




EDITORIAL

Saúde em tempos de guerra Health in times of war Salud en tiempos de guerra

Thereza Christina Bahia Coelho 

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

A pandemia de COVID-19 continua matando brasileiros e cidadãos de todo o mundo. Ela expôs falhas sistêmicas em todas as áreas sociais e acelerou processos em curso, ampliando as crises violentas do capitalismo, expondo desigualdades sociais, racismo, machismo, homofobia e todo tipo de mal gerado por resquílios autoritários que a cultura humana se recusa a expurgar. Por outro lado, cresce a possibilidade de uma nova ordem mundial multilateral para a qual devemos estar preparados. No campo da saúde coletiva, inúmeras experiências vêm buscando transformações nesse sentido desde o nascimento da Reforma Sanitária Brasileira. O Número 1 do Volume 12 da Revista de Saúde Coletiva da UEFS faz um debate continuado acerca das problemáticas que pressionam o campo, lançando questionamentos, construindo conhecimentos e oferecendo soluções possíveis.

Palavras-chave: COVID-19; Violência; Guerra; Saúde.

Correspondência

Thereza Christina Bahia Coelho
Biblioteca Central Julieta Carteadó
Portal de Periódicos Eletrônicos
Revista de Saúde Coletiva da UEFS
Av. Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte
CEP: 44036-900, Feira de Santana-BA, Brasil.
E-mail: revistasaudefcoletiva@uefs.br

Como citar

Coelho TCB. Saúde em tempos de guerra.
Editorial. Rev. Saúde Col. UEFS 2022; 12(1):
e7264.



EDITORIAL

Em pleno decorrer da maior pandemia registrada na história, o mundo revive a guerra fria em meio à operação militar espacial na Ucrânia, conduzida pela Rússia, sob a justificativa (não entramos aqui em méritos) de conter os avanços da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), trazendo para o registro do Real, o risco de um inverno nuclear, graças à escalada da violência nas relações entre ocidente e oriente.

Entre uma guerra fria e outra quente, com bombas cirúrgicas ultrassônicas produzindo mortos e feridos de pele branca e olhos azuis – que causam grande comoção graças ao fenômeno identitário açodado e ampliado pela máquina de comunicação ocidental manipuladora da opinião pública por meio de grandes conglomerados midiáticos e redes de relacionamento –, uma outra guerra, a das *fakenews*, se expande para atingir países inteiros por meio de simulações, repressão e nazificação de populações, etnias, em proporções ainda não inteiramente dimensionadas.

Nossa questão é que o campo da saúde nunca foi tão desafiado. Diante de todo esse caos produzido por algumas mãos humanas, outras mãos e mentes (nossas) buscam soluções “caseiras”, ou setoriais, sabendo que nossos maiores problemas estão fora de casa, estão nas mãos que dominam certos recursos que fabricam confusão, desinformação e morte, que tomam recursos, subtraem, concentram em lugares escusos. Estamos sempre correndo atrás. Em outros tempos mais alegres, novos aprendizados buscaram prevenir desastres em massa e foram muitos os avanços técnico-organizacionais (graças à ação política construtiva) que o Brasil obteve, em um tipo de aprendizado que deveria ser cuidadosamente guardado, disponibilizado e reciclado. Faço referência particular aos exercícios sanitários preparatórios para Eventos de Massa (EM) desencadeados pelas Copa das Américas, Copa do Mundo e Olimpíadas, que mobilizaram milhares de brasileiros em todo o país, de forma transversalizada, multidisciplinar, interinstitucional e intersetorial. Foram eventos pacíficos, construtivos, a despeito de preparativos para uma guerra de assalto a ser desencadeada com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, no evento denominado Golpe de 2016.

Leiro¹ analisou uma experiência particular exitosa relacionada aos EM pré-Golpe, com o desenvolvimento pela Vigilância Sanitária de ações de planejamento intersetoriais e interinstitucionais visando dimensionar o impacto de tais eventos nos serviços em geral e especialmente, na saúde graças à exposição a riscos derivados da alta concentração de turistas e atletas oriundos de todas as partes do mundo, mas até de outros riscos decorrentes de ações terroristas. Este aprendizado de articulação organizacional mobilizadora de um município (Salvador) envolvido com grandes contingentes sociais se mostra, sobre o olhar atual, de extrema valia caso tivesse sido recrutado para fazer frente à pandemia. Em outros EM que possam advir no futuro, o aprendizado institucional precisa ser resgatado e isso merece ser debatido.

