



SESSÃO TEMÁTICA Nº 22 - Os Desafios Do Engajamento Público No Brasil Pós-pandemia: O Sistema De Proteção Social Como Garantia Vida

A POLÍTICA DE SAÚDE E O COVID-19: desdobramentos na região de saúde

Raisa Silva Cruz/UFRB
Jucileide Ferreira do Nascimento/UFRB
Heleni Duarte Dantas de Ávila/UFRB
Ana Carolina de Jesus da Silva/UFRB

Resumo:

O sistema de Seguridade Social brasileiro (composto pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social), foi instituído na Constituição Federal de 1988. A Carta Magna nasce no bojo do processo de redemocratização do país, em contradição ao avanço neoliberal na América Latina. A política social de saúde como integrante do sistema de Seguridade Social possui como um dos princípios a descentralização, visando a construção da política a partir do olhar territorial. A política neoliberal convive entre avanços e retrocessos com o social-liberalismo até 2016, quando se instaura no país com mais veemência princípios considerados ultraneoliberal, marcado pelo forte ataque à Seguridade Social. O embate político, ideológico e econômico cresce sobre o território brasileiro, polarizando o país. As divergências políticas, até então comuns no sistema democrático, ampliaram a disputa para outros campos influenciando, sobretudo, o grau mercadológico sob as políticas sociais. Esse terreno caótico, marcado pelo desmonte das políticas de proteção social, ganhou uma atenuante em 2020, a pandemia do COVID-19. O Território de Identidade (TI) do Recôncavo da Bahia vem sendo afetado pela política de austeridade no país, possuindo deste 40,75% da sua população vinculada ao Programa Bolsa Família (Brasil, 2021). A COVID-19 gerou uma crise sanitária no país, e também inflou uma crise política, econômica e social, que tende a afetar a população que se encontra em situação de pobreza e extrema pobreza, que encontra o sistema político polarizado, desarticulado e submerso no patrimonialismo vinculado ao conservadorismo e o neoliberalismo. Deste modo, o presente trabalho busca compreender a partir do recorte metodológico do território, elegendo a região de saúde de Cruz das Almas como objeto de estudo, o impacto na população em situação de pobreza, a partir do princípio da descentralização do SUS, do (ou não) enfrentamento à COVID-19 nesta região.

Palavras-chave: Coronavírus. SUS. Pobreza

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um movimento contra hegemônico que tinha como objetivo mudar as condições de vida dentro do processo de mudança da saúde, dentre eles a defesa da saúde pública como um direito de todos e dever do estado. Antes da promulgação da Constituição de 1988, o modelo hegemônico era o médico-assistencial privatista (PAIM, 2009), cujo objetivo final era a obtenção de lucro, associada à estrutura previdenciária. A saúde era reduzida ao tratamento de doenças ignorando outras variáveis como o trabalho, alimentação, renda, saúde, saneamento básico, moradia, educação e transporte, como pautado pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 como os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história do país, a partir do momento em que os direitos sociais se tornaram fundamentais dentro do território nacional. A grande questão é que este momento é extremamente contraditório, ao mesmo tempo que foram pautadas as construções das políticas sociais, a América Latina enfrentava o avanço neoliberal em seu território, elencado sobretudo pelas instituições financeiras mundiais.

A política social no Brasil vivenciou uma consolidação no início do século XXI, no entanto o neodesenvolvimentismo posto, estava em contraponto com os pressupostos neoliberais, deste modo o avanço na política social estava limitado ao tripé neoliberal¹. A partir de 2016 a política social-liberal decaiu frente à ascensão da política ultraneoliberal (BRANDT et al, 2020). Esse desenho exacerbado neoliberal, acompanhado do aumento do desemprego e da fragilidade nas políticas sociais, foi o terreno encontrado no Brasil no início da pandemia do COVID-19.

O vírus SARS-Cov-2 é o causador da contaminação do COVID-19, em um momento de calamidade pública e crise sanitária se faz necessário a materialização de políticas públicas eficazes. No entanto, o terreno supracitado não favoreceu um controle efetivo da pandemia, gerando mais de 500 mil mortes no país (BRASIL, 2021), e uma taxa de desemprego de 14,7% (IBGE, 2021).

