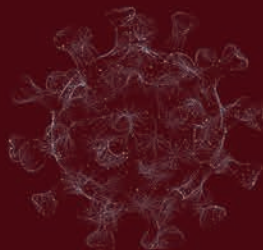
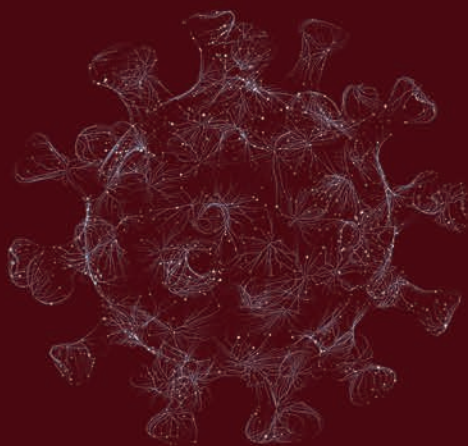
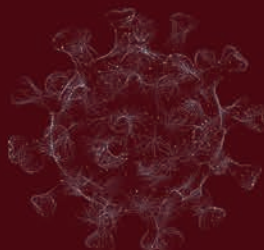
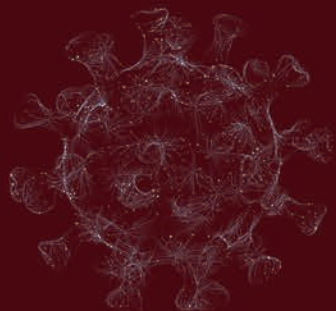


VOLUME I

# PRINCIPAIS ELEMENTOS



COVID-19

VOLUME I

# PRINCIPAIS ELEMENTOS

© 2021 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Coleção COVID-19 é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca).

Coleção COVID-19

Brasília, janeiro de 2021.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P957 Principais elementos / Organizadores Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.  
338 p. – (Coleção Covid-19; v. 1)

Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-88631-11-9

1. Covid-19 – Brasil. 2. Pandemia. 3. Saúde pública – Brasil.  
I. Santos, Alethele de Oliveira. II. Lopes, Luciana Tolêdo.

CDD 616.2

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

VOLUME I

# PRINCIPAIS ELEMENTOS

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

---

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Carlos Alberto Chaves de Carvalho
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho	PB	Geraldo Antônio de Macedo

---

## DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

### PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

### VICE-PRESIDENTES

#### REGIÃO CENTRO-OESTE

Gilberto Figueiredo (MT)

#### REGIÃO NORDESTE

André Longo (PE)

#### REGIÃO NORTE

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

#### REGIÃO SUDESTE

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

#### REGIÃO SUL

Beto Preto (PR)

## **EQUIPE TÉCNICA DO CONASS**

### **SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso

### **COORDENAÇÃO TÉCNICA E APOIO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

Fernando Passos Cupertino de Barros

### **COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS**

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

### **COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Ricardo F. Scotti

### **APOIO JURÍDICO**

Alethele de Oliveira Santos

### **APOIO PARLAMENTAR**

Leonardo Moura Vilela

### **APOIO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz  
Lígia Formenti  
Marcus Carvalho  
Tatiana Rosa

### **APOIO TÉCNICO**

Carla Ulhoa André  
Eliana Maria Ribeiro Dourado  
Felipe Ferré  
Fernando Campos Avendanho  
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes  
Heber Dobis Bernarde  
Juliane Aparecida Alves  
Luciana Tolêdo Lopes  
Maria José Evangelista  
Nereu Henrique Mansano  
René José Moreira dos Santos  
Rita de Cássia Bertão Cataneli  
Tereza Cristina Lins Amaral

### **CONSELHO EDITORIAL**

Alethele de Oliveira Santos  
Adriane Cruz  
Fernando P. Cupertino de Barros  
Jurandi Frutuoso Silva  
Marcus Carvalho  
René José Moreira dos Santos  
Tatiana Rosa

---

## **ORGANIZAÇÃO DA COLEÇÃO COVID-19**

### **ORGANIZAÇÃO**

Alethele de Oliveira Santos  
Luciana Tolêdo Lopes

### **REVISÃO TÉCNICA**

Alethele de Oliveira Santos  
Carla Ulhoa André  
Eliana Maria Ribeiro Dourado  
Felipe Ferré  
Fernando Campos Avendanho  
Fernando Passos Cupertino de Barros  
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes  
Héber Dobis Bernarde  
Juliane Aparecida Alves  
Jurandi Frutuoso Silva  
Leonardo Moura Vilela  
Lígia Formenti  
Luciana Tolêdo Lopes  
Marcus Carvalho  
Maria Cecília Martins Brito  
Maria José Evangelista  
Nereu Henrique Mansano  
René José Moreira dos Santos  
Rita de Cássia Bertão Cataneli  
Tereza Cristina Lins Amaral

### **REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Ana Lucia Brochier Kist  
Aurora Verso e Prosa

### **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

ALM Apoio à Cultura  
Marcus Carvalho

---

## COLABORADORES VOLUME I – PRINCIPAIS ELEMENTOS

Adriano Massuda  
Alana Roriz Rizzo Lobo  
Aluisio Augusto Cotrim Segurado  
Armando Martinho Bardou Raggio  
Betina Ferraz Barbosa  
Carmen Zanotto  
Clenio Jair Schulze  
Daniel de Mattos Höfling  
Daniel Wei Liang Wang  
Fernando Campos Avendanho  
Fernando Passos Cupertino de Barros  
Isabel Craveiro  
José Carlos Suárez Herrera  
José Eduardo Martins Cardozo  
Lavínia Aparecida Reis Freitas  
Lilian Rose Lemos Rocha  
Maria Paula Dallari Bucci  
Martha Cecilia Suárez-Mutis  
Micaellem Rodrigues Santos da Silva  
Moisés Rodrigues Abdalla  
Naomar Almeida-Filho  
Nathan Luiz Gonçalves Leão  
Nereu Henrique Mansano  
Otávio Augusto de Paula Mendes Teixeira  
Paulo Henrique Pimenta Maranhão  
Paulo Marchiori Buss  
Paulo Sousa  
Pedro Othon Silva Santos  
Renato Tasca  
Sonia Fleury  
Tania Rehem  
Wanderson Kleber de Oliveira  
Zenewton André da Silva Gama  
Zulmira Hartz



---

# SUMÁRIO

## VOLUME I – PRINCIPAIS ELEMENTOS

DESENVOLVIMENTO HUMANO – A DESIGUALDADE NO BRASIL DIANTE DA COVID-19	14
Betina Ferraz Barbosa, Daniel de Mattos Höfling	
DEMOCRACIA E SAÚDE	30
José Eduardo Martins Cardozo, Lilian Rose Lemos Rocha	
O PAPEL DO ESTADO ANTE A PANDEMIA: UMA ANÁLISE À LUZ DA REALIDADE	46
Fernando Passos Cupertino de Barros, Lavínia Aparecida Reis Freitas, Micaellem Rodrigues Santos da Silva, Moisés Rodrigues Abdalla, Nathan Luiz Gonçalves Leão, Otávio Augusto de Paula Mendes Teixeira, Paulo Henrique Pimenta Maranhão, Pedro Othon Silva Santos	
DIÁLOGOS INSTITUCIONAIS E A COVID-19: O LEGADO DA TRAGÉDIA	66
Clenio Jair Schulze	
A RESPOSTA DOS SISTEMAS DE SAÚDE À COVID-19: BREVE ANÁLISE SOBRE O SUS	78
Adriano Massuda, Renato Tasca	
ATUAÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO STF	96
Daniel Wei Liang Wang	
POLÍTICAS DE ISOLAMENTO NA PANDEMIA: CONFRONTAÇÃO FEDERATIVA, DISPUTAS DISCURSIVAS E CONSEQUÊNCIAS POLÍTICO-SANITÁRIAS	110
Sonia Fleury	
AS COMPETÊNCIAS FEDERATIVAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO EM FACE DAS DECISÕES DO STF DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	126
Maria Paula Dallari Bucci	
ATUAÇÃO DO PARLAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	144
Carmen Zanotto	
CONASS E CONASEMS: ATUAÇÃO DOS CONSELHOS REPRESENTATIVOS	154
Armando Martinho Bardou Raggio	