Ainda mais porque, se tem algo que tem funcionado bem, nesses dois anos, tem sido nossas vigilâncias, mesmo diante dos poucos recursos que vem recebendo na partilha do Sistema Único de Saúde (SUS). Em estudo² nosso sobre o financiamento do SUS, de 2009 a 2012, o bloco da Vigilância à Saúde (VS), para o estado da Bahia, apesar de ter tido aumento real (de cerca de R\$ 67,15 milhões para R\$ 89,10 – valores deflacionados), saiu de 3,86% do total para 3,55 do total de receitas federais destinadas ao bloco. Nesse mesmo período, também descreceram os repasses proporcionais para a Média e Alta Complexidade e cresceram os da Atenção Básica, Atenção Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento. Em sua tese de doutorado, Teles³ compara o repasse federal da VS para as capitais brasileiras, nos anos de 2003, 2010 e 2018, corroborando os achados do artigo anterior e ratificando a tendência distributiva do Ministério da Saúde (3,79%, 3,58% e 3,62%). Ou seja, a despeito da sua não priorização (e o financiamento é a maior evidência) em termos de políticas de saúde, que certamente se agravou a partir de 2019, a VS, em especial, a Vigilância Epidemiológica, garantiu a manutenção da qualidade mínima dos dados sobre a pandemia, abastecendo os principais sistemas de informação por meio dos relatórios diários que, inclusive, alimentam a Tabela 1 que apresentamos adiante.

Por outro lado, debates em torno do papel da Atenção Primária na pandemia geram impasses e abrem um mundo de trabalho à frente, pois ainda há muito o que se fazer após esses trinta e alguns anos entre a gestação, parto e desenvolvimento do nosso jovem SUS. O problema não se foi, por isso o debate permanece.

A pandemia no agora: Agora

Embora o objetivo principal desse texto editorial seja apresentar os artigos do número 1, do volume 12, não é possível nos furtar à reflexão sobre o grave momento que se prolonga no tempo como um pesadelo em uma noite sem fim. Inclusive, o uso dessa metáfora nos remete ao inquietante conto ficcional de Isaac Azimov⁴: “O cair da noite”. Em um planeta distante, Lagash, iluminado por seis sóis e por uma aparentemente sólida cultura científica, acontecimentos de ordem maior desencadeiam o medo irracional diante da escuridão. Estamos destinados a nos repetir, a arrastar o passado sem viver o presente, ou podemos nos tornar o que somos, criadores de nós mesmos?⁵

Freud^{6,7} também abordou essa compulsão profunda, que viria a ser uma exteriorização orgânica da inércia, mas o fato é que tendemos a desprezar o que desconhecemos, e a não querer saber o que sabemos, por isso repetimos. Então, simplesmente, não temos noção de onde essa loucura bélica geral vai nos levar. Apenas lutamos com um olho aberto e outro fechado, ou com uma face virada para a frente, outra para trás, como o Janus romano, deus ambíguo das transformações.

Ou, nos concentramos nesse agora e fazemos acontecer o debate no espaço democrático que instauramos a cada publicação.

O Brasil registrou o primeiro caso de COVID-19, em 26 de fevereiro de 2020, tendo o primeiro óbito ocorrido menos de um mês depois, em 12 de março, em São Paulo, 4 dias antes da data anunciada pelo MS, na época. Em editorial⁸ publicado por nós, em 14 de maio do mesmo ano, pico da pandemia do COVID-19, com 12.461 mil óbitos, acreditávamos estar perto do pico pandêmico, com 12.461 mil óbitos, no Brasil, e ressaltamos as iniciativas acadêmicas de acompanhamento do fenômeno e traçamos um panorama das “candidatas” a vacina contra COVID-19, com suas fases de estudos clínicos.

Goede⁹ considera que a pandemia de COVID-19 expôs diversas falhas sistêmicas em todas as áreas sociais e **acelerou processos em curso**, incluindo na saúde e na forma das famílias levarem suas vidas. Para esse autor, o “retorno ao normal não seria uma opção”. De fato, o tipo de liderança mundial exercida pelos Estados Unidos da América (EUA) “erodiu” a qualidade da sua democracia gerando crises sucessivas e expondo realidades internas como a desigualdade social e o racismo. Por outro lado, cresce a possibilidade de uma nova ordem mundial multilateral, com vários polos econômicos e políticos com a ascensão da China, mas que poderia levar a uma nova Guerra Fria.