Outro fator determinante no avanço da pandemia foi a atuação do governo federal no enfrentamento ao coronavírus. Desde o princípio um posicionamento reducionista e negacionista foi instaurado com relação aos possíveis desdobramentos oriundos do COVID-19. O princípio da descentralização da política de saúde surge no sentido da regionalização do SUS, para que as particularidades territoriais fossem compreendidas na atuação do sistema. Para a materialização desse princípio os três níveis de gestão precisam se articular para atender as demandas da política que é universal e cuja coordenação nacional é de responsabilidade do

¹ Focalização, privatização e descentralização

governo federal. Neste sentido, na ausência da efetividade do Ministério da Saúde, coube aos estados e municípios adotarem medidas para o enfrentamento a COVID-19.

O presente estudo está direcionado ao desenho da política social de saúde do Brasil, bem como o seu desmonte e impasses ocasionados pela pandemia. O conceito de saúde trabalhado neste artigo, é dentro da perspectiva ampliada fruto da Reforma Sanitária Brasileira, pautado na VIII Conferência Nacional de Saúde, que concebe a saúde para além do que foi posto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com isso, tendo em vista os fatores condicionantes e determinantes da saúde, o artigo tem como objetivo analisar os impactos da pandemia do COVID-19 em uma região de saúde presente em um território de identidade específico no estado da Bahia. A investigação é motivada pela necessidade de compreender os desdobramentos causados para além do tratamento à COVID-19.

O Território de Identidade (TI) do Recôncavo da Bahia² é marcado pela sua diversidade cultural, mas também pela alta taxa de pobreza. O Programa Bolsa Família (PBF) que faz parte da Política Social de Assistência Social é destinado para famílias que estão na pobreza ou na extrema pobreza, 40,75% da população desse TI (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2021) é beneficiária do PBF. Com o desmonte das políticas sociais, associado ao avanço da doença no país, se faz necessário compreender o atendimento das pessoas em situação de pobreza no âmbito da política social de saúde, em contexto de pandemia, da região de saúde de Cruz das Almas.³

Metodologia

O presente trabalho é financiado pelo CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). O percurso metodológico foi iniciado a partir de uma revisão bibliográfica e documental. A análise dos documentos foi alicerçada ao levantamento de categorias como pobreza, seguridade social, direitos sociais e o neoliberalismo.

Este trabalho surge como um subproduto do projeto macro denominado de “As Políticas de Seguridade Social no Enfrentamento aos Impactos da COVID-19 na População em Situação de Vulnerabilidade e Pobreza no Recôncavo Baiano”, que tem como objetivo identificar e caracterizar as ações das políticas de seguridade social adotadas pelas instituições governamentais no enfrentamento dessas expressões da questão social, após a pandemia do coronavírus em 2020 no Recôncavo da Bahia.

² Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muniz Ferreira, Muritiba, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Félix, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara e Varzedo (SEI, 2016).

³ Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muritiba, São Félix e Sapeaçu (BAHIA, 2012)

Dentro desse projeto, emerge então o plano de trabalho, utilizado como base para a construção deste artigo, “A Política Social de Saúde e o atendimento à população em situação de pobreza e vulnerabilidade no Recôncavo Baiano pós a Pandemia do Coronavírus (COVID-19)”.

No primeiro momento o objetivo era compreender essas categorias tendo como recorte metodológico todo o Recôncavo Baiano, no entanto a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) possui uma divisão distinta para a organização do Sistema Único de Saúde. Com isso, os municípios compreendidos dentro desse TI encontram-se fragmentados em três regiões de saúde, portanto, para fins metodológicos, a região de saúde de Cruz das Almas foi escolhida por englobar 40% dos municípios do TI e pelos os outros 60% estarem fracionados em outras duas regiões⁴, associadas com outros vinte (20) municípios, dificultando para fins deste estudo a compreensão da descentralização da política social de saúde do TI Recôncavo da Bahia.

Após o recorte metodológico feito, algumas categorias de análise foram postas para apreciação para embasar a construção da pesquisa. Categorias como política social, pobreza, território e política de saúde foram essenciais para fundamentar a pesquisa. Foi realizada uma revisão bibliográfica inicial sobre o debate histórico da política social, para compreender como nasce a ideia da política social e seu pensamento e finalidade ambígua. Na sequência, a compreensão do conceito de pobreza, bem como a realidade das pessoas em situação de pobreza de um território específico, neste caso o Recôncavo da Bahia, com ênfase nos municípios que compõem a Região de Saúde de Cruz das Almas segundo a Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). E por fim a análise territorial, levando em consideração as particularidades do território, sobretudo em tempos de pandemia, enfatizando o atendimento na política de saúde da população em situação de pobreza no território.