---

META-AVALIAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: PARA QUE SERVEM AS INTERVENÇÕES DA COVID-19? Zulmira Hartz, Tania Rehem, Isabel Craveiro	168
FORTELECIMENTO DA CAPACIDADE DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA POR SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS Wanderson Kleber de Oliveira	182
MALÁRIA NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL-COLÔMBIA-PERU EM TEMPOS DE PANDEMIA Martha Cecilia Suárez-Mutis	198
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: EQUÍVOCOS ESTRATÉGICOS INDUZIDOS POR RETÓRICA NEGACIONISTA Naomar Almeida-Filho	214
IMPACTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA RESPOSTA À COVID-19 Zenewton André da Silva Gama	226
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPLICAÇÕES E RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 Paulo Sousa	242
INUMERÁVEIS: LUTO E MEMÓRIA EM HOMENAGEM ÀS VÍTIMAS DA COVID-19 Alana Roriz Rizzo Lobo	256
NOVO CORONAVÍRUS: IMUNIDADE INDIVIDUAL, IMUNIDADE POPULACIONAL, ONDAS DE INFECÇÃO E POSSIBILIDADE DE REINFECÇÕES Aluisio Augusto Cotrim Segurado	264
IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19: DO DESENVOLVIMENTO E PESQUISA À DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO Nereu Henrique Mansano, Fernando Campos Avendanho	278
PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PANDEMIAS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE José Carlos Suárez Herrera	292
DIPLOMACIA DA SAÚDE NA GESTÃO DE PANDEMIAS Paulo Marchiori Buss	316

---

# PREFÁCIO

## COLEÇÃO COVID-19

Em dezembro de 2019, o Sars-CoV-2 foi detectado na China, espalhando-se rapidamente pelos demais continentes. As dúvidas iniciais sobre a eficiência da transmissão esvaíram-se no correr dos dias, levando os países a lidarem com a rápida mudança entre a contenção e a mitigação da doença por ele causada, a COVID-19.

Os fatos e os registros acadêmicos revelam que o alcance da pandemia ocorre em magnitudes diversas nos territórios e tem provocado afincos incontestes dos cientistas na busca por medicamentos existentes e possivelmente aplicáveis, novas terapias e, principalmente, vacinas eficazes – numa atuação, muitas vezes conjunta - entre o público e o privado.

Passados doze meses, a ausência de eficácia cientificamente balizada dos tratamentos farmacológicos corrobora com a adoção das estratégias de higiene das mãos; do uso de máscaras; distanciamento físico e social adotadas, em maior ou menor medida pelos países, com vistas a evitar que a população seja infectada concomitantemente à sobrecarga das unidades hospitalares, numa tentativa de coibir o colapso dos sistemas de saúde.

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi registrado em 26.02.2020 e, o primeiro óbito, em 15.03.2020. A notificação sobre o primeiro paciente infectado deu-se por unidade hospitalar privada, mas a sobrecarga de casos veio para o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável exclusivo pela assistência à saúde de cerca de 75% dos brasileiros, além das responsabilidades atinentes à saúde pública em todo o território nacional.

O SUS, que se realiza pelos esforços de gestão e de financiamento dos entes federados, tem no respeito à autonomia e às diferenças loco-sanitárias sua força motriz para o modelo de governança pautado pelo diálogo, pelo consenso e por inarredáveis alicerces democráticos. O funcionamento das comissões intergestores (tripartite, bipartite e regional), além de contar com o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), apoia-se na atuação dos conselhos de saúde e dos organismos internacionais, onde se inclui mais fortemente a Organização Pan-americana de Saúde (Opas).

As décadas de existência do SUS têm sido marcadas pelo subfinanciamento; pela ausência de carreiras atrativas para os profissionais da saúde; pelo enraizamento de um modelo de atenção

---

que não tem na atenção primária a ordenação do cuidado; pelos custos e concorrência crescentes da assistência à saúde; por um recrudescimento da administração pública e de controles que não aferem resultados; e, maximamente, pelo decréscimo de apoios político, da mídia e social. Em resumo, a saúde não foi devidamente priorizada pela sociedade e seus governos.

Esse contexto de subsistência foi agravado pela pandemia. O desafio de apresentar à sociedade respostas ao tempo de sua necessidade tanto se deparou com a prevenção, o controle e mitigação da COVID-19, quanto com as dificuldades, limites e potencialidades do sistema público brasileiro.

No esforço de contribuir para a compreensão e avaliação dos diferentes fenômenos que circundam a pandemia da COVID-19, e também para dar cumprimento à sua missão institucional de produzir e difundir conhecimento, o Conass e a Opas convidaram especialistas da academia, dos poderes da República, da imprensa e da sociedade para apresentarem suas perspectivas sobre temáticas sanitárias, econômicas e sociais.

A Coleção COVID-19 está dividida, por ora, em seis volumes: (i) principais elementos; (ii) planejamento e gestão; (iii) competências e regras; (iv) profissionais de saúde e cuidados primários; (v) acesso e cuidados especializados; e, (vi) reflexões e futuro – identificados numa tentativa didática de encadear as opiniões pessoais dos autores, devidamente preservadas em sua totalidade, ainda que possam não guardar compatibilidade com as posições institucionais do Conass e da Opas, cujos agradecimentos pela parceria são ora externados.

Este trabalho foi iniciado em agosto de 2020 e alcança questões relacionadas aos sistemas universais, ao SUS, aos esforços e respostas dadas à pandemia e, especialmente, aos desacertos que porventura tenham ocorrido em desfavor da Ciência, das vidas ceifadas pela COVID-19 e do luto das famílias e amigos. O começo deu-se sob o desejo de que sua entrega, em janeiro de 2021, já ocorresse em cenário mais favorável. Nos dias atuais, lida-se com um recrudescimento do número de infectados e de óbitos, com pesquisas clínicas que ainda avançam em suas fases, com o início da concessão de registros sanitários e a vacinação que ocorre minoritariamente em países que enfrentam o inverno.

Ainda que o futuro permaneça incerto, e sem qualquer pretensão de esgotar os assuntos abordados, que a leitura seja informativa, provocativa e inovadora!

*Carlos Lula*

Presidente do Conass

---

# APRESENTAÇÃO

## VOLUME I – PRINCIPAIS ELEMENTOS

A Coleção COVID-19 persegue o desafio de apresentar questões relevantes para o debate e o aprendizado acerca da crise sanitária pandêmica, que assola todo o planeta, desde dezembro de 2019. No **Volume 1 - Principais Elementos** - estão reunidas diferentes interpretações sobre o conteúdo fundamental que se relacionada com a pandemia e seu controle.

As posições que referem o desenvolvimento humano, as desigualdades econômicas, os alicerces democráticos, a participação e a relação entre os poderes instituídos são apresentadas previamente àquelas mais específicas do controle das pandemias. A relevância está na apresentação de dados, posicionamentos e interpretações acerca das manifestações do judiciário, legislativo e executivo.

