



EDITORIAL

Fortalecer o SUS: Tarefa Nacional A propósito da pandemia de COVID-19

Eduardo de Azeredo Costa¹

¹Médico, Doutor em Medicina pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Professor Titular aposentado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, sendo atualmente Assessor de Cooperação Internacional dessa mesma instituição. **Correspondência:** eduardodeazedocosta@gmail.com;

INTRODUÇÃO

Essa pandemia vai passar? Sim, vai passar. Mesmo que se prolongue, a crise desencadeada pelo COVID-19 vai passar. E ninguém tem dúvida de que a humanidade sobreviverá e continuará sua história na Terra. Deixará legados. Bons e maus. Quais serão, para além de uma tênue memória do episódio, 100 anos depois, como a que temos da pandemia da gripe espanhola de 1918/19?

Pandemia de Gripe Espanhola

Algumas publicações científicas e de imprensa jornalística lembraram que a *espanhola* foi provavelmente *americana*, disseminada no mundo pela participação de soldados no fim da Guerra de 1914, e do impacto que teve, em grande parte pela negação de que havia um novo vírus circulando.^{1,2} Ao lado dessas informações pouco valorizadas, quase lúdicas na abordagem da imprensa brasileira, aproveitamos agora a necessidade de usar o isolamento social e a quarentena para combater o Coronavírus, graças em particular a efeitos positivos demonstrados nos Estados Unidos em 1918.^{3,4,5}

A explosão de alegria no Carnaval seguinte precisou ser lembrada por pesquisa aos periódicos de então. Mas, houve hipótese também de dano mais prolongado do que as milhares de mortes daqueles meses. Suspeita-se que a epidemia de infartos e doença coronariana, das décadas 1940-50, possa ter sido um legado tardio⁶.

A economia agroexportadora continuou no Brasil, apesar de episódios nefastos como o de navios não poderem atracar por epidemias a bordo (menos significativos do que à época da epidemia de Febre Amarela no Rio de Janeiro na década anterior)⁷. Afinal, o modelo tinha sobrevivido também à Greve Geral de 1917.⁸

Perdido na rememoração do final de 1918 no Brasil, veio à tona que o quinino foi usado para tratar pacientes, o antimalárico usado à época. Não surpreende, pois, que agora, por analogia, a cloroquina também venha à cena, ainda que não pareça ter o efeito que a fazia indicada em 1918 para a gripe *espanhola*. Na 1ª. Guerra o quinino era o antimalárico usado, tinha efeito antitérmico e seu uso teria sido indicado nas trincheiras pelos problemas de superdoses de aspirina em pacientes graves da gripe pneumônica, depois batizada de *espanhola*.

Um legado singular da epidemia de 1918 no Brasil

Uma ação do Governo brasileiro, talvez coincidente, mas oportuna, dá frutos até hoje, um verdadeiro legado, em que pesem problemas variados ao longo da história das instituições nacionais de saúde.

Estamos falando da criação do “Serviço de Produção de Medicamentos Officiaes” (SPMO) por Decreto Presidencial de Wenceslau Braz no. 13.000 de 1o. de maio de 1918, definia que o mesmo se localizaria no Instituto Oswaldo Cruz; seu objetivo era produzir quinino e outros medicamentos. Sugerida por Carlos Chagas, foi acatada por Carlos Seidl, Diretor do Departamento Nacional de Saúde e Higiene. A epidemia da *gripe espanhola* no Brasil seria reconhecida em setembro daquele ano.

Uma pequena matéria na Gazeta de Notícias de 30 abril de 1918, ilustrada com a foto de Carlos Chagas, sugere que o ato tenha sido estimulado pelo Diretor de Higiene, que, de Buenos Aires, onde teria discutido a luta antimalárica e encaminhado relatório ao ministro do Interior, dava também instruções ao serviço de assistência a imigrantes no sentido de exercer a vigilância sanitária nas fronteiras.⁹

A pandemia desgastaria Carlos Seidl e o presidente da República. Carlos Chagas, Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, que estava em queda de prestígio desde a vitória sobre a febre amarela, assumiria o combate à doença.² E no início de 1919, o presidente eleito, Rodrigues Alves, atento à saúde e higiene, vitorioso nas urnas, que nomeara Oswaldo Cruz, faleceria vítima da *gripe espanhola*, antes de tomar posse.¹⁰

Passada a epidemia – a luta antimalárica continuava - foi construída a pioneira fábrica de quinino na fazenda de Manguinhos, logo atrás do Castelo de Oswaldo Cruz. Farmanguinhos/Fiocruz é sua sucessora.