Política de Saúde x Neoliberalismo

A política social é dada dentro da contradição, que não deve ser concebida na perspectiva dualista, na realidade, a política não atende somente a uma classe ou grupo específico, ela é ambígua

Na realidade, ela tem se mostrado simultaneamente positiva e negativa e beneficiado interesses contrários de acordo com a correlação de forças prevalecente. É isso que torna a política social dialeticamente contraditória. E é essa contradição que permite à classe trabalhadora aos pobres em geral também utilizá-la a seu favor. (PEREIRA, 2009)

⁴ A região de saúde de Santo Antônio de Jesus atende 22 municípios, sendo 9 cidades integrantes do Recôncavo. E a região de saúde de Salvador, atende 10 municípios no total e 3 municípios do Recôncavo (BAHIA, 2012)

À luz do debate da política social é possível compreender que a política de saúde, dentro dessa conjuntura, se encontra no centro da disputa hegemônica de forças, que ora atende a população, e ora atende ao capital.

O neoliberalismo como pautado por Harvey (2005) ocorreu como o movimento simultâneo em diversos países, através de figuras emblemáticas, como Deng Xiaoping na China, Paul Volcker e Ronald Reagan nos Estados Unidos e Margaret Thatcher na Inglaterra, sintetizado pela intervenção mínima do Estado no mercado. Na América Latina as teorias neoliberais ingressaram primordialmente no Chile, com a influência da Escola de Chicago (The Chicago Boys).

No Brasil, um país de capital tardio, a entrada das teorias neoliberais, ocorreu na década de 1990. O final do século XX foi marcado por uma série de reformas econômicas, e os três princípios do neoliberalismo foram amplamente vislumbrados no Brasil. Como supracitado, a política social é dada em meio a contradição, a consolidação da política de saúde não foi diferente.

O Sistema Único de Saúde apresenta a contradição da influência neoliberal, sustentada pela entrada de capital estrangeiro e também pela intervenção das organizações financeiras mundiais, no país, na legislação e também na materialização. A legislação como supracitado apresenta um conceito ampliado de saúde, que ultrapassa a configuração posta do atendimento exclusivo à doença. O alcance da saúde é necessário uma articulação em rede com outros serviços essenciais, como desenvolvido pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)

[...]execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

O SUS como uma política abrangente e universal se propõe a desenvolver ações destinadas a essa redução de riscos de doenças, no campo econômico e social, bem como identificar quais são os fatores determinantes e condicionantes para a saúde da população e também a promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo. Deste modo, a política de saúde incorpora a sua atuação, campos negligenciados como a vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a perspectiva da assistência terapêutica integral e farmacêutica.

A população brasileira passa a ter como direito a implantação do saneamento básico, a segurança alimentar através da vigilância nutricional, fiscalização de alimentos, bebidas e também da água. Além disso, substâncias que são utilizadas para a garantia da saúde e também elementos que podem prejudicar a integridade sanitária passam a ter um controle mais específico, um exemplo disto é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Ainda na Constituição Federal de 1988 a política de saúde nasce com três diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Na LOS a descentralização é destrinchada, tendo como objetivo a regionalização e a hierarquização da política, apresentando a responsabilidade dos três níveis de gestão, sendo a esfera máxima o Ministério da Saúde. A normativa apresenta a necessidade da articulação das gestões para, inclusive, situações emergenciais, como por exemplo a pandemia que teve início em 2020.

A direção nacional do SUS, que compete ao Ministério da Saúde, regula o sistema como um todo, e estabelece o planejamento estratégico nacional, como posto pela Lei Orgânica da Saúde. Apesar da descentralização, a coordenação no nível macro é de responsabilidade da União.