Os textos que dizem respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), dão ênfase à atuação dos conselhos representativos da gestão dos entes subnacionais, à força e importância da vigilância em saúde – quer em tempos de rotina, quer na excepcionalidade –, às intervenções em prol dos pacientes, sua segurança e avaliação.

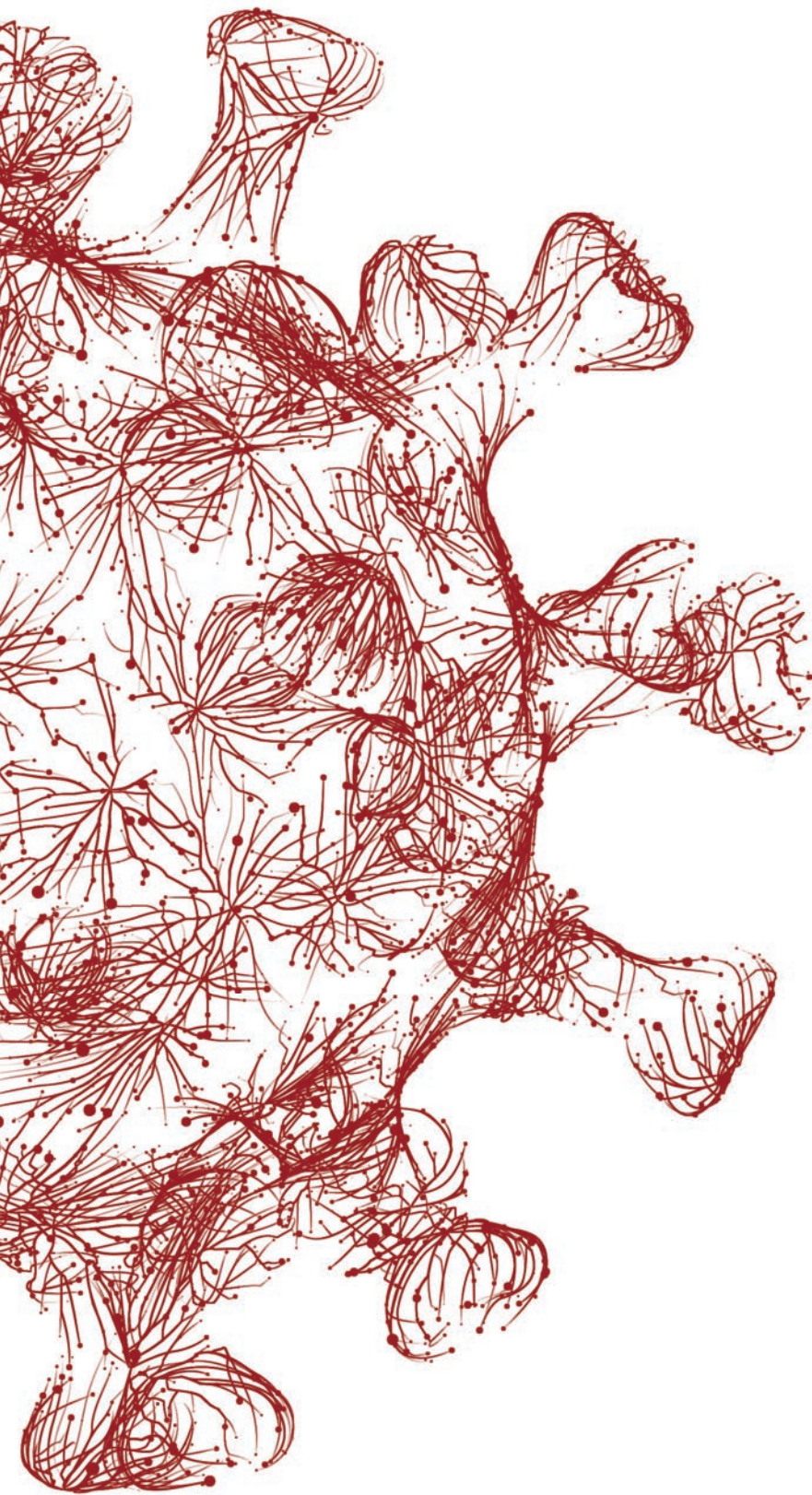
A reflexão sobre a dor incomensurável pelas vidas perdidas foi apresentada pelo relato de iniciativa da sociedade civil, enquanto estudos e perspectivas relacionados à imunidade e a imunização foram apresentados por especialistas.

O volume se encerra ao debater as expectativas de incremento na participação social e na diplomacia como forma de conferir desenvolvimento e sustentabilidade aos sistemas universais de saúde.

Todos os textos, da lavra de estudiosos, profissionais e gestores experientes, foram mantidos integralmente conforme apresentados, ainda que porventura apresentem divergências quanto às posições oficiais do Conass. Possuem o condão de registrar fatos e evidências, por pontos de vista de profissionais de vários campos do saber e, em que pese refletirem o momento histórico vivenciado até novembro de 2020, contribuirão notadamente para a compreensão e a análise da crise sanitária mais severa do último século. Boa leitura!

*Carlos Lula*

Presidente do Conass





# DESENVOLVIMENTO HUMANO – A DESIGUALDADE NO BRASIL DIANTE DA COVID-19

Betina Ferraz Barbosa<sup>1</sup>

Daniel de Mattos Höfling<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente trabalho teve como objetivo discorrer sobre os múltiplos aspectos que abarcam o conjunto das desigualdades enraizadas na sociedade brasileira e aterrizar este quadro no contexto do advento da COVID-19. A partir da exposição e análise de dados, organizados por estados, relativos ao desenvolvimento humano (IDHM), renda, mercado de trabalho, saneamento e habitação, cor e gênero, procurou-se discutir tais desigualdades enquanto condicionalidades e determinantes para a saúde, visando debater o impacto da COVID-19 e suas consequências para o desenvolvimento humano.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desenvolvimento Humano. Desigualdade. COVID-19. Vulnerabilidade Social. Saúde.

---

1 Economista. Oficial de Programa do PNUD Brasil e Coordenadora da Unidade de Desenvolvimento Humano do PNUD Brasil.

2 Graduado, Mestre e Doutor pelo Instituto de Economia da Unicamp. Professor e Pesquisador da Facamp. Link para Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9691238222039440>. E-mail: [daniel.hofling@facamp.com.br](mailto:daniel.hofling@facamp.com.br)



## I. INTRODUÇÃO

Em março de 2020, as Nações Unidas lançaram seu primeiro relatório de orientação aos países sobre a COVID-19 e seus prováveis impactos. Nele, argumenta que o novo coronavírus (SARS-CoV-2) está atacando as sociedades em sua essência, ceifando vidas e o sustento das pessoas. Os efeitos potenciais de longo prazo sobre a economia global são e serão violentos.

O relatório descreve a velocidade e a escala do surto, a gravidade dos casos e a perturbação social e econômica da COVID-19. Advoga uma chamada global para a ação, com o objetivo de estabelecer resposta sanitária imediata e enfrentar as dimensões socioeconômicas da crise. Sinaliza fortemente que os países precisam delinear agendas de recuperação estruturadas em passos, com atuação coordenada:

**Passo 1.** Preparar a mais robusta e cooperativa resposta sanitária, com apoio multilateral.

**Passo 2.** Agir com o objetivo de salvar vidas, proteger os meios de subsistência e a economia real.

**Passo 3.** Aprender com a crise e preparar-se melhor para um futuro que esteja em harmonia com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), bem como com o Acordo de Paris sobre Mudanças Climáticas.

