bahia/>. Acesso em: 10 de dez. 2022.

DALCOMO, Margareth. **COVID-19**: Margareth Dacolmo fala sobre o enfrentamento à pandemia para a Radis. Riode Janeiro: FioCruz. 2021.

DEMO, C.M.C. **PESQUISA**: princípio científico e educativo. – 7.ed. – São Paulo: Cortez, 2000.

Diário Da Notícia. **Cachoeira: 183 anos de elevação à categoria de cidade**. 2020. Disponível: <https://www.diariodanoticia.com/2020/03/cachoeira-183-anos-de-elevacao.html>. Acesso em: 15 de abri. De 2022.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. EQUIDADE NA LEGISLAÇÃO: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciê. Saú. Coletiva**, Rio de Janeiro, V. , n. , 2000.

FINKLER, Lirene. DELL,AGLIO, Débora Dalbosco. Reflexões sobre avaliação de Programas e Projetos Sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul. N.38, p.126-144. 2013.

FLEURY, Sonia. OUVERNEY, Assis Mafort. POLÍTICA DE SAÚDE: uma política social. In.: Giovanella, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. – 1.ed. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. POLÍTICA DE SAÚDE: uma política social. In.: Giovanella, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. – 2.ed. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

G1 Bahia. **Prefeita de Cachoeira relata sofrer ameaças de morte após se tornar 1ª mulher eleita ao cargo: 'Povo não elegeu uma covarde'**. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/04/19/prefeita-de-cachoeira-relata-sofrer-ameacas-de-morte-apos-se-tonar-1a-mulher-eleita-ao-cargo-povo-nao-elegeu-uma-covarde.ghtml>. Acesso em: 13 de mar. de 2022.

G1, Política. **Pacientes passam a exigir remédios do kit Covid-19 após falas de Bolsonaro**. 2021. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2021/09/22/pacientes-passaram-a-exigir-remedios-do-kit-covid-apos-falas-de-bolsonarodiz-batista-a-cpi.ghtml>. Acesso em: 13 de jun. de 2022.

_____. **Veja frases de Bolsonaro durante a pandemia do novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/30/veja-frases-de-bolsonaro-durante-a-pandemia-do-novo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 15 de mai. De 2022

GIL, Carlos Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 4.ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. – 2.ed. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIROLAB. **Comitê de Solidariedade Popular Covid-19 Cachoeira/Bahia**, 2022. Disponível em: <https://girolab.com.br/iniciativa/comite-de-solidariedade-popular-covid-19-cachoeira-bahia/>. Acesso em: 21 de mar. de 2022.

GOMES, Amanda Andrade; AGELO, Raffaella de Rocco. **Análise comparativa do sistema de saúde entre Brasil e Austrália em relação a covid-19.** Unicuritiba/Brasil.

GRANJA, Gabriela Ferreira. ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. FRACOLI, Lislaine Aparecida. O DISCURSO DOS GESTORES SOBRE A EQUIDADE: um desafio para o SUS. **Ciência& Saúde Coletiva**, [S.], v.18, n.12, 2013.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HARVEY, David. **A produção capitalista no espaço.** São Paulo: Annablume. 2005.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, vº. 21, nº 55, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/pqNtQNWnT6B98Lgipc5YsHq/?lang=pt>. Acesso em: 13 de jun. 2022.

INFOSANBAS. **Cacheira – BA.** 2020. Disponível em: <https://infosanbas.org.br/municipio/cachoeira-ba/>. Acesso em: 20 de mar. 2022

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. **Trab. educ. saúde**, [S.], v. 2, n.1, 2004.

MARTINS, Sérgio Ricardo Oliveira. MARTINS, Waleska Rodrigues de Matos Oliveira. Festas e Desenvolvimento Local em Cachoeira, Bahia. **Interações: Campo Grande**, v. 21, 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.** Rio de Janeiro: CRESS-RJ. 2020.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** – 1.ed. – São Paulo: Arte e Ensino, 2018

MEZÁROS, István. **Para além do capital.** – 1.ed. – São Paulo: Boitempo. 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** - 17.ed. - Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** – 6.ed. – Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Rodrigo Fracalossi. **Ciência e pseudociência durante a pandemia de Covid-19:** o papel dos “intermediários do conhecimento” nas políticas dos governos estaduais no Brasil. Brasília: Repositório do Conhecimento IPEA, 2022.

NICOLELIS, Miguel. **Um milhão de mortos em 2021 e a pandemia está longe de acabar.** Correio Braziliense. 2021. Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/opiniaio/2021/07/4938221-um-milhao-de-mortos-em-2021-e-a-pandemia-esta-longe-de-acabar.html>. Acesso em: 20 de mai. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. EDUFBA, Salvador, 2006.

_____. Entrevista à IHU On-Line: **A necessidade de avançar na democratização da saúde**. Entrevista publicada na IHU On-Line número 233, de 27-08-2007

_____. **O que é SUS**. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo - razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC. 1996.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. – 2.ed. – São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SENA-JÚNIOR, Carlos Zacarias. Obscurantismo e anticientificismo no brasil bolsonarista: anotações sobre a investida profascista contra a inteligência e a ciência no brasil. **Cadernos GPOSSHE On-line**, Fortaleza, v. 2, n. Especial, 2019.