Como contraponto do avanço neoliberal, a legislação propõe a inclusão do serviço privado como complementar ao serviço público. A estrutura focal, privatista e descentralizada da política neoliberal impôs de modo sutil a incidência do desmonte da política, de maneira a direcionar o atendimento para a população em situação de pobreza e extrema pobreza, conduzindo a população de maneira forçada, a partir do desfinanciamento, fora dessa estrutura, mas que pertence a classe trabalhadora a buscar atendimento das clínicas e hospitais particulares, a partir dos planos de saúde acessíveis como pautado por Mariano e Pereira (2018)

Tais características e deveres estatais, no caso dos planos de saúde populares ou acessíveis, são violadas a olhos nus, pois essas propostas são dirigidas a uma camada empobrecida da sociedade, bem como àquela que não dispõe mais de recursos para arcar com os planos de saúde privados convencionais e que, por isso mesmo, tanto uma como a outra deveria logicamente migrar e ser usuária do SUS. (p. 121)

Para além dessa estrutura, a instância privada participa desse fenômeno através da administração de alguns equipamentos do sistema de saúde pública, com isso os serviços entram na lógica do mercado, gerando a precarização do trabalho, a partir de relações de trabalho flexíveis que geram a descontinuidade e rotatividade nos postos de trabalho. O atendimento que deveria ser centrado no usuário e no atendimento integral, entram na dinâmica analítica em busca de resultados, indo de encontro a análise necessária para o processo de avaliação das políticas sociais

Nesse sentido, a análise e avaliação de políticas sociais ultrapassam a mera disposição e utilização primorosa de métodos e técnicas racionais e operativos, preocupados com a relação custo-benefício ou com a eficiência e eficácia. A avaliação de políticas sociais deve se situar na compreensão do significado do papel do Estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia. (BOSCHETTI, 2009, p. 5)

A partir de 2016 o cenário passa a incorporar alguns agravantes como a Emenda Constitucional nº 95/2016 que “dispõe sobre a alteração do ato das disposições constitucionais

transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal (NFR), e dá outras providências” (BRASIL, 2016). O pressuposto do NRF é o controle do gasto estatal, no entanto essa estrutura se associa à ideia da política de austeridade, que consiste na redução, sobretudo de gastos sociais.

A EC 95/16 substituiu as vinculações, os atrelamentos à receita, durante o período de sua vigência, determinando que os gastos sejam calculados tomando por base a despesa do ano anterior, reajustado pelo IPCA; em outros termos, inexistirá aumento real de investimentos para a saúde pública pelos próximos 20 anos, ainda que o PIB venha a crescer, ainda que a arrecadação aumente. (FERREIRA e TUPIASSU, 2019, p. 345)

Na sequência a Reforma Trabalhista foi aprovada através da Lei nº 13.467/2017 que influencia diretamente no sistema de Seguridade Social a fim de flexibilizar as relações de trabalho, modificando a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Deste modo, a personificação da austeridade através de medidas como o Novo Regime Fiscal, a Reforma Trabalhista e também a Reforma da Previdência, a Emenda Constitucional nº 103/2019, influencia diretamente na política de saúde.

Além do controle de gastos, a precarização das relações de trabalho e também a garantia dos direitos que permeiam a previdência social, o terreno considerado ultraneoliberal impacta diretamente na vida da sociedade brasileira, sobretudo nas pessoas que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza, ferindo, desse modo, os artigos iniciais da Lei nº 8.080/1990.

Saúde e o COVID-19 no Brasil

Foi dentro desse cenário de austeridade aqui no Brasil que o vírus Sarvs-CoV-2 foi descoberto na China no final de 2019, em virtude de uma série de entradas nos hospitais da cidade de Wuhan de pessoas com sintomas semelhantes. Posteriormente o vírus foi disseminado por todo o mundo, sendo considerado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia.

O coronavírus, como ficou popularmente conhecido, ganhou uma proporção em virtude do seu alto índice de transmissão e letalidade, sobretudo em pessoas idosas ou com comorbidades preexistentes. Uma das opções consideradas eficientes para o controle da transmissão foi a proposição do distanciamento social, ocasionando a diminuição da circulação de pessoas.

O primeiro caso de COVID-19 chegou ao Brasil em março de 2020. Essa contaminação comunitária se deu posteriormente aos países de capitalismo central, que instauraram em sua

maioria um *lockdown*, com o fechamento de fronteira, porém no Brasil, a realidade foi distinta. A população inicialmente minimizou os possíveis desdobramentos da COVID-19 em virtude da postura adotada pelo governo federal enquanto algo passageiro e indolor.