No relatório, as Nações Unidas, em consonância com suas redes globais, regionais, sub-regionais e nacionais, comprometem-se a apoiar todos os governos e trabalhar com seus parceiros para salvar vidas, restaurar meios de subsistência e revitalizar a economia global. Em jogo, está a sobrevivência do pacto em torno da Agenda 2030, por meio da Década de Ação, que visa acelerar o cumprimento das metas dos ODS de maneira solidária, com esperança, vontade política e cooperação<sup>(1)</sup>.



Os efeitos da pandemia do novo coronavírus e as ações voltadas ao combate da doença causada por ele, a COVID-19, potencializam as discussões em torno do aprofundamento das vulnerabilidades sociais em diferentes contextos e escalas. No cerne desse debate, está não apenas o acesso desigual aos serviços de saúde como também o retrocesso das conquistas no desenvolvimento humano alcançadas nas últimas décadas.

A expansão das liberdades das pessoas é a premissa e o objetivo maior da abordagem do desenvolvimento humano, assim como o principal meio para o desenvolvimento sustentável. Se as desigualdades no desenvolvimento humano persistirem e crescerem, as aspirações da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável não serão realizadas. O cenário mundial anterior à pandemia apontava para o estreitamento de lacunas nas principais dimensões do desenvolvimento humano, enquanto novas disparidades emergiam com mais voracidade.

Sem dúvida, as escolhas políticas determinam os resultados da desigualdade – assim como a evolução e o impacto das mudanças climáticas ou o rumo da tecnologia, que moldarão as disparidades nas próximas décadas. As desigualdades no desenvolvimento humano prejudicam as sociedades e enfraquecem a coesão social e a confiança das pessoas nos governos, nas instituições e entre si, enfraquecendo as economias e impedindo as pessoas de atingirem seu pleno potencial no trabalho e na vida. As discrepâncias entre a população dificultam que as decisões políticas reflitam as aspirações de toda a sociedade e protejam o planeta. As desigualdades são um fator decisivo no entrave às Agendas de Desenvolvimento e são um motivo de instabilidade danosa adicional às sociedades com advento da COVID-19 – dificultando a ação de combate aos impactos da pandemia ao descortinar o desastre das sociedades desiguais e injustas.

Inúmeros estudos demonstram que a pandemia da COVID-19 afeta diversamente a população brasileira. Desigualdades no tocante a renda, cor, nível de instrução, acesso aos serviços públicos e moradia resultam em diferentes quantidades (taxas) de contágios, óbitos e recuperados e acarretam futuros diferenciados, sob as óticas sanitárias, sociais e econômicas, aos brasileiros. Há, nesse cenário, uma tendência ao recrudescimento das desigualdades ora existentes. A título de exemplo, registramos aqui três casos:

- i. em julho de 2020, o Sistema Sivep-Gripe, do OpenDataSUS, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou resultados de estudo revelando que, por razões socioeconômicas e sociodemográficas, a doença matou mais pobres e pardos no Brasil <sup>(2)</sup>;
- ii. em junho de 2020, pesquisas da ONG Pública – agência de jornalismo investigativo fundada por repórteres mulheres – mostraram que a maior parte dos menores de idade vítimas da doença vivia em periferias, favelas ou bairros pobres nas capitais brasileiras. Em São Paulo, 93% dos casos de mortes de crianças e adolescentes foram de moradores de bairros periféricos ou de baixa renda <sup>(3)</sup>;
- iii. em maio de 2020, levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que há no país mais de 5,1 milhões de domicílios em condições precárias. Eles fazem parte de mais de 13,1 mil aglomerados subnormais, que são formas de ocupação irregular de

terrenos, sendo que mais de 90% das mortes por COVID-19 registradas no Brasil ocorreram nos 12 estados com maior proporção de domicílios em aglomerados subnormais<sup>(4)</sup>.

A abrangência e a profundidade da desigualdade brasileira impõem desafios tanto no processo de enfrentamento da atual crise quanto nas possíveis trajetórias de recuperação num cenário pós-pandemia. Dimensionar, até onde os dados permitem, a magnitude e a capilaridade das miríades de desigualdades no Brasil é passo fundamental para superarmos a corrente conjuntura e prospectarmos um futuro melhor ao conjunto da nação.

## 2. MÉTODOS

A escolha da cesta de dados que espelha os aspectos multidimensionais da desigualdade brasileira se justifica pela concomitância do que se conhece como o confronto entre velhos e novos padrões de desigualdade. Apesar dos ganhos substanciais em saúde, educação e padrões de vida registrados nas últimas décadas, as necessidades básicas de muitas pessoas permanecem não atendidas; e, paralelamente, uma próxima geração de desigualdades se abre, abrindo o *gap* entre aqueles que têm e aqueles que não têm. É de comum entendimento que as análises devem ir para além dos números representados por médias – que compilam informações em apenas um número ou em um dos aspectos do leque das desigualdades. A observação da complexidade e multidimensionalidade das desigualdades e de como essas incidem nos diferentes grupos populacionais, em diferentes locais e ao longo do tempo, passa a ser determinante. Para os aspectos do desenvolvimento humano, o que importa é o gradiente completo das desigualdades. Sabe-se que as divergências nas capacidades estão evoluindo de maneiras diferentes. As desigualdades nas capacidades básicas – ligadas às privações mais extremas – estão diminuindo, como é o caso das diferenças globais na expectativa de vida ao nascer. Ao mesmo tempo, as desigualdades estão aumentando nas capacidades avançadas – refletindo aspectos da vida que provavelmente se tornarão mais importantes no século XXI, porque serão habilitadores de oportunidades no futuro. Há evidências de disparidades em uma ampla gama de capacidades avançadas, como: proporção da população adulta com ensino superior crescente nos países de alto desenvolvimento humano – crescendo seis vezes mais rápido quando comparada às populações dos países com baixo desenvolvimento humano; as assinaturas de banda larga fixa crescendo 15 vezes mais rápido nos países de desenvolvimento humano muito alto; e, por fim, acesso às tecnologias digitais como fator disruptivo em tempo de pandemia por habilitarem informações, acesso aos serviços, circulação de mercadorias, manutenção dos níveis de emprego, ensino escolar remoto, entre outros. Existem desigualdades incorporadas há décadas e mesmo séculos no Brasil, bem como aquelas consideradas de “segunda geração”, associadas às capacidades que os países e as pessoas necessitarão para viver no futuro imediato impactado pelas novas tecnologias relacionadas ao que se denomina IV Revolução Industrial (Internet das Coisas (*IoT*), *Big Data* e *Machine Learning*, Nanotecnologia e Novos Materiais, Indústria 4.0, Manufatura Aditiva).

Qualquer reflexão acerca da atualidade ou investigação referente ao porvir deve, obrigatoriamente, valer-se da observação simultânea desses dois universos relacionados com a desigualdade. Nesse sentido, primou-se por construir painéis de dados que explicitem a desigualdade brasileira, com correlação direta e indireta à saúde (no tocante à capacidade imediata para enfrentamento bem como das vulnerabilidades generalizadas exacerbadas pela COVID-19), capazes de contribuir para a compreensão do presente e perscrutação do futuro concernentes ao desenvolvimento humano. Os painéis aqui apresentados originaram-se da obtenção, organização e análise de dados oriundos de fontes secundárias capazes de contemplar o escopo temático proposto para este artigo.