Esta análise tem se mostrado bastante acurada à luz dos desdobramentos recentemente vivenciados que já produziu a morte de cerca de 2 mil civis, e desde 24 de fevereiro de 2022, na Ucrânia, migração de aproximadamente, 4,869 milhões de refugiados para países vizinhos, segundo a Organização das Nações Unidas¹⁰, além das movimentações populacionais internas em torno de 7 milhões de pessoas que buscaram escapar de bombardeios e/ou abordagens militares ou paramilitares violentas. Em todo o planeta, o número estimado de refugiados, até 30 de junho de 2020, era de 53,474 milhões, sendo que, até essa data, 6 milhões de ucranianos já haviam deixado o país. Ou seja, antes da guerra, o que mostra uma situação de tensão anterior à investida da Rússia. Esse deslocamento em massa de populações, no inverno europeu, com a pandemia ainda ativa pode trazer outros desdobramentos que, há dois meses, teriam total atenção midiática, diante do perigo de novos focos e variantes, mas que ficam agora obscurecidos em face dos riscos advindos da guerra, para todas as espécies animais e vegetais.

Neste sentido, autores como Davidson¹¹ consideram que pandemias como a da COVID-19 podem vir a ocorrer com frequência cada vez maior diante, dentre outras coisas, pela existência calculada por especialistas em biodiversidade de cerca de 1,7 milhão de vírus não identificados, em mamíferos e aves, que podem afetar humanos diante da aceleração da degradação ambiental em curso.

No editorial¹² do primeiro número da revista para 2021 (Volume 11), retornamos ao tema da pandemia tratado no volume 10⁸, e apresentamos de forma reflexiva, como dados da base Geocovid da UEFS estavam sendo utilizados para analisar a situação epidemiológica da pandemia, no Brasil, fazendo uma contextualização histórica das

primeiras vacinas utilizadas, no Brasil, atualizamos os dados referentes à vacinação que caminhava a plenos pulmões com destaque para duas grandes instituições do SUS, responsáveis pela fabricação das principais vacinas em uso no Brasil: a CORONAVAC (Instituto Butantan) e a Covishield (ASTRAZECA/FIOCRUZ). Naquele momento, o Brasil já tinha passado de 1,2 milhão de casos e se aproximava de mil óbitos, mas, por outro lado, tinha vacinado até o fim de maio cerca de 45 milhões de pessoas com a primeira dose e 21 milhões com a segunda dose, em torno de 21% e 10% da população brasileira, respectivamente. Então, as expectativas eram otimistas.

Assim, até 15 de abril de 2022, o Brasil havia registrado mais de 30 milhões de casos (Tabela 1), em torno de 6% do total mundial e 662 mil óbitos, o que representa cerca de 10,78% dos óbitos globais^{13,14}. Observe-se que levamos um ano para atingir um milhão e duzentos casos e outro ano para chegar a 30 milhões. É um salto de infectividade incrível, que mostra a grande dificuldade de barrar a transmissão

Tal dificuldade foi totalmente inesperada, principalmente se levarmos em consideração a existência do SUS. Parte desse fenômeno pode ser explicado pela resistência de parte da população em aderir às medidas de isolamento e proteção contra o vírus em um contexto político extremamente desfavorável. Em busca de respostas mais concretas sobre a responsabilidade governamental pelo quadro brasileiro, uma Comissão Parlamentar de Inquérito da COVID-19^{15,114}, foi instalada pelo Senado Federal, durante o ano de 2021, e apurou a existência de crimes de pandemia na gestão federal a compra da vacina da PFIZER e indícios de corrupção na compra de outra vacina, a indiana COVAXIN, por alto escalão do Ministério da Saúde e indiciou 80 pessoas e entidades, em especial o Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro:

1) JAIR MESSIAS BOLSONARO – Presidente da República - art. 267, § 1º (**epidemia com resultado morte**); art. 268, caput (**infração de medida sanitária preventiva**); art. 283 (**charlatanismo**); art. 286 (**incitação ao crime**); art. 298 (**falsificação de documento particular**); art. 315 (**emprego irregular de verbas públicas**); art. 319 (**prevaricação**), todos do Código Penal; art. 7º, parágrafo 1, b, h e k, e parágrafo 2, b e g (**crimes contra a humanidade, nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos**), do Tratado de Roma (Decreto nº 4.388, de 2002); e arts. 7º, item 9 (**violação de direito social**) e 9º, item 7 (**incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo**), crimes de responsabilidade previstos na Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950.