Além da necropolítica⁵ (MBEMBE, 2018) adotada pelo Estado, a partir da política de austeridade, o negacionismo posto, ocasionou mais de meio milhão de mortes em virtude de uma doença que possui vacinas para minimizar os sintomas e gravidade. O discurso utilizado apresenta incoerências, sobretudo com a própria ciência. O Ministério da Saúde, que foi alvo de uma alta taxa de rotatividade de ministros, criou o chamado “kit covid”⁶ utilizado em pacientes que estavam hospitalizados na rede pública, no entanto os medicamentos além de não tinham, inicialmente, comprovação de eficácia e posteriormente foi comprovada a ineficácia, ainda assim foram gastos cerca de 250 milhões (BRASIL, 2021) com essas medicações.

A morte de mais de meio milhão de brasileiros, e os 19 (dezenove) milhões de casos no território brasileiro, atrelado ao índice de 14,7% de desempregados, constata uma crise sanitária e econômica causada pela administração equivocada, ausência de políticas econômicas e sociais para o controle dos danos gerados não só pela pandemia, mas pelo terreno encontrado por ela como supracitado.

Deste modo, coube aos estados e municípios o controle da pandemia. O consórcio do Nordeste, criado em 2019, foi uma ferramenta utilizada pelos governadores da região como forma de articulação para o controle da pandemia.

[...] o Consórcio compôs um conjunto de produtos próprios e originais, desenvolveu instrumentos e estratégias de adesão e implementação nos estados e municípios e estabeleceu um processo permanente sob sua governança – a gestão da plataforma eletrônica. Todos os estados assinaram os Termos de Cooperação para implementação das estratégias sendo que, até a produção desse artigo, oito deles estavam implementando ao menos uma das estratégias. Os dados compartilhados e reunidos na IPES alimentam também a construção de modelos matemáticos e epidemiológicos para as análises e proposições do Comitê Científico. (Fernandez e Pinto, 2020)

Esse movimento oportunizou um controle da pandemia em termos do avanço da doença, ainda muito distante do ideal, mas a pandemia na Bahia atingiu letalmente cerca de 0,17% da população do estado em comparação a 0,26% da população do país. Essa realidade, ainda dolorosa, só foi reduzida em virtude do controle dos municípios e do estado da circulação de pessoas e do comércio.

⁵ O conceito de necropolítica está associado à definição proposta pelo estado sobre quem vive e quem morre e apesar de ser construído tendo como plano de fundo o contexto africano, possui semelhanças com a estrutura brasileira.

⁶ Composto por medicamentos como: Ivermectina, Azitromicina, Cloroquina e Hidroxicloroquina.

Na região de saúde escolhida como recorte para o estudo, a porcentagem de pessoas mortas pela COVID-19 foi de 0,07%. Em contrapartida, como mencionado anteriormente, a saúde não pode ser medida através do atendimento à saúde x doença, outras variantes são fundamentais para garantir de fato a saúde da população.

O fechamento dos setores não essenciais, o aumento constante do número de casos e mortes, e a incerteza de trabalhadores informais e de pessoas que perderam os seus empregos nessa conjuntura, inflaram a necessidade de ação por parte do governo federal. Em termos de proteção social específica para lidar com os impactos do coronavírus, o Governo Federal em 02 de abril de 2020 promulgou a Lei nº 13.982, definindo então parâmetros e critérios para a criação do Auxílio Emergencial.

O programa de transferência de renda, dentro da perspectiva da focalização, destinado a trabalhadores informais, desempregados e beneficiários do bolsa família, foi uma das poucas ações criadas para o enfrentamento à COVID-19 no âmbito socioeconômico.

A transferência de renda é como um incentivo ao acesso a políticas universais estruturantes, principalmente nas áreas da saúde, educação e trabalho [...] Essas contrapartidas são o mínimo que às famílias precisam cumprir para poder continuar a participar dos programas e receber a renda oriunda deles, mas somente a transferência de renda não é o suficiente para que estas famílias superem a condição de pobreza que se encontram, são necessárias outras ações que paralelamente as contrapartidas, possam garantir condições de superação da pobreza (RUSCHEL et al, 2015)

O benefício foi criado com o valor inicial de 200 reais, sendo ampliado pela câmara para 600 durante três meses, entretanto com a manutenção da pandemia ele foi estendido e posteriormente reduzido ainda em 2020⁷. Cerca de 38% da população da região de saúde utilizada como plano de fundo do trabalho foi beneficiária do programa.