### 3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Visando discutir determinados aspectos da desigualdade brasileira enquanto condicionalidades e determinantes à saúde para debater o impacto da COVID-19 nos diversos grupos e suas consequências para o desenvolvimento humano, seguem abaixo três painéis, consolidados, que abarcam informações referentes ao mercado de trabalho, à infraestrutura, à vulnerabilidade e à saúde.

#### 3.1 MERCADO DE TRABALHO

Antes de esmiuçarmos questões relativas ao mercado de trabalho brasileiro, sob o recorte estadual, é importante explicitar algumas informações, em nível nacional, concernentes às questões do gênero, da cor e do nível de instrução.

Segundo a PNAD Contínua/IBGE de 2018, o rendimento médio no Brasil, para pessoas de 14 anos ou mais, foi de R\$ 2.163,00. Entretanto, esse valor “médio” diverge muito sob os prismas do gênero, da cor e do nível de instrução. Enquanto os homens recebem, em média, R\$ 2.382,00, as mulheres recebem, em média, R\$ 1.874,00 (os homens recebem 27,11% a mais). Por outro lado, enquanto os brancos recebem, em média, R\$ 2.796,00, os pretos ou pardos recebem, em média, R\$ 1.608,00 (os brancos recebem 73,9% a mais). Quando “misturamos” gênero e cor, as disparidades se ampliam ainda mais. O rendimento médio do homem branco é R\$ 3.138,00; da mulher branca é R\$ 2.379,00; do homem preto é R\$ 1.762,00; e o da mulher preta, R\$ 1.394,00. Ao confrontarmos as duas pontas desse universo amostral, chegamos à triste conclusão de que o rendimento médio do homem branco é 2,25 vezes maior que o das mulheres pretas<sup>(4)</sup>.

A desigualdade no país também é observada nos diferentes níveis educacionais. O rendimento médio daqueles que não possuem instrução ou possuem fundamental incompleto é de R\$ 1.165,00; dos que possuem ensino fundamental completo ou médio incompleto é de R\$ 1.360,00; daqueles que possuem ensino médio completo ou superior incompleto é de R\$ 1.781,00; e dos que possuem ensino superior completo é de R\$ 4.749,00. Aqui a diferença é ainda maior nos extremos: o rendimento médio dos trabalhadores com superior completo é 4,1 vezes maior que o dos trabalhadores que não possuem instrução ou possuem fundamental incompleto.

**TABELA I.** Mercado de Trabalho e Rendimento

Brasil Regiões e Estados	Vulnerabilidade econômica imediata					Rendimento médio real do trabalho principal habitualmente recebido por mês pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, 2018 (1)				
	% população com 14 anos ou mais no mercado formal 2019	% população que tem como renda o trabalho doméstico 2019	% população que tem como renda o trabalho autônomo 2019	% população entre 15 e 29 anos que não estuda e não trabalha 2018	% população com 14 anos ou mais no mercado formal 2019	Total	Trabalhado com vínculo formal e empregadores (2)	Posição na ocupação		
								Empregado sem carteira	Trabalhador doméstico sem carteira	Trabalhador por conta própria
Brasil	58,81	6,70	26,00	21,41	58,81	2 163	2 766	1 396	738	1 648
<b>Norte</b>						1 667	2 504	1 256	573	1 061
Rondônia	48,45	4,70	29,70	22,51	48,45	1 958	2 506	1 212	595	1 697
Acre	49,68	6,20	32,10	26,74	49,68	1 718	2 498	1 381	568	997
Amazonas	41,21	4,40	32,60	22,05	41,21	1 531	2 302	1 135	576	913
Roraima	52,36	7,20	27,50	21,22	52,36	2 267	3 291	1 681	714	1 142
Pará	37,85	6,40	35,90	23,55	37,85	1 551	2 471	1 243	542	956
Amapá	45,24	5,90	37,30	27,30	45,24	1 944	2 756	1 380	648	1 184
Tocantins	50,63	7,40	25,70	21,11	50,63	1 872	2 675	1 340	621	1 319
<b>Nordeste</b>						1 441	2 180	962	474	954
Maranhão	39,85	6,80	32,70	29,94	39,85	1 249	2 021	947	459	845
Piauí	40,85	7,40	32,00	23,62	40,85	1 320	2 235	909	440	744
Ceará	44,55	7,30	29,10	26,56	44,55	1 419	2 191	900	483	951
Rio Grande do Norte	51,39	6,60	28,40	26,39	51,39	1 591	2 309	1 056	516	977
Paraíba	46,83	6,40	31,50	24,42	46,83	1 477	2 364	969	451	820
Pernambuco	51,89	6,30	29,10	27,17	51,89	1 529	2 186	968	476	1 000
Alagoas	51,72	6,70	27,00	33,11	51,72	1 507	1 935	1 073	532	1 273
Sergipe	45,45	7,20	27,90	26,91	45,45	1 609	2 411	893	527	1 056
Bahia	44,67	7,20	30,00	25,72	44,67	1 420	2 138	983	461	991
<b>Sudeste</b>						2 491	2 996	1 703	866	2 006
Minas Gerais	59,72	7,50	24,90	17,96	59,72	1 846	2 292	1 264	689	1 501
Espírito Santo	57,88	6,60	25,30	21,74	57,88	1 952	2 417	1 468	685	1 584
Rio de Janeiro	62,57	7,00	28,30	21,66	62,57	2 551	3 112	1 692	905	1 979
São Paulo	68,12	6,70	21,40	19,82	68,12	2 800	3 270	2 003	951	2 307

Brasil Regiões e Estados	Vulnerabilidade econômica imediata					Rendimento médio real do trabalho principal habitualmente recebido por mês pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, 2018 (1)				
	% população com 14 anos ou mais no mercado formal 2019	% população que tem como renda o trabalho doméstico 2019	% população que tem como renda o trabalho autônomo 2019	% população entre 15 e 29 anos que não estuda e não trabalha 2018	% população com 14 anos ou mais no mercado formal 2019	Total	Trabalhado com vínculo formal e empregadores (2)	Posição na ocupação		
								Empregado sem carteira	Trabalhador doméstico sem carteira	Trabalhador por conta própria
<b>Sul</b>						2 358	2 690	1 509	903	2 151
Paraná	65,31	6,10	24,60	16,55	65,31	2 370	2 775	1 442	890	2 092
Santa Catarina	72,37	4,80	22,30	13,19	72,37	2 341	2 551	1 609	1 019	2 194
Rio Grande do Sul	66,26	5,80	25,20	14,81	66,26	2 357	2 706	1 526	864	2 184
<b>Centro-Oeste</b>						2 415	2 982	1 722	802	1 855
Mato Grosso do Sul	63,15	7,80	22,50	16,68	63,15	2 150	2 555	1 721	745	1 711
Mato Grosso	58,70	6,80	26,10	18,15	58,70	2 242	2 609	1 732	709	2 067
Goiás	59,02	8,00	25,60	17,23	59,02	2 028	2 503	1 547	757	1 626
Distrito Federal	69,95	7,90	19,40	18,11	69,95	3 749	4 594	2 291	1 153	2 374

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018 e 2019.

Nota: (1) Rendimentos deflacionados para reais médios de 2018. (1) Ocupadas na semana de referência (R\$). (2) Inclui empregados e os trabalhadores domésticos com carteira de trabalho, militares, servidores estatutários, empregadores.

Os dados sobre renda e mercado de trabalho são um dos principais indicadores de desigualdade no Brasil. A **Tabela 1** acima revela disparidades profundas entre regiões e estados.

