

Pandemia da Covid-19 no contexto de desigualdade regional¹

Giliad de Souza Silva

Doutor em Ciências Econômicas

Instituto de Estudos em Desenvolvimento Agrário e Regional

Pesquisador do “Grupo de Estudos: Política, Economia e Dinâmicas Minerárias” - GPEM

Coordenador do “Laboratório de Contas Regionais da Amazônia” - Lacam

Considerações iniciais

O mundo hoje vive uma diferente realidade, com a disseminação de um novo coronavírus, o Sars-CoV-2. Este vírus criou uma nova doença para os seres humanos, o Covid-19, e tem apontado para saúde pública dos países uma exigência descomunal. Está sendo cobrado leitos de UTIs, testes de diagnóstico de doenças, equipamentos de proteção individual, equipamentos hospitalares, dentre outros. Mesmo tendo origem no interior da China, com alertas feitos ainda no final de dezembro de 2019, houve uma rápida disseminação para o mundo, alçando o patamar de pandemia, em 11 de março de 2020, conforme a Organização Mundial da Saúde. E as exigências para o sistema de saúde para o resto do mundo deu-se de modo similar. Não seria diferente para o Brasil, a região Norte ou o estado do Pará. Olhar para a ocupação dos leitos pode indicar o nível desta exigência.

Uma previsão elaborada por pesquisadores² da Unb e Fiocruz, indicou que em 11 de maio de 2020 a capacidade das UTIs do Pará entraria em colapso, isto é, chegaria a 100% de ocupação. Em 15 de abril de 2020, o estado noticiava que tinha apenas 16 leitos de UTI vagos para tratamento da Covid-19³. Em 20 de abril, o município de Belém registrou que já está com 100% de ocupação das UTIs, ao mesmo tempo que o estado de Pará registrava 97% de ocupação. Isto deixa evidente que, além dos hospitais de campanha entregues e em previsão de entrega pelo Governo do Estado, há ainda muitas ações necessárias. Neste curto texto apresentaremos algumas reflexões que podem auxiliar na construção de propostas.

Relevância de testes

¹ Agradeço o auxílio de Flavia Lisboa, Dyeggo Guedes e Vitor Marinho, isentando-os de possíveis erros.

² Para ver a calculadora de previsão, ver em: <https://covid-calc.org/>.

³ Esta informação foi noticiada pelo site da Globo, em 15/04/2020. Ver em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/04/15/para-tem-apenas-16-leitos-de-uti-vagos-para-tratamento-da-covid-19.ghtml>.

Primeiramente, as dificuldades no acerto da previsão vêm do fato de que o Brasil é um dos países que menos testa no mundo e isto se reflete, com maior ou menor intensidade, em todos os estados da federação. Sem teste, qualquer política pública executada será um tiro no escuro. Não existe qualquer segurança de que a quantidade de casos confirmados ou mesmo de mortes confirmadas por Covid-19 estão próximos dos casos reais. Até o dia 21 de abril de 2020, o Brasil tinha uma proporção de 1,4 testes por milhão de habitantes, atrás de países como Belize, Vietnam e Peru. Muito distante de índices como os de Chile (6,5), Austrália (17,4) e Portugal (27,6)⁴. Países que têm números absolutos de testes e índices de teste por milhão de habitantes consideráveis, coincidentemente, possuem uma grande capacidade interna de produção de reagentes e insumos para a fabricação destes mesmos testes. Este é o caso dos Estados Unidos (4,2 milhões de testes e 12,7 testes por milhão), Rússia (2,2 milhões de testes e 14,7 testes por milhão) e Alemanha (1,7 milhão de teste e 20,7 testes por milhão). É pouco provável que o Brasil possa planejar o atendimento da população e avaliar o impacto das políticas de combate à doença, como as medidas de isolamento, se não houver um grande volume de testes. E não haverá a produção de um grande volume de testes caso o Brasil não expanda a sua capacidade de produção de reagentes químicos e insumos.