Em 2008, descortinado esse fato, foi descerrada uma placa comemorativa no Complexo Tecnológico de Medicamentos em Jacarepaguá, com a presença de Chefe da Casa Civil Dilma Rousseff e do Ministro José Gomes Temporão. Mais tarde ainda foi entregue a primeira partida de Efavirenz (medicamento crítico para a AIDS), totalmente produzido no Brasil e sob controle direto de Farmanguinhos em ação inovadora.¹¹ Essa ação estatal, ao contrário de prejudicar iniciativas produtivas farmoquímicas privadas nacionais, iniciou o processo de salvá-las e desencadeou outras ações de governo coerentes.

Eventos marcantes desses primeiros meses de crise do COVID-19

Diferente da pandemia de *gripe espanhola*, o surto inicial dessa coronavirose, com manifestação clínica classificada como Síndrome Respiratória Aguda Severa – SARS, logo que

identificado foi notificado ao mundo inteiro. E o material genético do mesmo foi enviado para os principais laboratórios do mundo, permitindo avanços diagnósticos e pesquisas descentralizadas, antes de muitos países serem acometidos. Uma nova ética para um mundo em conflitos permanentes.

Mas a tradição belicista norte-americana inicialmente prosseguiu com difamação e atos de má prática comercial internacional, confiscando ou inviabilizando a aquisição de materiais necessários a outros países, inclusive o Brasil.¹²

E agora? Além de iniciativas de importar equipamentos, como respiradores e produtos, como testes diagnósticos, o que faremos? A produção nacional diz da soberania, mas principalmente de não ficar inermes frente à escassez mundial, deixando de servir ao povo brasileiro. Temos capacidade tecnológica para tanto, mas as armadilhas da tradição exportadora de produtos primários nos fizeram refém de importações que destruíram nossas indústrias privadas.

E quem trabalhou em laboratórios como o Instituto de Pesquisas Biológicas de Porto Alegre, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Evandro Chagas, Instituto Vital Brazil, Instituto Butantã e outros, sabe da capacidade que é atropelada pela importação, mas também pela falta de planejamento na saúde, que depende da definição de programas de grupos técnicos *ad hoc*, e, antes de nos preparamos para supri-los, deslançam-se programas de compras por importação. Muitas vezes, com diferimento de impostos por serem ‘bens para a saúde’, assim também asfixiando a produção nacional.

Fortalecer o SUS pela ação fora do SUS

Assim, somos levados a pensar no tipo de legado para o SUS, que a pandemia de COVID poderia deixar. A defesa da indústria nacional é crítica para os sistemas de saúde, especialmente nos momentos de crise. Enquanto a criação do Serviço Nacional de Saúde *inglês* alavancou a indústria britânica de medicamentos que, de importadora, passou a exportadora¹³, não criamos as bases para isso na farmoquímica brasileira. Na área de imunobiológicos, liquidamos com nossos produtos pioneiros por falta de inovação e passamos a importar tecnologia das multinacionais.

Esse fato demonstra que o projeto nacional de desenvolvimento é condição necessária para o fortalecimento do SUS. E para ele é impositivo estabelecer um planejamento do Ministério da Saúde que o respeite e para ele contribua – uma interação necessária.

FORTALECER O SUS é também liberá-lo de ter de cuidar dos que sofrem pela exposição a riscos do trabalho e do ambiente, através de ações preventivas em todo o sistema produtivo e ambiental, bem como do efeito danoso do abandono social da população, da cruel desigualdade social brasileira.