É importante salientar que existem vários tipos de infrações penais relacionadas ao descumprimento das respectivas normas sanitárias, sendo que Nunes¹⁶ destaca o isolamento e a quarentena como medidas de enfrentamento de emergências sanitárias, cujo não cumprimento, assim como outras infrações danosas à saúde pública, sujeita o indivíduo

Tabela 1. Distribuição de casos e óbitos de COVID-19, Brasil, estados e população, em 15 de abril de 2022

Estado	Total	Óbitos	Óbitos por 100k*	Casos por 100k*	Óbitos/Casos
Total	30.247.302	662.154	310,408	14.179,466	2,189
São Paulo (SP)	5.336.957	167.846	365,526	11.622,534	3,145
Minas Gerais (MG)	3.349.414	61.108	288,670	15.822,415	1,824
Paraná (PR)	2.433.939	43.035	376,379	21.286,935	1,768
Rio Grande do Sul (RS)	2.308.427	39.200	344,548	20.289,870	1,698
Rio de Janeiro (RJ)	2.117.270	73.128	423,564	12.263,406	3,454
Santa Catarina (SC)	1.691.605	21.721	303,163	23.609,980	1,284
Bahia (BA)	1.538.987	29.800	200,362	10.347,478	1,936
Goiás (GO)	1.315.187	26.393	376,057	18.739,251	2,007
Ceará (CE)	1.243.445	26.838	293,887	13.616,233	2,158
Espírito Santo (ES)	1.043.976	14.376	357,732	25.978,276	1,377
Pernambuco (PE)	913.502	21.525	225,226	9.558,389	2,356
Pará (PA)	760.637	18.185	211,383	8.841,671	2,391
Mato Grosso (MT)	724.808	14.854	426,292	20.801,121	2,049
Distrito Federal (DF)	695.172	11.627	385,604	23.055,065	1,673
Paraíba (PB)	600.223	10.197	253,775	14.937,880	1,699
Amazonas (AM)	581.802	14.165	341,770	14.037,601	2,435
Mato Grosso do Sul (MS)	527.073	10.519	378,519	18.966,378	1,996
Rio Grande do Norte (RN)	501.856	8.159	232,659	14.310,722	1,626
Maranhão (MA)	429.051	10.878	153,749	60.641,700	2,535
Rondônia (RO)	398.081	7.193	404,732	22.399,021	1,807
Piauí (PI)	367.981	7.735	236,311	11.242,147	2,102
Sergipe (SE)	326.879	6.339	275,765	14.220,193	1,939
Tocantins (TO)	303.775	4.148	263,722	19.313,470	1,365
Alagoas (AL)	297.166	6.914	207,170	8.904,232	2,327
Amapá (AP)	160.369	2.128	251,617	18.962,176	1,327
Roraima (RR)	155.366	2.147	354,430	25.648,069	1,382
Acre (AC)	124.354	1.996	226,321	14.100,132	1,605

* K = mil habitantes

Fonte: Secretarias estaduais de saúde/Cota W

à imputação de crimes de: 1) infração de medida sanitária preventiva; 2) epidemia (art. 267 do Código Penal); 3) desobediência; 4) contra a economia popular; 5) contra as relações de consumo; e 6) falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais.

Em relação a este último item 6, é importante destacar a influência dos meios de comunicação, como a internet, no uso de tratamentos experimentais para COVID-19, desencadeando automedicação, discutido por Silva Neto et al.¹⁷, em um dos artigos publicados neste número 1 do volume 12. Os autores alertam para a necessidade de maior cautela e controle técnico e social na disseminação de novos medicamentos.

Nesse sentido, é importante conhecer as representações sociais sobre vacinação na população em geral. Uma pesquisa efetuada com acadêmicas de pedagogia do interior da Bahia revelou representações ambivalentes acerca do processo vacinal, que mesclavam racionalidade (necessidade de prevenção/

proteção) com irracionais (medo e dor), que podem ser agravadas pela disseminação de *fakenews*.

Também, o surgimento de variáveis do coronavírus com maior poder de infectividade, como a Delta e a Ômicron, alertou a comunidade acadêmica e diversos estudos clínicos buscaram determinar progressivamente o risco, sendo que novas vacinas foram aprovadas no Brasil, assim como medicamentos com possibilidade de uso para redução de danos em casos graves¹⁸. De modo que, apenas dois anos após o início da maior pandemia que se conhece, é que se passou a observar uma redução de casos e de óbitos mais consistente, embora a COVID-19 já tenha surpreendido tanto, que não seja possível fazer qualquer previsão segura em relação ao comportamento desse vírus. Em verdade, o acumulado de casos e óbitos até o momento é de magnitude nunca vista, tendo mudado completamente os cenários de saúde e de vida mesmo, nessa segunda década do século XXI.