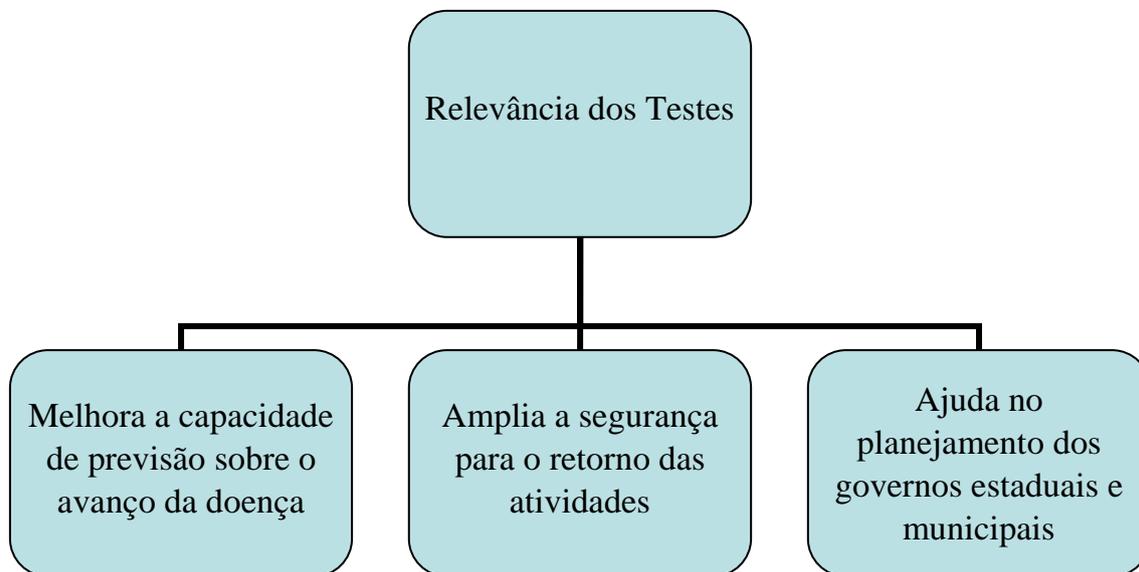
A baixa capacidade de testagem se reflete em subnotificação. As estimativas produzidas Núcleo de Operações e Inteligências em Saúde (Nois)⁵, grupo de pesquisa que reúne pesquisadores da PUC/RJ e Fiocruz, em sua 7ª nota técnica, de 11 de abril de 2020, indicam que apenas 8% dos casos reais da Covid-19 são registrados pelo Ministério da Saúde. No Pará este número é de 6,8%. Segundo estas estimativas, os números reais são 12,5 vezes maiores que os registros oficiais, em relação ao Brasil, e quase 15 vezes em relação ao Pará. Ou seja, os números reais são muito maiores em relação aos dados oficiais produzidos pelos testes e, como consequência, o colapso do sistema de saúde pode ocorrer sem qualquer antecipação devida. Ou pior: o sistema pode entrar em colapso na contramão dos dados oficiais. Este é o cenário do estado do Amazonas e deverá ser do Pará. A construção de um bom planejamento e respostas a altura do problema imposto por esta pandemia exige capacidade de antecipação. A redução das subnotificações é condição necessária para a existência de tal capacidade.

⁴ Esses números foram compilados por um grupo de pesquisadores e compilados no portal <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

⁵ Para maior aprofundamento, ver (Prado, et al., 2020).

Para que isto ocorra, é condição necessária ampliar de modo significativo a produção de testes.

Figura 1: Organograma sobre a relevância dos testes



Elaboração própria

Infraestrutura de saúde e sua relação com a desigualdade regional

Outro elemento que atua colaborando para dificultar o combate à Covid-19, em concomitância com a falta de testes e a subnotificação, é a infraestrutura precária do sistema de saúde. No entanto, cabe registrar que há estudos que apontam para os efeitos nocivos da desigualdade econômica e da vulnerabilidade social para a proliferação de casos e óbitos de Covid-19⁶. No entanto, muito pouco foi dito sobre os efeitos deletérios que a desigualdade regional incide na pandemia. O caso da Itália é exemplar⁷. Mesmo que a origem da doença tenha partido da região da Lombardia (norte do país, parte mais rica), os maiores receios sobre impactos catastróficos repousavam sobre o sul do país (parte mais pobre, com índices sociais similares ao do eixo sul do mundo). Lá a infraestrutura de saúde era muito mais precária em relação ao norte, possuindo, proporcionalmente, menos leitos de UTI e respiradores/ventiladores. É possível traçar alguma similaridade entre este cenário italiano e a realidade brasileira. A desigualdade regional no Brasil é evidente e possui explicações históricas (deixemos tais explicações