Na perspectiva regional, destaca-se a distância entre a região mais rica, Sudeste, e a mais pobre, Nordeste. A primeira possui rendimento médio de R\$ 2.491,00, 72,9% acima da segunda, de R\$ 1.441,00. Apenas duas regiões nacionais possuem todos os estados com rendimento médio superior a R\$ 2 mil: a Sul e a Centro-Oeste. Por outro lado, o maior rendimento médio nordestino não ultrapassa os R\$ 1.609,00 (Sergipe).

Sob a ótica Estadual, as desigualdades apresentam-se intra e entre Estados. O Distrito Federal é a unidade federativa que possui o rendimento médio mais elevado, R\$ 3.749,00, três vezes superior ao do estado menos favorecido neste quesito, o Maranhão (R\$ 1.249,00). Duas regiões revelaram maior disparidade entre os seus estados. A maior foi no Centro-Oeste: o rendimento médio do Distrito Federal é 85% superior ao de Goiás (R\$ 2.028,00); em seguida, a maior disparidade vem do Sudeste: o rendimento médio de São Paulo (R\$ 2.800,00) fica 51,7% acima do de Minas Gerais (R\$ 1.846,00).

Ao analisarmos o setor formal da economia, percebemos desigualdades preocupantes. Tradicionalmente, o Distrito Federal, em virtude da expressiva participação do setor público como empregador, possui os maiores rendimentos (R\$ 4.594,00). Esse valor é 2,4 vezes superior ao menor rendimento formalizado, de R\$ 1.935,00 (Alagoas). À exceção do Distrito Federal, apenas três estados apresentaram rendimento médio formalizado acima dos R\$ 3 mil: Roraima (R\$ 3.291,00), São Paulo (R\$ 3.270,00) e Rio de Janeiro (R\$ 3.112,00). Com relação à taxa de formalização, as diferenças são gritantes. Enquanto a média nacional é de 58,81%, no Pará, a taxa é de 37,85%, contrastando significativamente com Santa Catarina (72,37%).

No que diz respeito à posição na ocupação, evidencia-se não só a desigualdade, mas também o baixo nível dos rendimentos, indicando sérios entraves ao desenvolvimento humano. O rendimento médio no Brasil informal é R\$ 1.396,00, variando de R\$ 893,00 no Sergipe a R\$ 2.003,00 em São Paulo e R\$ 2.291,00 no Distrito Federal. A situação mais precária é, sem dúvida, a do trabalhador doméstico sem carteira assinada. Os únicos dois estados em que o rendimento médio dessa categoria ultrapassa os mil reais são Santa Catarina (R\$ 1.019,00) e Distrito Federal (R\$ 1.153,00); no Piauí, atinge míseros R\$ 440,00. O estado que possui a maior participação de trabalhadores cuja renda origina-se do trabalho doméstico é Goiás, com 8%. Ainda dentro do universo informal, observa-se uma situação “menos pior” por parte dos trabalhadores autônomos, mas ainda consideravelmente desigual. Enquanto seu rendimento médio no Brasil é de R\$ 1.648,00, suas variações oscilam entre R\$ 744,00 no Piauí e R\$ 2.307,00 em São Paulo e R\$ 2.374,00 no Distrito Federal. O Estado que possui a maior participação de trabalhadores cuja renda origina-se do trabalho autônomo é o Amapá, com 37,30%.

Por fim, um dado preocupante à questão da desigualdade e do desenvolvimento humano: o percentual da população entre 15 e 29 anos que não trabalha nem estuda. As pessoas situadas nesse contexto têm sérias restrições ao seu próprio desenvolvimento pessoal e diminutas condições de contribuir para o desenvolvimento do conjunto da nação; encontram-se imobilizadas, e sua capacidade para sair da atual crise é bastante limitada, ocasionando a perpetuação e mesmo aprofundamento dos elevados níveis de desigualdade e contrapondo-se ao incremento do desenvolvimento humano. No Brasil, 21,41% da população entre 15 e 29 anos não trabalha nem estuda. Apenas 9 estados brasileiros possuem menos de 20% da população nessa condição; Santa Catarina é o que detém o menor índice: 13,19%. Por outro lado, 9 estados brasileiros possuem mais de 25% da população nessa situação; Alagoas detém o maior índice: 33,11%.

**TABELA 2** – Desenvolvimento Humano, Pobreza e Infraestrutura

Brasil e Estados	Desenvolvimento				Desigualdade	Pobreza	Saneamento	Habitação	
	Desenvolvimento Humano								
	IDHM (2017) (1)	IDHM Educação (2017) (1)	IDHM Renda (2017) (1)	IDHM Longevidade (2017) (1)	Gini da renda (2017) (2)	% da população vivendo com menos de \$1.90 PPC 2011 (2018) (3)	% de famílias cadastradas no CadÚnico acessando o PBF (2019) (3)	% de pessoas residindo em domicílios com ausência de abastecimento de água por rede geral (2018) (4)	% de aglomerados subnormais (2019) (4)
Brasil	0,778	0,742	0,85	0,747	0,547	6,52	55,19	15,09	13,20
Acre	0,719	0,682	0,821	0,664	0,566	14,38	72,43	45,90	8,53
Alagoas	0,683	0,636	0,783	0,639	0,53	17,23	70,53	22,81	6,68
Amazonas	0,733	0,735	0,786	0,682	0,602	13,78	67,65	28,16	34,59
Amapá	0,74	0,71	0,82	0,695	0,594	9,79	62,92	40,94	21,58
Bahia	0,714	0,654	0,812	0,685	0,598	12,95	66,77	16,07	10,62
Ceará	0,735	0,717	0,818	0,676	0,559	12,49	65,57	21,30	9,20
Distrito Federal	0,85	0,804	0,89	0,859	0,591	3,11	50,70	5,00	6,65
Espírito Santo	0,772	0,732	0,85	0,74	0,509	3,97	42,87	14,37	26,10
Goiás	0,769	0,74	0,822	0,747	0,49	3,10	41,21	12,29	1,55
Maranhão	0,687	0,682	0,764	0,623	0,538	19,93	73,12	29,96	7,85
Minas Gerais	0,787	0,753	0,875	0,741	0,503	3,52	44,62	11,33	3,43
Mato Grosso do Sul	0,766	0,71	0,847	0,748	0,479	2,95	32,79	11,92	0,74
Mato Grosso	0,774	0,758	0,825	0,742	0,467	2,39	33,57	20,01	1,99
Pará	0,698	0,661	0,788	0,654	0,525	11,81	68,11	50,39	19,68
Paraíba	0,722	0,671	0,809	0,694	0,562	11,24	71,56	24,05	5,07
Pernambuco	0,727	0,685	0,821	0,682	0,556	11,41	66,45	23,90	10,55
Piauí	0,697	0,666	0,771	0,66	0,541	14,15	73,66	14,92	5,49
Paraná	0,792	0,764	0,843	0,771	0,488	2,71	31,27	9,75	3,57
Rio de Janeiro	0,796	0,763	0,858	0,769	0,517	3,80	54,93	11,26	12,63
Rio Grande do Norte	0,731	0,677	0,849	0,68	0,529	10,31	62,88	14,88	3,97
Rondônia	0,725	0,703	0,776	0,699	0,456	4,71	35,61	58,01	4,37
Roraima	0,752	0,771	0,781	0,706	0,546	8,43	52,41	13,11	2,12
Rio Grande do Sul	0,787	0,729	0,849	0,787	0,489	1,93	40,22	10,18	3,50