FORTALECER O SUS é ainda propiciar educação para todo o povo brasileiro para que possa se proteger e cuidar dos seus familiares. Assim o SUS poderia dedicar-se ao que é central na sua missão sanitária.

Fortalecer o SUS por dentro

Dito isto, há também de FORTALECER O SUS por dentro ou em si. O que precisa ser um SUS renovado? Um sistema de saúde universal que garanta a prestação de serviços de saúde adequados à população brasileira com equidade.

O SUS, no entanto, não é o único prestador de serviços de saúde no Brasil. Aliás, como sistema, ele não é um ente, não presta qualquer serviço. As entidades de saúde, públicas e privadas, filantrópicas ou lucrativas, é que prestam os serviços. E o SUS os financia. Paralelamente ao SUS, há outros prestadores de saúde privados do sistema de saúde dos planos privados ou autônomos (muito marginalmente hoje), que não são financiados diretamente pelo SUS, mas sim por usuários/empregadores, ainda que recebam indiretamente benefícios do Estado (inclusive como abatimento de imposto de renda dos que ganham mais e das empresas). Para regulamentar o segmento de prestação de serviços privados de saúde foi criada a Agência Nacional da Saúde Suplementar, assim como foi criada a ANVISA para cuidar dos padrões de qualidade de produtos sanitários.

Das características do SUS, enquanto tal, e não de todo o setor saúde brasileiro, resultam alguns problemas que precisam ser sanados para que seja fortalecido internamente.¹⁴ Vamos focar em apenas dois deles.

A fragmentação dos prestadores por entidades com abordagens e interesses diferentes, reduz a capacidade de planejar nacionalmente e mesmo localmente, resultando daí a má

distribuição dos recursos, provocando inequidade no acesso e na qualidade dos serviços. Isso, no caso brasileiro, fica mais sério ainda, face a urbanização descontrolada na falta de políticas habitacionais, de saneamento, de transportes, educacionais, enfim, econômicas e sociais agravadas durante a ditadura militar e não respondidas a contento nesses 30 anos, pós CF88 e Lei 8080/1990.

Na crise atual agrava-se a má distribuição dos leitos de UTI, que seguem padrões mercadológicos, como já mostrou a tese de doutorado de De Negri Fo. de 2016,¹⁵ ficando distantes de densos núcleos urbanos de mais baixa renda e da população do interior que os tem com baixa tecnologia, ainda que o legado que deixamos na Defesa Civil no Rio de Janeiro, em 1985, tenha se consolidado no Brasil com o SAMU, para o transporte adequado de pacientes.

A outra questão se refere aos recursos humanos para a saúde. Essa mesma característica sistêmica do SUS, não permitiu a criação nacional de uma carreira de servidores da saúde. Ora, há prestação por entidades públicas de saúde federais, estaduais e municipais e privadas. E mesmo na área pública, inclusive com políticas neoliberais de precarização de contratos trabalhistas e de legislação de controle fiscal, grande parte dos trabalhadores da saúde são terceirizados ou seja, não têm estabilidade para o treinamento continuado e o convívio prolongado com as comunidades, que são a melhor característica da atenção primária de qualidade.¹⁴

Os servidores do *front* sanitário, particularmente nos hospitais, nessa epidemia, como soe acontecer, são os mais expostos ao risco de adoecer e morrer. Pela natureza da exposição ser íntima, como especialmente com o pessoal de enfermagem e serviços de limpeza, e ser prolongada e submetida a altas cargas virais.

Nessa pandemia, a sociedade tem manifestado seu reconhecimento pela dedicação e tem valorizado os trabalhadores da saúde em todo o mundo. Na Espanha criou-se um ritual matinal de aplaudir das janelas os trabalhadores da saúde que vão assumir seus postos. E mais deveriam ser reconhecidos aqui no Brasil, onde suas condições de contrato e trabalho são precárias. Não é incomum que um técnico de enfermagem trabalhe em até três hospitais diferentes, no regime de plantão, com contratos diferentes, para poder ganhar o suficiente para manter sua família. Com isso, por se tornarem potenciais vetores de transmissão da doença para suas famílias e comunidades, muitos tem deixado seus filhos na casa de outros parentes e amigos nesse momento, ou tem morado sozinhos longe de suas famílias.