⁶ Para ver a discussão sobre os efeitos da desigualdade econômica, ver Carvalho (2020). Para maiores aprofundamentos sobre a discussão de vulnerabilidade social, ver Codeço, et al. (2020).

⁷ Sobre esse tema, ver Mizanzuk; Demori (2020).

para outros textos)⁸. E o que ela promove atualmente é um nível de vulnerabilidade social, desigualdades econômicas e disparidades em infraestrutura desproporcionais. Neste último caso, em específico, tem-se não apenas melhores condições econômicas nas regiões mais centrais do sistema, como melhores condições de saúde. Isto é notório quando analisa-se dois elementos: leitos de UTI e respiradores/ventiladores.

No caso dos leitos de UTI, os dados oficiais mostram que tinha no Brasil, até março de 2020, o total de 30.623 leitos, sendo que pouco menos da metade está no SUS. A média de leitos é de 14,5 por 100 mil habitantes, o que implica dizer que cada leito de UTI existente no Brasil atende em média a 6,9 mil pessoas. Este número é assustador, correto? Agora, quando fazemos a mesma análise para região Norte, que tem 1.348 leitos, a média de leitos é de 7,25 por 100 mil habitantes, no caso, 13,8 mil pessoas por leito. Duas vezes pior do que o quadro médio brasileiro, que já é temerário. Cabe registrar que a quantidade total de leitos da região Norte representa 4,4% dos leitos totais no Brasil, enquanto que sua população representa 8,8% de todos os brasileiros. Quando se investiga essas mesmas informações para o caso do Sudeste, os dados são bem menos piores. Ao total, essa região possui 16.261 leitos, com média de 18,3 por 100 mil habitantes, no caso, 5,5 mil pessoas por leito. Os leitos do Sudeste representam 53,1% do total de leitos no Brasil, enquanto que sua população representa 42% dos brasileiros. O quadro do Pará é ainda mais periclitante, já que, até o mesmo período, possuía 609 leitos, com média de 7 por 100 mil habitantes, significando nada mais que 14,2 mil pessoas por leito (Ministério da Saúde do Brasil, 2020a). Ou seja, os dados brasileiros sobre a estrutura de leitos de UTIs não são apenas ruins, mas desigualmente ruins. Como a Covid-19 demanda em sobremaneira esses leitos e exige que o paciente os ocupe por ao menos 3 vezes mais tempo do que alguém com doenças comuns⁹, não irá tardar o momento em que faltarão leitos, até para pessoas que possam pagar por ele. Esta é uma das razões de a quarentena ser ainda mais imprescindível em um contexto de desigualdade regional.

Esta realidade é similar quando se analisa o caso dos ventiladores de ar médico, ou respiradores. Como a Covid-19 é uma doença que ataca o sistema respiratório e a capacidade pulmonar¹⁰, a demanda por respiradores subiu consideravelmente. Quem tem produção interna passou a restringir exportações e até aos casos extremos de

⁸ Uma introdução para esse tema é possível ver em Revista Rumos (2009).

⁹ Ver Fernandes (2020).