No aspecto socioeconômico o estado da Bahia foi fortemente impactado pelo avanço do coronavírus no país. O estado ocupou o terceiro lugar em taxa de desocupação da população, com aproximadamente 19,8% (IBGE, 2020), paralelo a esse fenômeno cerca de 96 mil pessoas ocupadas e afastadas deixaram de ser remuneradas pela sua ocupação. O aumento do desemprego e a necessidade de fonte de renda impactam a sociedade baiana consolidando o crescimento de 0,8% na taxa de ocupação informal (SEI/BA, 2020).

O modelo de desenvolvimento econômico brasileiro tem como lastro uma regressiva distribuição de renda e uma redução gradativa do poder aquisitivo dos trabalhadores, somado a isso, no meio rural persistem as grandes propriedades rurais (latifúndios) e a falta de políticas

⁷ De maneira objetiva, o estudo se concentrou em realizar essa breve análise apenas com o benefício de 2020, em virtude da série de mudanças na obtenção do benefício em 2021.

públicas que fomentem a geração de renda e emprego para as famílias. Essas características estruturam e modelam as relações de trabalho nos diferentes territórios brasileiros.

Ademais as grandes diferenças de rendas e de acesso ao trabalho ou emprego em função da sua origem, etnia, gênero, localização geográfica, escolaridade, etnia ou raça e um setor informal de dimensão gigantesca materializam um mercado de trabalho e de ocupação laboral dual, no qual poucos têm acesso aos direitos trabalhistas conquistados historicamente e muitos são submetidos a relações e vínculos de trabalho sem nenhum tipo de proteção trabalhista ou social, e no recôncavo da Bahia esses elementos de precarização dos vínculos de trabalhos e desemprego estão presentes na vida cotidiana da maioria da sua população.

A Secretaria de Planejamento do estado da Bahia reconhece 27 territórios de identidade⁸, os municípios foram agrupados conforme as suas especificidades e correlações e tem como objetivo elaborar uma caracterização socioeconômica e ambiental para a partir disso agregar informações de cada TI para atender à demanda dos municípios e subsidiar o planejamento estadual, segundo informações disponíveis no site da SEPLAN/BA. E nesse artigo usaremos essa divisão territorial como referência dada a existência de informações sistematizadas sobre o desemprego e pobreza no recôncavo e outros territórios.

No recôncavo da Bahia percebemos que as cidades que o integram são de pequeno porte⁹, conseqüentemente o comércio em sua maioria é composto por pequenos empresários e com isso sofrem diretamente com crises econômicas, aumentando ainda mais os impactos desse aviltante cenário de desocupação e ausência de renda, e com isso outras políticas sociais são demandadas pela população na busca por proteção dos riscos decorrentes da diminuição ou ausência total de renda.

Região de Saúde de Cruz das Almas

A região de saúde de Cruz das Almas engloba 9 (nove) municípios, sendo 8 (oito) deles pertencentes ao Território de Identidade do Recôncavo da Bahia. A discussão territorial está intrínseco à discussão de política social

⁸ Irecê, Velho Chico, Chapada Diamantina, Sisal, Litoral Sul, Baixo Sul, Extremo Sul, Médio Sudoeste da Bahia, Vale do Jiquiriçá, Sertão do São Francisco, Bacia do Rio Grande, Bacia do Paramirim, Sertão Produtivo, Piemonte do Paraguaçu, Bacia do Jacuípe, Piemonte da Diamantina, Semiárido Nordeste II, Litoral Norte e Agreste Baiano, Portal do Sertão, Sudoeste Baiano, Recôncavo, Médio Rio de Contas, Bacia do Rio Corrente, Itaparica, Piemonte Norte do Itapicuru, Metropolitano de Salvador e Costa do Descobrimento.

⁹ Menos de 50 mil habitantes, segundo a divisão estabelecida pelo IBGE.

Pensar o trabalho social na perspectiva territorial coloca de saída um desafio metodológico, pois significa trilhar o fio da navalha entre a necessidade de parâmetros no âmbito de uma política pública e, ao mesmo tempo, a condição imposta pela própria realidade brasileira em relação às diversidades e particularidades socioterritoriais e culturais. (KOGA, 2015, p. 28)

O Recôncavo Baiano foi o primeiro recorte realizado, como supracitado, escolhido em virtude da sua diversidade cultural e os seus nuances no âmbito social e econômico. O Território de Identidade do Recôncavo da Bahia é caracterizado geograficamente pelas cidades que se encontram em torno da Baía de Todos os Santos. Composto por 20 municípios¹⁰, o Recôncavo da Bahia é marcado pelo seu peso histórico e cultural, atravessado pelo período colonial no Brasil.