A mortalidade média mundial, em 7 de abril, estava em torno de 754,8 óbitos/1 milhão, mas o Brasil apresentou uma taxa muito mais elevada que essa média, de 3.064,4/1 milhão hab. Considerando os países com população acima de 1 milhão de habitantes, o Peru se sobressai com um coeficiente altíssimo de 6.307,3/1 milhão hab.), seguido pela Bulgária (5.141,3/1 milhão hab.), Bósnia e Herzegovina (4.722,3/1 milhão hab.), Hungria (4.541,3/1 milhão hab.), Macedônia (4.318,5/1 milhão hab.), Croácia (3.677,9/1 milhão hab.), República Tcheca (3.595,3/1 milhão hab.) e Brasil (3.064,4/1 milhão hab.), na oitava posição¹³.

Esses dados podem não refletir a realidade em termos de proporção de população afetada, pois depende da capacidade de cada país de registrar tantos os casos com algum grau de confiabilidade, assim como as mortes. O Brasil tem um bom Sistema de Informação de Mortalidade, o SIM, o que pode estar enviesando a comparação com outros países.

Internamente, o Brasil possuía um quadro, após dois anos de pandemia, de distribuição desigual da COVID-19, com o estado do Maranhão apresentando o maior número proporcional de casos (60.641,700/100 mil habitantes), muito acima da taxa média nacional, que foi, no acumulado até o dia 15 de abril de 2022, de 14.179,466/100 hab., enquanto o Mato Grosso registrou a maior taxa de óbitos, de 426,292/100 mil hab., acima da taxa média brasileira, de 310,408/100 mil hab. O Maranhão, paradoxalmente, obteve a menor taxa de óbitos por 100.000 hab. do território brasileiro, de 153,749, para a mesma data (Tabela 1).

Uma análise do perfil epidemiológico da COVID-19 na VIII Região de Saúde de Pernambuco¹⁹ mergulhou na complexidade de um quadro com predominância de casos leves, letalidade inferior a 2% e concentração espacial da doença entre municípios limítrofes de Petrolina, que faz fronteira com a Bahia.

A compreensão da importância de estudos que observem os processos regionais da pandemia encontra acolhida neste periódico, assim como a avaliação do seu impacto na doação de leite humano para os Bancos de Leite, por exemplo, que ocasionou redução significativa, em 2020, no total médio de leite tanto coletado quanto distribuído, mas que não chegou até os receptores, em função do descarte do leite contaminado por coleta inadequada²⁰.

Do mesmo modo, a saúde da população em situação de rua foi fortemente afetada pelo coronavírus, não apenas por maior exposição à COVID-19, mas também a outras doenças, enquanto a adoção de medidas de proteção torna-se mais difícil de ser implementada por essa população que não possui lar, restando ao desabrigo e desafiando as equipes multidisciplinar de saúde na promoção da saúde, prevenção de agravos e proteção social²¹.

Por outro lado, a baixa frequência de COVID-19 na população LGBTQIA+ não ocorreu de maneira uniforme em estudo com minorias sexuais e de gênero brasileira. Ser homens-cis, transexual ou não binário, trabalhar fora e

ter uma pessoa próxima já diagnosticada foram os fatores associados mais associados com a ocorrência da infecção por Coronavírus, levantando a discussão acerca do papel da APS na busca ativa de casos nessa população mais estigmatizada²².

Com relação à vacinação, um ano após nosso segundo editorial, o Brasil registrou 423.754.568 doses foram aplicadas, sendo que 162.529.283 habitantes (76,19%) estavam com esquema vacinal completo, em 15 de abril de 2022. Esse percentual é considerado ainda insatisfatório para a COVID-19, sendo que foi iniciada a administração da segunda dose de reforço para idosos acima de 80 anos e imunossuprimidos. Infelizmente, a preocupação com o comportamento do Coronavírus se mantém¹⁴.

O maior cuidado requerido com a população de idosos traz para o debate o impacto da pandemia a capacidade funcional para realização de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que se associou, em estudo de Martins et al., com aumento da idade, baixo grau de escolaridade, raça/cor branca e necessidade de auxílio para andar. A baixa capacidade para as AIVD pode tanto restringir a adesão à vacinação e atrasar a procura de serviços, quanto, inversamente, pode ser afetada pela própria infecção viral. Portanto, as equipes da APS devem estar atentas à essas repercussões, em especial, nas populações com problemas mentais e maior vulnerabilidade social²³.