¹⁰ Para entender, sucintamente, os sintomas da Covid-19, ver Iamarino (2020).

confisco de produtos ao chegar nos portos¹¹. Por isto, o caso dos respiradores é ainda mais grave do que o dos leitos. Enquanto que, neste caso, é possível construir novos leitos em hospitais de campanha, no caso dos respiradores só é possível produzi-los com condições industriais mais pujantes. E quem tem um complexo industrial desenvolvido pode executar processos de reconversão, que será discutido abaixo. Neste contexto de dificuldades de aquisição e produção de respiradores, os dados oficiais são bastante alarmantes¹². Até março de 2020, o total de respiradores no Brasil respondia na ordem de 67.005, o que significa que há, em média, 31,7 respiradores por 100 mil habitantes, ou ainda que existe 1 respirador para cada 3.155 pessoas. Só que o efeito da desigualdade regional deixa ainda mais alarmante estes dados para o Norte do país. No mesmo período, a região possuía 3.579 respiradores, o que dá em média 19,2 respiradores por 100 mil pessoas, ou 1 respirador para cada 5.198 habitantes. O caso do Pará é ainda mais trágico em relação à média da região Norte. Para o mesmo período, o estado possuía 1.464 respiradores, significando 16,9 respiradores por 100 mil habitantes, ou seja, 1 respirador para cada 5.924 pessoas. Assim como no caso dos leitos, a situação no Sudeste é bem menos pior. Ao todo, a região possuía 35.035 respiradores, o que representa 39,4 respiradores por 100 habitantes, ou ainda 1 respirador para cada 2.537 pessoas. É uma situação problemática, mas muito menor quando se compara com a região Norte.

Quadro 1: Comparativo de leitos e respiradores, com dados de março de 2020

Leitos				
-	Brasil	Sudeste	Norte	Pará
Média	14,5/100mil hab.	18,3/100mil hab.	7,5/100mil hab.	7/100mil hab.
Média p/ pessoa	1 leito p/ 6,9 mil pessoas	1 leito p/ 5,5 mil pessoas	1 leito p/ 13,8 mil pessoas	1 leito p/ 14,2 mil pessoas
Respiradores				
-	Brasil	Sudeste	Norte	Pará
Média	31,7/100 mil hab.	39,4/100 mil hab.	19,2/100 mil hab.	16,9/100 mil hab.
Média p/ pessoa	1 respirador p/ 3.155 pessoas	1 respirador p/ 2.537 pessoas	1 respirador p/ 5.198 pessoas	1 respirador p/ 5.924 pessoas

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (2020b).

Elaboração própria.

O que fazer?

¹¹ Sobre esse fato, ver Charleaux (2020)

¹² Para acessar os dados, ver Ministério da Saúde do Brasil (2020b)

O que fazer nesse quadro? É sugerível que ocorra, ao menos, dois conjuntos de ações: fortalecimento do complexo industrial da saúde e implementação de medidas que mitiguem a falta de renda. O primeiro conjunto de ações exige um aumento de repasse ao sistema de saúde e hospitalar por parte dos entes federativos (União, estados e municípios). O principal entreve para a União é exatamente o teto de gastos implementado pela Emenda Constitucional 95 que limitou o crescimento real dos gastos discricionários¹³, alcançando as despesas em educação e saúde. Por isto que já tramita no Parlamento a chamada PEC do Orçamento de Guerra¹⁴, que objetiva a criação de um orçamento extraordinário para lidar com a crise da Covid-19.

Outra ação importante é a necessidade de aumentar a produção de equipamentos médico-hospitalares, equipamento de proteção individual e reagentes químicos e insumos para testes para diagnóstico da doença. Isto só é possível estabelecendo que indústrias produzam outras mercadorias distintas daquelas ao qual foram originalmente destinadas. Este processo é conhecido como reconversão produtiva ou industrial. Neste período de pandemia, vários países estão aplicando este procedimento, como no Reino Unido, que recorreu a montadoras, como a Jaguar, Land Rover e Rolls Royce, substituindo a produção de carros por respiradores. Também foi executado nos EUA, mudando a produção de carros, por parte da General Motors, Ford, Toyota, etc. por respiradores¹⁵. Esta ação permite, por um lado, a produção de bens necessários para atender parte da demanda exigida pelo sistema de saúde que já está em colapso. Por outro, manter a atividade produtiva de empresas e a manutenção de alguns empregos, além de geração de renda para este setor. Há exemplos, no Brasil, de reconversão produtiva, como é o caso de algumas empresas de bebidas e perfumaria que passaram a produzir álcool em gel, porém sem qualquer orientação planejada do poder executivo. Uma ação bem coordenada – entre os entes da federação, fundações e setor privado – poderia auxiliar a produção de testes, equipamentos de proteção individual aos profissionais de saúde e à população em geral, peças para a montagem de respiradores, reagentes químicos, dentre outras. Isto possibilitaria tanto construir um complexo industrial da saúde, combatendo falta de testes (e a conseqüente subnotificação) e aliviando as pressões sobre o sistema hospitalar, quanto ativar diversos setores da economia que estão em letargia. Cabe salientar que esta ação ainda é insuficiente, já que

¹³ Sobre uma exposição mais aprofundada da EC 95, ver Mariano (2017).