SENNÁ, Mônica de Castro Maia Senna. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

SILVA, LMV. ALMEIDA, Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2009.

SOUZA, M. J. L. “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas de um conceito fundamental. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. – 1.ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2009.

WATANABE, Phillippe. YUKARI, Diana. MARTI, Cristiano. **Brasil completa um ano de vacinação contra Covid**. Folhapress, São Paulo, 2022.

WERNECK, Guilherme Loureiro. CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, nº.5, 2020.

YASBEK, Maria Carmelita. BRAVO, Maria Inês. SILVA, Maria Liduína de Oliveira, Martinellia, Maria Lúcia. A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, 2021.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. **Bioethikos**, [S.], v. 4, n. 2, p. 180-188, 2010.

APÊNDICE

Apêndice 1: Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Identificação	
Nome (opcional):	Idade:
Gênero:	Raça/etnia:
Sexo:	
Escolaridade:	Profissão:
Objetivo: Mapear as ações de enfrentamento a COVID-19 organizada e efetivada pelo Comitê de Solidariedade Popular da COVID-19 em Cachoeira-BA.	

Responsável pelo Comitê de Solidariedade Popular Covid-19 Cachoeira-BA

1. Como você percebe as respostas do poder público local perante a pandemia da COVID-19?
2. Você conhece o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios?
3. Em relação à consolidação do princípio da equidade em saúde?
4. O que você compreende por Equidade em saúde?
5. Quais ações o Comitê desenvolveu para o enfrentamento da COVID-19 em Cachoeira-BA?
6. Porque vocês escolheram essas ações?

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Najara Gomes do Amaral, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “O princípio da equidade em tempos de COVID-19: um estudo de caso a partir de Cachoeira-BA”. Esta tem como objetivo geral identificar a materialidade do princípio da equidade na saúde em tempos de covid-19 no município de Cachoeira – BA. Para tanto, temos como pergunta de investigação: O princípio da equidade em saúde se expressa nas respostas que o município forneceu em tempos de COVID-19?

Esta é uma pesquisa qualitativa, baseada nas diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa, localizado na Rua Rui Barbosa, Bairro Centro, Cruz das Almas-BA, Telefone: (075)3621-6850, e-mail:eticaempesquisa@ufrb.edu.br, a qual preza pela integridade e proteção à identidade dos sujeitos envolvidos, sigilo das informações prestadas. Para tanto, no decorrer da pesquisa serão utilizados nomes de flores para os entrevistados, evitando assim a identificação dos sujeitos.

Por estarmos vivenciando um contexto de pandemia na qual as orientações sanitárias seguem a linha de distanciamento e isolamento social, as entrevistas semiestruturadas serão viabilizadas por meios de formulários eletrônicos, plataformas digitais como, o Google Meet, evitando riscos à saúde da pesquisadora e do (a) pesquisado. O tratamento dessas informações será realizado assegurando o respeito as falas, a ética profissional, e garantindo o sigilo e identidade dos entrevistados. Sua participação é fundamental para o desenvolvimento dessa pesquisa, no entanto ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir e só responderá as perguntas que se sentir confortável. Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação no sentido contrário.

O conteúdo das entrevistas estão baseados no roteiro de entrevista, o qual será apresentado a pesquisado junto ao TCLE, para que dessa forma, a mesma tenha conhecimento prévio acerca do que esta sendo proposto. São perguntas vinculadas a pandemia da COVID-19 e as respectivas ações do poder público e da sociedade civil no enfrentamento desta pandemia. Buscando, assim, responder, a partir das falas dos sujeitos, a nossa pergunta de investigação.

As informações coletadas nas entrevistas serão gravadas para segurança da análise e armazenadas em pasta específica em notebook de uso pessoal da pesquisadora e serão descartadas após um ano da aprovação da dissertação. Os áudios coletados não serão repassados para além da pesquisa. Importante que a pesquisado guarde em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. Além disso, por ser um pesquisa em ambiente virtual, nós pesquisadores temos algumas limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Caso aconteça alguma violação em função das limitações da tecnologia utilizada, fica estabelecido que a pesquisa pode ser interrompida. Podendo o participante se recusar a continuar participando da pesquisa.

Por fim, o participante poderá a qualquer momento solicitar acesso ao TCLE, informações sobre o andamento da pesquisa e a interrupção desta mediante contato telefônico ou por e-mail (link de acesso: <https://meet.google.com/tjo-mbkw-yjp>) com a pesquisadora, sendo respectivamente (073) 9 91597037 e najaraseso@gmail.com.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e as condições da participação na pesquisa O princípio da equidade em tempos de COVID-19: um estudo de caso a partir de Cachoeira-BA e aceito dela participar.

Cachoeira, _____ / _____ /2023.

Aceito.