Esse território durante a colonização do país, teve o plantation como modelo de organização (NARDI, 2013), tendo como base a mão de obra escrava africana, para o cultivo, primordialmente, da cana de açúcar e do fumo.

Com o avanço tecnológico, sobretudo no cultivo do fumo, a competição internacional ocasionou uma crise nesse setor (COELHO, 1999). E a substituição dos engenhos pelas usinas findou o bônus competitivo dessa região (ALVES, 2019). Com isso, a economia da região se concentrou no setor de comércio e serviços (SEI, 2015).

A situação socioeconômica desse território de identidade antes da pandemia enfrentava grandes desafios para a sua população. Com a pandemia e a diminuição do crescimento econômico, demissões e aumento da informalidade, se faz necessário uma análise quanto à importância dos programas de transferência de renda.

O auxílio emergencial, considerado o maior programa de transferência de renda do mundo, foi aliado ao Programa Bolsa Família já existente. A partir dos dados do PBF e do CadÚnico é possível mapear a situação de pobreza e extrema pobreza do território de identidade.

Segundo estimativa do IBGE (2021) a população aproximada do Recôncavo da Bahia é de cerca de 615.946 habitantes dentre os vinte municípios. Retomando o índice de pobreza¹¹, esse TI, possui 251.024 pessoas que se encaixam nesse indicador, distribuído em 4665 famílias aproximadamente, ou seja, 40,75% das pessoas do território de identidade do Recôncavo da Bahia se encontram em pobreza ou extrema pobreza (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2021).

Quando é feito o recorte a partir dos municípios pertencentes à região de saúde de Cruz das Almas esse número sobe para 43%, abrangendo um pouco mais de 100 mil pessoas em

¹⁰ Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muniz Ferreira, Muritiba, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Félix, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara e Varzedo.

¹¹ Renda de R\$120 per cápita e de extrema pobreza R\$60 per capita

situação de pobreza ou extrema pobreza. O conceito de saúde ampliado debatido neste material, compreende, assim como a própria legislação estruturante da política, os fatores determinantes e condicionantes da saúde, que em tempo de desmonte é pouco atendido pelo Estado.

Dada a crise sanitária, um número expressivo de pessoas da região de saúde estão expostas à pobreza, que interfere na promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família. Beveridge em 1942, considerado um dos primórdios da proteção social, trouxe a necessidade combater os cinco gigantes que devem ser combatidos: a fome, a doença, a miséria, a ignorância e a ociosidade. A fragilidade do sistema de proteção social brasileiro em tempos de avanço do ultraneoliberalismo expõe a população desta região nitidamente a doença, a fome e à miséria, a partir da ignorância predisposta do capital ao sistema de exploração.

Considerações finais

A pesquisa encontra-se em andamento, no entanto ao longo do processo foi possível identificar alguns aspectos dentro do recorte metodológico supracitado. A desarticulação¹² entre os três níveis de gestão dificultou o enfrentamento à COVID-19. O coronavírus gerou uma crise sanitária no mundo em virtude da sua complexidade de resolução, alta taxa de transmissão e também de letalidade. O poder executivo nacional que deveria buscar mecanismos de enfrentamento à Covid-19 minimizou os impactos da doença, com isso o processo de aquisição das vacinas foi lento, além disso o Ministério da Saúde tornou-se um órgão instável, com rotatividade de comando¹³ e com orientações desarticuladas e/ou confusas para os demais entes federados. Um dos desdobramentos disso é a instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, para levantar e responsabilizar as ações que viabilizaram o avanço da pandemia no Brasil.

A ausência dessa coordenação nacional, associada ao perfil da população desse território, e a fragilidade do sistema de proteção social existente, prejudicam ainda mais a superação da pandemia. A atenção primária, à vigilância sanitária e epidemiológica dos municípios precisaram desenvolver ações para o enfrentamento, tendo como terreno o desfinanciamento¹⁴ das políticas sociais. A inserção do plano de vacinação com as demais

¹² O governo federal adotou uma política negacionista desde o início da pandemia e isso dificultou o enfrentamento à COVID-19. Coube aos estados e municípios aderirem políticas efetivas aliadas às orientações da Organização Mundial da Saúde, inclusive com relação à quarentena.