¹⁴ Sobre a PEC do Orçamento de guerra, ver O Globo (2020).

¹⁵ Esses casos estão descritos em Roubicek (2020).

correria o risco de potencializar as desigualdades regionais e seus efeitos deletérios. Por isto, a reconversão produtiva deve levar em conta a necessidade de fortalecer, nas regiões mais vulneráveis, a capacidade de criação, no mínimo, de equipamentos de proteção individual, testes para diagnósticos e peças para respiradores. Deste modo, teria uma reconversão industrial amenizando as desigualdades regionais.

O segundo conjunto de ações deve levar em conta que, em situação de pandemia, o estabelecimento de quarentena não é uma escolha, mas uma questão imperativa. Sem quarentena, há pressões ainda mais absurdas sobre o sistema hospitalar, disparando internações, retirando as pessoas dos locais de trabalho por motivos de saúde (ou luto) e clientes dos locais de compra, retraindo, como consequência, a renda agregada e a quantidade de produtos vendidos. Não há um dilema entre saúde e economia, porque qualquer ação que não reduza a pressão sobre o sistema de saúde, a consequência é retração econômica. Assim, em um ambiente de pandemia, com ou sem quarentena, haverá redução na renda, produção e demanda. Porém, sem quarentena haverá muito mais mortes e um luto coletivo sem precedentes. Dito isto, há de se reconhecer que, para a população mais vulnerável, é desolador a retração na renda e a demanda pelo fim da quarentena, para esta camada, é para recuperar a perda dos rendimentos. Neste sentido, a aplicação da quarentena só é eficaz se for executada em conjunto com uma série de medidas que mitiguem a falta de renda. Ações como ampliação da renda básica, concessão de crédito subsidiado a micro e pequenos empreendimentos, além da própria demanda pública (e privada) criada pela reconversão produtiva, podem colaborar para reduzir o impacto da perda de renda individual. Prefeituras deveriam suspender, de modo extraordinário, despesas correntes e de capital que não colabore com o fortalecimento do complexo da saúde e de mitigação de falta de renda. Estados (como é o caso de Minas Gerais e Pará) e municípios mineradores (como é o caso de Parauapebas, Canaã dos Carajás e Marabá), que ainda não tiveram os orçamentos afetados pela depressão econômica chinesa (principal demandante de minério de ferro e bauxita do mundo), deveriam replanejar a aplicação da receita oriunda dos royalties do minério, de modo extraordinário, visando aliviar as pressões sobre o sistema de saúde local e mitigar a falta de renda da população mais vulnerável.

Considerações finais

Neste sentido, qualquer ação que vise combater a doença e suavizar o efeito da crise provocada pela pandemia deve levar em conta que é necessário conhecer o problema, em sua plenitude. Não há outro meio senão aumentar drasticamente a quantidade de diagnósticos. Para isto, é imperativo acessar a um montante de testes muito superiores aos que se tem atualmente, para reduzir as subnotificações e poder pensar em retomar algumas atividades não essenciais, como Coréia do Sul e Alemanha têm feito. É necessário também agir de modo urgente no sentido de ampliar a capacidade de leitos de UTIs e adquirir/produzir mais respiradores. A mesma previsão apontada no primeiro parágrafo deste texto também indica que, no pico da pandemia, serão necessários 4 vezes mais leitos de UTIs do que os 609 que tem atualmente no Pará para comportar a demanda. Este caso é muito sério e muitas pessoas não se deram conta disto ainda. Não tardará para termos conhecidos, amigos, amores com a doença. E por causa deles que é necessário toda esta mobilização, por parte do Estado, mas também por parte de cada sujeito. Além de sério, este caso tende a durar alguns anos (e não apenas meses). Entraremos em um novo momento e não será incomum que se fale, de modo mais sistemático, em quarentena intermitente¹⁶. Por isto, se você puder, fique em casa. Convença outras pessoas a terem o mesmo comportamento.