Brasil e Estados	Desenvolvimento				Desigualdade	Pobreza	Saneamento	Habitação	
	Desenvolvimento Humano								
	IDHM (2017) (1)	IDHM Educação (2017) (1)	IDHM Renda (2017) (1)	IDHM Longevidade (2017) (1)	Gini da renda (2017) (2)	% da população vivendo com menos de \$1,90 PPC 2011 (2018) (3)	% de famílias cadastradas no CadÚnico acessando o PBF (2019) (3)	% de pessoas residindo em domicílios com ausência de abastecimento de água por rede geral (2018) (4)	% de aglomerados subnormais (2019) (4)
Santa Catarina	0,808	0,779	0,866	0,783	0,42	1,44	31,63	16,46	1,46
Sergipe	0,702	0,64	0,799	0,677	0,557	13,92	68,35	13,80	7,37
São Paulo	0,826	0,828	0,854	0,796	0,528	2,75	40,74	4,17	7,09
Tocantins	0,743	0,727	0,811	0,696	0,505	6,59	44,97	18,55	2,14

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018. MC, Cadastro Único para Programas Sociais 2019. IBGE, 2017 apud FJP; IPEA; PNUD, 2019. IBGE, 2019

Notas: (1) Quanto maior, melhor. (2) Quanto menor, melhor. (3) Quanto mais famílias beneficiadas, maior a quantidade de pessoas em situação de vulnerabilidade. (4) Aglomerado Subnormal é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes, como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros. Enquanto referência básica para o conhecimento da condição de vida da população brasileira em todos os municípios e nos recortes territoriais intramunicipais – distritos, subdistritos, bairros e localidades –, o Censo Demográfico aprimora a identificação dos aglomerados subnormais. Assim, permite mapear a sua distribuição no País e nas cidades e identificar como se caracterizam os serviços de abastecimento de água, coleta de esgoto, coleta de lixo e fornecimento de energia elétrica nestas áreas, oferecendo à sociedade um quadro nacional atualizado sobre estas partes das cidades que demandam políticas públicas especiais.

A **Tabela 2** traz dados que demonstram desigualdades profundas ligadas ao desenvolvimento humano, à pobreza e à infraestrutura. São áreas centrais relacionadas com os impactos dos desafios sanitários e às possibilidades do futuro pós-pandemia, porque refletem o nível de desenvolvimento das sociedades e a capacidade de enfrentamento da população ante as adversidades<sup>(4)</sup>.

Os indicadores apresentados na **Tabela 2**, entre eles o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), são importantes medidas do bem-estar da população e do estágio das capacidades adquiridas pelos indivíduos numa determinada sociedade. Pelos dados da **Tabela 2**, observamos no Brasil discrepâncias consideráveis em todos os índices ao compararmos as unidades estaduais. No tocante ao IDHM, o gradiente de variação é de 24,4%: vai de 0,683 em Alagoas até 0,85 no Distrito Federal. No IDHM Educação, área estratégica para a geração de conhecimento e capacidades para o enfrentamento da pandemia e para a construção de um futuro promissor, o espectro varia de 0,636 em Alagoas a 0,828 em São Paulo. Com relação ao IDHM Longevidade, importante índice relacionado ao porvir, a situação é mais precária no Nordeste: nenhum estado superou a marca de 0,694 alcançada pela Paraíba. Este indicador, quando comparado à marca de 0,859 (IDHM L) do Distrito Federal, revela a força dos padrões de distanciamento nacional no



que concerne ao acesso à saúde e suas políticas correlatas. É importante registrar que o mais fraco desempenho no Brasil ficou a cargo do Maranhão (0,623). Também a leitura do coeficiente de Gini revela a profundidade da desigualdade na distribuição de renda em todo o país e entre seus estados. A melhor distribuição de renda no Brasil encontra-se em Santa Catarina (0,42); e a pior, no Amazonas (0,602). É igualmente importante registrar que 9 entre os 26 estados e o Distrito Federal ostentam um coeficiente de Gini pior que o índice nacional, de 0,547. São eles: Acre, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Paraíba, Pernambuco e Sergipe.

A pobreza e a dependência de recursos públicos para a sobrevivência cotidiana são ainda um grave problema no Brasil, em que pesem os avanços nas últimas décadas. Muitas pessoas vivem abaixo da linha da extrema pobreza estipulada pelo Banco Mundial e, portanto, necessitam cotidianamente de auxílios dos programas estaduais e federais para viver. São milhões de pessoas vulneráveis, com baixo acesso à educação, saúde e moradia, o que dificulta o combate à COVID-19 e a recuperação após a pandemia. Os dados relativos à pobreza aqui expostos são graves por duas razões: explicitam o montante ainda considerável de pessoas vivendo em condições precárias no Brasil e enfatizam as diferenças entre os estados. Tanto em um caso quanto no outro, revelam a triste realidade de nossa desigualdade. No Brasil, 6,52% da população vive abaixo da linha de pobreza. Tais índices, entretanto, divergem muito entre as regiões e os estados.

A região Sul abarca os dois estados com os índices de pobreza mais diminutos: Santa Catarina, com 1,44%, e Rio Grande do Sul, com 1,93%. No extremo oposto, encontra-se o Nordeste. A região detém as duas piores taxas: o Maranhão, com 19,93%, e Alagoas, com 17,23%. Outro indicador de vulnerabilidade é o percentual de famílias registradas no cadastro único que acessam o Programa Bolsa Família (PBF). Quanto mais elevada é essa porcentagem, maior é a quantidade de famílias em condições vulneráveis. Assim como os dados de pobreza, os números relativos aos percentuais de famílias registradas no Cadastro Único que acessam o PBF desnudam a quantidade ainda considerável de brasileiros vivendo na precariedade ao passo que explicitam as diferenças estaduais. O Piauí conta com o pior índice: 73,66% das famílias registradas no Cadastro Único acessam o PBF; na outra ponta, destaca-se o Paraná, com 31,27%.

Os dados relativos à habitação e saneamento estão umbilicalmente ligados ao enfrentamento da atual crise e às perspectivas pós-pandemia, na medida em que se relacionam com as questões de propagação da COVID-19 e da capacidade de resiliência e sanidade da população. No Brasil, ainda é expressiva a quantidade de pessoas residindo em domicílios com ausência de abastecimento de água por rede geral: 15,09% encontram-se nessa situação. Alguns índices são alarmantes e revelam a desigualdade intra e entre estados. Enquanto em Rondônia 58,01% das pessoas reside em habitações sem abastecimento de água via rede geral, esse número cai para 4,17% em São Paulo. No tocante ao percentual de aglomerados subnormais, as desigualdades são gritantes: enquanto 34,59% habitam nesta situação no Amazonas, tal número é de apenas 0,74% em Mato Grosso do Sul.