CONCLUSÃO

Pelos motivos elencados, está na hora de criar a Carreira da Saúde, preferentemente em tempo integral. É tão estratégico quanto a das forças armadas para a segurança nacional, e nos deixa um legado indelével do enfrentamento ao Coronavírus, que servirá aos brasileiros por mais 100 anos.

Claro que para isso precisamos fazer do SUS um Serviço Universal da Saúde, fortalecendo-o, estabelecendo um planejamento central, que não seja apenas o orçamentário, mas o estratégico, voltado para a equidade.

De início criar os SES – Serviços Estaduais de Saúde, públicos, universais a nível estadual. Os serviços municipais deverão ser diretamente coordenados por cada estado, como já propusemos em artigo anterior¹⁴. Outro arranjo poderia ser a criação de um Instituto Nacional de Saúde Pública.

Não propomos, portanto, *Mais SUS*, ou *Defender o SUS*, a proposta é a união nacional para FORTALECER O SUS, como Objetivo Nacional permanente, com a criação do Quadro Nacional de Servidores Públicos da Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 – Mata, S. How the US Army infected the World with Spanish Flu. Ed Amanecer, Madrid, 2017.
- 2 – Goulart, AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist. Cienc saúde-Manguinhos*, 2005;12(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100006>
- 3 – Hatchett, RJ, Mercher CE & Lipsitch. Public Health Interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. *PNAS*, 2007;104 (18):7582-7587
www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0610941104
- 4 – Bootsma, MCJ & Ferguson, NM. The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *PNAS*, 2007;104(18):7588–7593.
www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0611071104
- 5 – Markel, H, Lipman, HB, Navarro, JA et al. Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic. *JAMA*, 2007;298(6):644-654

6 – Azambuja, MIR & Duncan, B. Similarities in mortality patterns from influenza in the first half of the 20th century and the rise and fall of ischemic heart disease in the United States: a new hypothesis concerning the coronary heart disease epidemic. *Cad. Saúde Pública*, 2002;18 (3): 557-577

7 – Franco, O. História da Febre Amarela no Brasil. DNERu, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: 1969.

8 – Bodea M. A Greve Geral de 1917 – As origens do trabalhismo gaúcho. Porto Alegre: LPM, s/d

9 – Notícia de Buenos Aires dá conta de relatório ao Ministro do Interior pelo Diretor de Higiene, Dr. Aroz Alfaro, sobre ações contra o impaludismo (com fotografia de Carlos Chagas). *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, 30 de abril de 1918.

10 – Rodrigues Alves vítima da gripe *espanhola*:

<https://www.migalhas.com.br/quentes/323030/ha-102-anos-gripe-espanhola-paralisou-o-brasil>

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/colunistas/eduardo-bueno/noticia/2020/03/o-virus-e-o-presidente-ck7ytu2f905xm01pqospc3wsh.html>

11 – Costa, EA, Costa, JCS & Ferreira, HP. Farmanguinhos, A experiência na produção pública de Medicamentos. Cap. 13, p. 269-280. *In Medicamentos no Brasil, inovação e acesso*. Buss, P Carvalho, J e Casas, C. *Orgs*. Rio de Janeiro, Edit. Fiocruz, 2008.

12 – Notícias da imprensa brasileira acessíveis em:

<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/04/nao-queremos-outros-conseguindo-mascaras-diz-donald-trump-sobre-equipamentos-de-protecao-contr-o-coronavirus.ghtml>

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/compra-em-massa-pelos-eua-cancelou-compras-de-equipamentos-para-o-brasil-diz-mandetta.shtml>

13 - Costa EA. Economia e Saúde. Rio de Janeiro, *Jornal do Brasil*, ed. 25 de Dezembro de 1997.

14 – Costa EA. SUS – Uma visão crítica de sua definição constitucional. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 2019; 30(3): AoP (Ahead of Print).

<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/521>

15 - De Negri AA. Base para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo; 2016.