¹³ Quatro pessoas ocuparam a pasta em dois anos e meio.

¹⁴ Exemplificado pela Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016 que congela o teto dos gastos públicos impactando principalmente nas políticas sociais.

funções executadas antes da pandemia, a partir da ausência de articulação entre os níveis de governos, geradas pela polarização, acarretou uma dificuldade de superação do vírus mesmo em municípios de pequeno porte com uma circulação reduzida de pessoas (*lockdown*).

A nova morfologia de desproteção social e desemprego em um contexto de pandemia afeta a população desse território de diversas maneiras e, em 2021 a ausência de medidas de transferência de renda como foi o auxílio emergencial demonstra mais uma vez que o poder público estatal ignora o cenário e as adversas condições de vida que a população rural e urbana desse território enfrenta, além da crise sanitária provocada pela pandemia, existe no ar uma sensação de estar à deriva, ou seja, sem fonte de renda e sem perspectivas de acesso ao trabalho, para muitas pessoas ainda considerado o mecanismo principal de inserção social que confere identidade social e sociabilidade no marco de uma construção coletiva e única possibilidade de renda para viabilizar a sua sobrevivência e da sua família.

Ações de cunho municipal e estadual fizeram a diferença para o não colapso do sistema de saúde na região de saúde de Cruz das Almas. Adoção de barreiras sanitárias, utilização das redes sociais para informar acerca das atitudes preventivas, instalação de pontos de desinfecção, ampla testagem, criação ou designação de centros de referência para o Covid-19, são alguns dos exemplos, acrescidos de legislações locais para o controle da circulação de pessoas entre os municípios e dentro dos municípios.

A atuação do Consórcio Nordeste, cujo a Bahia faz parte, foi um dos pontos cruciais para o auxílio no combate ao Coronavírus, que garantiu a ampliação das discussões e tomada de decisões assertivas sobre o controle da pandemia, esse Consórcio em parceria com o Projeto Mandacaru desenvolveu uma plataforma que divulga dados sobre o avanço da doença nos estados da região nordeste, no país e no mundo, uma vez que acesso à informação nessa conjectura é de fundamental importância. Os estudos feitos até aqui apontaram que para o enfrentamento da atual crise sanitária instâncias como essa, articuladora de ações, são imprescindíveis.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti.; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

Boletins anuais da CAGED. Disponível em: <<https://www.sei.ba.gov.br/>> Acesso em 10 de fevereiro de 2021

BRANDT, Daniele Batista; CISLAGHI, Juliana Fiuza. Desmonte e Financerização da Seguridade Social em Tempos de Pandemia. In: MAURIEL, Ana Paula Ornellas. Crise, Ultraneoliberalismo e Destrutuação de Direitos. Uberlândia: Navegando, 2020. p. 159-180

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acessado em 30 jul. 2021]. Disponível em: Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

Carta de Conjuntura. Disponível em: <<https://www.sei.ba.gov.br/>> Acesso em 30 jul de 2021

COBO, Barbara. Políticas Focalizadas de Transferência de Renda: Contextos e Desafios. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

COUTINHO, C.N. Contra a Corrente: Ensaio sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego. Rio de Janeiro. 2021

PAIM, Jarnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008a. p. 547-573.

____ Jarnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008b. 356p.

____ Jarnilson Silva. O que é o SUS. FIOCRUZ, 2009. 148p

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. São Paulo, 2018.

Pereira, Potyara Amazoneida, Política Social: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2009

NARDI, Jean Baptiste. Recôncavo baiano: entre teorias e práticas do desenvolvimento territorial. *Olhares Sociais*, Cruz das Almas, v. 01, n. 02, p. 167-192, maio 2013.

RUSCHEL, Mariele Stertz *et al.* Os Programas de Transferência de Renda no Brasil e a Institucionalização do Programa Bolsa Família. In: Seminário Nacional De Serviço Social, Trabalho E Política Social, 1., 2015, Florianópolis. **Anais [...]** . Florianópolis: UFSC, 2015. p. 1-9.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016.