Diante de tamanha complexidade, a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada privilegiada para o SUS precisa estar apta ao desenvolvimento de ações resolutivas, o que implica o uso de ferramentas como planejamento, avaliação e técnicas de gestão adequadas ao novo modelo de cuidado. E a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma das apostas para modificar a produção de um cuidado mais reflexivo e inteligente no cotidiano do trabalho em saúde, favorecendo o acolhimento²⁴ e a abertura para novos conhecimentos e habilidades no trabalho na APS, conforme relato de experiência ocorrida entre novembro de 2019 e março de 2020 voltado para o uso de instrumentais de EPS²⁵.

O número 1 do volume 12, portanto, partilha resultados de pesquisas sobre as temáticas que gravitam em torno da saúde dos coletivos humanos nesse momento de grande tensão, em que somos obrigados a nos adaptar à um novo normal, a uma nova ordem, sem ter conseguido superar inúmeros problemas que nos atormentavam e que permanecem na agenda, ainda mais agravados, como a violência, tratada de forma recorrente nos nossos editoriais.

Assim acontece com a violência entre nações, etnias e, infelizmente, no interior das famílias. A violência doméstica e o manejo das práticas de cuidado também desafiam a percepção dos profissionais imersos na visão patriarcal, machista, homofóbica, que produz invisibilidade e dificuldades de lidar com situações dessa natureza. Para romper com esse ciclo vicioso e melhorar o enfrentamento da violência em todos os níveis, Mata e Lima²⁶ propõem a instauração de estratégias de ancoragem humanística que avancem nas fronteiras epistemológicas dominantes.

Sem intervenções multisetoriais inseridas em projetos amplos de transformação social torna-se, de fato, muito complicado qualquer enfrentamento de natureza estrutural e mais duradoura, deixando-nos à mercê da repetição, como já foi dito.

No caso da COVID-19, por exemplo, Hong Kong se destacou, nos últimos dois anos, como modelo no controle da pandemia. Até o final de 2021, Hong Kong havia registrado 12.650 casos e menos de 220 mortes. No entanto, desde fevereiro, as infecções e mortes aumentaram exponencialmente, chegando a quase 700 mil casos e cerca de 3,5 mil mortes²⁷. Somente em um dia, as autoridades chinesas registraram 32.430 novos casos e 248 mortes e, em 2 de março, atingiu-se a marca de 50 mil casos em um dia, se tornando também o local com a taxa de mortalidade mais alta no mundo. A maioria dos casos fatais foi registrada em pacientes não vacinados com mais de 70 anos, sendo a baixa taxa de vacinação em idosos e a chegada da variante Ômicron, a responsável pela mudança do quadro epidemiológico.

Enquanto isso, em 6 de abril de 2022, o Brasil notificou 1 caso da variante recombinante XE, combinação das sublinhagens BA.1 e BA.2 da VOC Ômicron, em São Paulo, cujo teste RTPCR positivo foi realizado ainda em 7 de março²⁸. O que impede o relaxamento das ações de vigilância epidemiológica e das medidas de segurança, em geral.

A guerra na pandemia de amanhã

A guerra é aqui. Em um capítulo sobre análise de discurso, em livro recém publicado²⁹, mostramos como é possível identificar ideologias por meio das falas. Em espaços compostos pelas Unidades de Saúde da Famílias, o risco e o medo foram enunciados por sujeitos individuais e coletivos a partir de discursos que articulavam as experiências relacionadas com as estruturas precárias dos ambientes laborais intra e extramuros, com a violência associada às comunidades pobres por discursos ideologicamente moldados, que se repetem à exaustão nos meios de comunicação de massa; e com a vulnerabilidade feminina, pois a maioria dos trabalhadores da saúde são trabalhadoras. Mulheres que somente percebem a violência fora de si e do seu mundo, na rua, na esquina, não no intramundo, na casa, na residência, na família, ambientes que parecem proteger, quando o contrário resiste às evidências de tantos estudos, alguns aqui referidos²⁶.

A guerra contra a covid-19 mandou muitos soldados para a morte, mas disso pouco se fala. É próprio do campo da saúde estudar a mortalidade e esquecer a morte. É compreensível, também. Entretanto, a questão é que a violência é uma doença social pandêmica que nos desafia há muito mais tempo do que os vírus e faz parte da constituição dessa nação de uma maneira bruta e renitente, para a qual às vezes o Estado é remédio. Outras é agente.