Referências

CARVALHO, L. *Como a pandemia pode aprofundar nossas desigualdades*. Fonte: Nexo Jornal: <https://www.nexojornal.com.br/colunistas/2020/Como-a-pandemia-pode-aprofundar-nossas-desigualdades>. 16 de abril de 2020.

CHARLEAUX, J. P. *A acusação contra os EUA de prática de 'pirataria moderna'*. Fonte: Nexo Jornal: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/07/A-acusa%C3%A7%C3%A3o-contr-a-os-EUA-de-pr%C3%A1tica-de-%E2%80%98pirataria-moderna%E2%80%99>. 07 de abril de 2020.

CODEÇO, C. T.; COELHO, F.; VILLELA, D.; BASTOS, L. S.; CARVALHO, L. M.; GOMES, M. F.; LANA, R. M. *Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras*. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28942/procc-emap-covid-19-reporte2_20200323-vulnerabilidade%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 23 de março de 2020.

¹⁶ Um estudo que apresenta esta previsão e pode ser consultado para maiores aprofundamentos. Para isto, ver Kissler, et al. (2020).

FERNANDES, N. *Coronavírus: o que você precisa saber sobre ter um familiar na UTI*. Fonte: R7: <https://noticias.r7.com/saude/coronavirus-o-que-voce-precisa-saber-sobre-ter-um-familiar-na-uti-16042020>. 16 de abril de 2020.

IAMARINO, Á. *1 Vídeo (5min 37seg). Como são os sintomas da COVID-19?* Fonte: Publicado pelo canal de Atila Iamarino: https://www.youtube.com/watch?v=X_HC8aCrHdA. 8 de abril de 2020.

KISSELER, S. M.; TEDIJANTO, C.; GOLDSTEIN, E.; GRAD, Y. H.; LIPSITCH, M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 2020. Fonte: <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/04/14/science.abb5793>. p. 58–62.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, 4(1), jan/abr de 2017. Fonte: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>. p. 259-281.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Painel de Leitos e Insumos*. Fonte: Mapas dos insumos estratégicos: https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel_leitos.php. 07 de abril de 2020a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Consulta de equipamento do CNES*. Fonte: DataSus: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?. 07 de abril de 2020b.

MIZANZUK, I.; DEMORI, L. *AntiCast 427 – Coronavírus na Itália: o Futuro do Brasil?* Fonte: AntiCast : <https://anticast.com.br/2020/03/anticast/anticast-427-coronavirus-na-italia-o-futuro-do-brasil/>. 25 de março de 2020.

O GLOBO. *Entenda o que é o 'Orçamento de Guerra', que deve ser votado no Senado na próxima semana*. Fonte: O Globo: <https://oglobo.globo.com/economia/entenda-que-o-orcamento-de-guerra-que-deve-ser-votado-no-senado-na-proxima-semana-1-24351403>. 04 de abril de 2020.

PRADO, M.; BASTOS, L.; BATISTA, A.; ANTUNES, B.; BAIÃO, F.; MAÇAIRA, P.; BOZZA, F. *Análise de subnotificação do número de casos confirmados da COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro, 2020. Fonte: https://drive.google.com/file/d/1_wlhqZnGgvqHuWCG4-JyiL2X9WXpZAe3/view

REVISTA RUMOS. *Entrevista com Tânia Bacelar, especialista em desenvolvimento regional*. Fonte: Revista Rumos: <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201512/15134038-201307301602029-20130401115228entrevista-taniabacelar-revista-rumos.pdf>. 2009.

ROUBICEK, M. *Por que a pandemia evoca uma economia de guerra*. Fonte: Nexo Jornal: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/31/Por-que-a-pandemia-evoca-uma-economia-de-guerra>. 31 de março de 2020.