Retomemos, portanto, o xadrez, mas o jogo jogado na Ucrânia, cuja estratégia não conseguimos visualizar, apenas

as consequências imediatas na ordem mundial – mas, de um outro jogo mais próximo, no qual podemos ter alguma influência ainda que mínima, que já aquece os bastidores: as eleições presidenciais de 2022. É hora de avaliar e lembrar o que devem os candidatos à saúde, em termos do que não fizeram e do que podem vir a fazer. Como se diz na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G), as políticas e os planos são memórias de um compromisso e devem estar em cima da mesa para consultas constantes e não nas gavetas da burocracia estatal³⁰.

Os acontecimentos dos últimos 10 anos têm muito o que nos ensinar se estivermos dispostos a aprender, por isso é que se fala de educação continuada. Não se trata apenas de atualização técnica, mas de reflexão sobre problemas concretos e ferramentas possíveis; sobre vontade e contradições, doenças do corpo social, mais do que de indivíduos. Como fazer esse corpo coletivo ter vontade, acreditar e aprender?

Os trabalhos aqui trazidos mostram um campo que fervilha com a vida e rejeita a morte, às vezes, pela negação, outras pela construção solidária de caminhos. É preciso desvendar mais o que conhecimentos e vontades são capazes de realizar no provimento e potencialização de uma vida melhor para todos os seres vivos desse lindo planeta. No planejamento estratégico situacional falamos em construção de viabilidades, antes de qualquer coisa. É neste momento que nos encontramos. Agir com base no *laissez faire* é um amadorismo que não podemos nos dar ao luxo de cultivar. Urge situar e pensar estrategicamente, intervir com força, cautela e agilidade. Com a ousadia que nos é peculiar.

REFERÊNCIAS

1. Leiro ALO. Estratégias organizacionais de Vigilância Sanitária em Eventos de Massa [Internet]. [Dissertação Mestrado – Universidade Federal da Bahia]. Salvador: UFBA, 2019. [acesso em 15 abr 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29256/1/DISS%20MP.%20ANA%20L%20c3%9aCIA%20LIVEIRA%20E%20LEIRO%202018.pdf>
2. Teles AS, Bahia Coelho TC, da Silva Ferreira MP. Blocos de financiamento: transferências federais para o estado da Bahia. Rev. Saúde.Com 2016; 12(2):542-550.
3. Teles AS. O financiamento público do Sistema Único de Saúde (2003 – 2018). [Tese Doutorado – Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana: UEFS, 2019.
4. Azimov I. O cair da noite. Curitiba: Arte & letra editora; 2012.
5. Nietzsche F. Gaia ciência. In: Nietzsche F. Obras completas. São Paulo: Nova Cultural; 2000. p. 171-207.
6. Freud S. Projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p. 381-506.

7. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Freud S. Além do princípio do prazer. Vol. XVIII. p.17-90.
8. Coelho TCB, Sanabria CAP. Valorização da produção científica em tempos de COVID-19. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2020;10(1):1-6.
9. Goede M. COVID-19 and Change. *Arch. Bus. Res.* 2020; 8(7):311-369.
10. United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR). Ukraine refugee situation. Refugees fleeing Ukraine (since 24 February 2022) [Internet]. Geneve: UNHCR; 2022. [acesso em 17 abr 2022]. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
11. Davidson, J. (2020, May 4). Scientists warn worse pandemics are on the way if we don't protect nature. Retrieved from: www.weforum.org: <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/scientists-pandemics-coronavirus-naturecovid19-health?fbclid=IwAR2k9WMmhcvxuFVr01wJ5RkW1p5TfTBnf8cK2mU3A7AH6TYhbtz83RNDa0>
12. Coelho TCB. Universalidade e democracia: esteios das ciências contra o charlatanismo. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2021;11(1): e7264
13. Secretaria de Saúde (PR). Mundial – Situação epidemiológica da COVID-19 - Março 2022. 04/03/2022 [Internet]. [acesso em 17 abr 2022]. Disponível em: <https://www.saudedoviajante.pr.gov.br/Noticia/MUNDIAL-SITUACAO-EPIDEMIOLOGICA-DA-COVID-19-Marco-2022>
14. Cota W. Número de casos confirmados de COVID-19 no Brasil [Internet]. Universidade Federal de Viçosa. [acesso em 16 abr 2022]. Disponível em: <https://covid19br.wcota.me/>.
15. Senado Federal (BR). Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia CPI da Pandemia. Relatório Final. Aprovado pela Comissão em 26 de outubro de 2021. Brasília: SF; 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>.
16. Nunes LB. Crimes relacionados à pandemia do novo coronavírus [Internet]. Brasília: Associação Nacional dos Procuradores da República; 2020. (acesso em 7 abr 2022). <https://www.anpr.org.br/imprensa/artigos/23957-crimes-relacionados-a-pandemia-do-novo-coronavirus>
17. Silva Neto IF, Ricardino IEF, Souza MNC, Aguiar AM. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022;12(1):e6200
18. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus. Painel geral [Internet]. [acesso em 16 abr 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
19. Silva EO, Santos LF, Coutinho KS, Tabosa JAL, Jerônimo AS. Perfil epidemiológico dos casos de COVID-19 na VIII região de saúde de Pernambuco, Brasil. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e7520.
20. Cordeiro AM, Santos BCM, Fonseca RA. Impacto da pandemia pela COVID-19 na coleta de leite pelos Bancos de Leite Humano no Brasil. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e7334.
21. Silva FP, Silva RA, Leitão FCC, Oliveira ECS, Vasconcelos SC. Saúde da população em situação de rua diante da pandemia da COVID-19. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e6863.
22. Isadora Viegas Martins IV, Pimenta da Silva JD, Torres JL. Frequência e fatores associados à COVID-19 em minorias sexuais e de gênero: potencialidades da atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e7841.
23. AC, Ferreira da Silva WL, Gomes LC, Dias RAQ, Leite ICG, Cruz DT. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos comunitários. *UEFS* 2022; 12(1):e7323.
24. Araujo BO, Nascimento MAA, Araujo MO. Educação permanente em saúde: construção de saberes e práticas em busca da resolubilidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e7716.
25. Cruz LP, Santos LO, Araujo BO. Importância da educação permanente em saúde para a promoção do acolhimento na estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e5842.
26. Mata DM, Lima RCGS. Cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica na visão de profissionais de atenção básica. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2022; 12(1):e7358.
27. BBC News Mundo. Redação. Covid: como Hong Kong passou de modelo a local com maior mortalidade pelo vírus no mundo. Desde fevereiro, as infecções e mortes por covid aumentaram drasticamente no território. In: Estado de Minas Internacional [Internet]. [acesso em 18 abr 2022]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/bbc/2022/03/16/interna_internacional,1353033/covid-como-hong-kong-passou-de-modelo-a-local-com-maior-mortalidade-pelo-v.shtml.
28. Agência O Globo. Covid-19: Brasil registra primeiro caso de Ômicron XE, que pode ser mais contagiosa. Paciente é um homem de 39 anos, morador de São Paulo [Internet]. 07.04.2022. [acesso em 18 abr 2022]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/covid-19-brasil-registra-primeiro-caso-de-omicron-xe-que-pode-ser-mais-contagiosa/>.
29. Coelho TCB, Teles MOSF, Sanabria CAP. Análise crítica do discurso em saúde. In: Alencar TOS, Carvalho ESS, Silva SSB (org.). Tendências metodológicas na produção do conhecimento em políticas e gestão em saúde. Curitiba: CRV; 2021. p.57-59.
30. Coelho TCB. Planejamento em Saúde na Bahia, 1989-1994. Salvador: UFBA: 1994.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic continues to kill Brazilians and citizens around the world. It exposed systemic fails in all social areas and accelerated ongoing processes, amplifying the violent crises of capitalism, exposing social inequalities, racism, chauvinism, homophobia and all kinds of evil generated by authoritarian remnants that human culture refuses to purge. On the other hand, the possibility of a new multilateral world order grows, for which we must be prepared. In the field of public health, countless experiences have been seeking transformations in this sense since the birth of the Brazilian Sanitary Reform. Number 1 of Volume 12 of the Revista de Saúde Coletiva da UEFS makes an ongoing debate about the problems that pressure the field, raising questions, building knowledge and offering possible solutions.

Keywords: COVID-19; Violence; War; Health.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 sigue matando brasileños y ciudadanos de todo el mundo. Expuso fallas sistémicas en todos los ámbitos sociales y aceleró procesos en curso, amplificando las crisis violentas del capitalismo, exponiendo las desigualdades sociales, el racismo, el machismo, la homofobia y todo tipo de maldad generada por remanentes autoritarios que la cultura humana se niega a purgar. Por otro lado, crece la posibilidad de un nuevo orden mundial multilateral, para lo cual debemos estar preparados. En el campo de la salud pública, innumerables experiencias vienen buscando transformaciones en ese sentido desde el nacimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña. El Número 1 del Volumen 12 de la Revista de Saúde Coletiva da UEFS hace un debate permanente sobre los problemas que apremian el campo, planteando interrogantes, construyendo conocimiento y ofreciendo posibles soluciones.

Palabras clave: COVID-19; Violencia; Guerra; Salud.