**TABELA 3** - Saúde

Brasil e Estados	Número de médicos a cada 10.000 habitantes	Número de enfermeiros a cada 10.000 habitantes	Número de leitos hospitalares a cada 10.000 habitantes	Número de leitos de UTI		Número de respiradores a cada 10.000 habitantes	% da população atendida exclusivamente pelo SUS	% da população com acesso a serviços de atenção básica de saúde
				Público	Privado			
Brasil	23,35	106,44	23,34	1,53	1,32	3,14	77,60	74,76
Acre	10,51	92,92	19,07	1,50	0,69	1,72	95,21	78,85
Alagoas	14,47	80,24	19,81	1,46	0,69	1,65	89,05	80,91
Amazonas	11,99	112,66	15,93	1,68	0,54	2,17	87,39	70,40
Amapá	9,06	156,70	14,92	1,08	0,93	1,11	92,29	70,82
Bahia	15,20	87,79	21,53	1,18	0,87	2,13	89,29	81,03
Ceará	15,63	83,49	22,36	1,36	0,78	2,28	86,17	85,23
Distrito Federal	43,90	174,31	27,25	1,27	3,97	6,67	70,34	53,36
Espírito Santo	25,11	104,39	23,77	1,61	1,91	3,79	72,29	74,86
Goiás	18,88	84,15	27,27	1,35	1,19	2,41	83,63	74,75
Maranhão	8,14	77,82	21,21	1,10	0,66	1,50	93,31	87,37
Minas Gerais	24,92	88,19	21,82	1,64	0,86	2,99	75,99	89,33
Mato Grosso do Sul	19,93	82,01	22,47	1,45	0,95	3,26	78,88	76,94
Mato Grosso	16,08	84,35	24,14	1,40	1,90	4,10	83,40	76,30
Pará	9,45	85,89	18,50	1,25	0,76	1,78	90,89	65,72
Paraíba	17,77	100,42	22,56	1,67	0,68	2,29	89,77	98,81
Pernambuco	18,21	111,16	25,12	1,51	1,15	3,04	85,96	80,56
Piauí	14,65	112,54	24,42	1,18	0,60	1,42	90,10	99,98
Paraná	24,28	89,66	27,15	2,02	1,13	3,30	75,06	75,67
Rio de Janeiro	39,41	163,74	24,92	1,53	2,88	4,57	68,83	60,89
Rio Grande do Norte	16,86	104,58	22,84	1,33	0,82	2,18	85,72	83,65
Rondônia	15,95	98,01	26,36	1,63	0,80	2,77	91,66	75,28
Roraima	13,67	139,76	20,37	1,44	0,21	2,49	95,31	71,74
Rio Grande do Sul	28,44	110,76	29,33	1,92	0,92	3,05	77,72	74,29
Santa Catarina	22,56	85,32	23,56	1,44	0,76	2,95	79,52	91,24
Sergipe	17,14	102,31	16,05	1,59	0,67	2,24	86,26	91,21
São Paulo	30,14	120,62	23,24	1,60	1,81	4,10	62,69	59,98
Tocantins	15,77	114,75	21,73	1,49	0,83	2,07	93,26	94,28

Fonte: COVID - Conselho Federal de Medicina, 2020 e IBGE, 2018. DATASUS, 2019. DATASUS, 2020 e IBGE, 2018. ANS, 2020 e IBGE, 2018. MS, Egestorab, 2020.

Avaliar a desigualdade no universo da Saúde é essencial para o combate à pandemia e para a construção de um futuro mais humano, justo e desenvolvido. A constatação das diferenças e dos pontos de estrangulamento é o primeiro passo à formulação de estratégias e políticas que atendam às necessidades sanitárias e de bem-estar do conjunto da população brasileira. Os dados acima, todos referentes ao ano de 2019 e oriundos do DataSUS, ANS ou IBGE, revelam disparidades acentuadas entre os estados brasileiros no que diz respeito aos equipamentos e recursos humanos na área da Saúde <sup>(5-8)</sup>.

A proporção de médicos e enfermeiros oscila muito no Brasil. A média nacional é de 23,35 médicos para cada 10 mil habitantes. Entretanto, há muitos estados abaixo desse patamar, destacadamente nas regiões Nordeste e Norte. Aqueles que se encontram em pior situação são o Maranhão (8,14) e o Amapá (9,06). No extremo oposto, situam-se o Distrito Federal (43,90) e o Rio de Janeiro (39,41). Proporcionalmente, o Distrito Federal tem 5,4 vezes mais médicos que o Maranhão. No que se refere à quantidade de enfermeiros para cada 10 mil habitantes, as diferenças extremas são menores, mas ainda assim consideráveis. Enquanto o Maranhão possui a razão de 77,82 enfermeiros para 10 mil, e Alagoas, 80,24; o Amapá possui 156,70; o Rio de Janeiro, 163,74; e o Distrito Federal, 174,31 <sup>(9,10)</sup>.

A quantidade de leitos hospitalares em geral e a de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, vitais no combate à COVID-19, variam consideravelmente. O Amapá dispõe de apenas 14,92 leitos hospitalares para cada 10 mil pessoas. Por outro lado, esse número é de 29,33 no Rio Grande do Sul. Com relação aos leitos de UTI, Roraima é o Estado que se encontra em pior situação: 1,65 leito de UTI para cada 10 mil pessoas; já o Distrito Federal é o mais privilegiado nesse quesito (5,24). Quando separamos as UTI dispostas nos setores público e privado, o resultado é o seguinte: a) UTI no setor público – Amapá (1,08) e Paraná (2,02); b) UTI no setor privado – Roraima (0,21), Rio de Janeiro (2,88) e Distrito Federal (3,97).

Quando observamos o número de respiradores para cada 10 mil habitantes, quesito essencial no enfrentamento do novo coronavírus, as disparidades são grandes. Apenas quatro estados possuem mais que 4 respiradores para cada 10 mil pessoas: Mato Grosso (4,10), São Paulo (4,10), Rio de Janeiro (4,57) e Distrito Federal (6,67). Já os menos favorecidos nesse quesito são Piauí (1,42) e Amapá (1,11).

O atendimento disponibilizado pelo SUS é um patrimônio nacional. No Brasil, 77,6% das pessoas frequentam única e exclusivamente o SUS, o que mostra a importância desse Sistema e a necessidade constante de sua evolução e aprimoramento. Oito estados brasileiros apresentam percentual da sua população atendida exclusivamente pelo SUS acima de 90%: Piauí (90,10%), Pará (90,89%), Rondônia (91,66%), Amapá (92,29%), Tocantins (93,26%), Maranhão (93,31%), Acre (95,21%) e Roraima (95,31%).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados revelou disparidades consideráveis na sociedade brasileira. Em quaisquer das óticas aqui abordadas (a saúde, a educação, a infraestrutura, o mercado de trabalho, a cor, o gênero e as denominadas vulnerabilidades), a desigualdade apresentou-se marcante. Sua complexidade e sua

multidimensionalidade demonstram que a avaliação das desigualdades no desenvolvimento humano exige uma revolução nas métricas. Mesmo que, ao longo das últimas décadas, muitos indicadores concernentes à qualidade de vida e base material tenham melhorado no Brasil, colocando parte considerável da população acima dos níveis mínimos em desenvolvimento humano, a distância entre ricos e pobres, brancos e negros, homens e mulheres ou entre pessoas com diferentes níveis educacionais ainda é grande <sup>(11-13)</sup>.

Tais constatações são relevantes enquanto condicionalidades e determinantes para a saúde e para o estudo do impacto da COVID-19 nos diversos grupos e suas consequências para o desenvolvimento humano. Nenhuma política pública eficaz de saúde pode prescindir do conhecimento acerca das desigualdades aqui apresentadas. Estratégias de consolidação, expansão e fortalecimento dos sistemas sanitários, seja na prevenção ou combate de doenças, infestações ou pandemias, devem levar em consideração as disparidades na renda, educação, habitação, infraestrutura e acesso aos equipamentos de saúde discutidas neste trabalho. O planejamento de longo prazo objetivando a expansão quantitativa e qualitativa do Sistema Nacional de Saúde, que envolve, entre outras coisas, a alocação eficiente de recursos humanos e financeiros, demanda o prévio conhecimento das estruturas econômicas e sociais díspares vivenciadas nas regiões e estados brasileiros. O futuro ideal é aquele no qual todas as regiões e estados incrementem sua infraestrutura sanitária, ampliem sua capacidade de atendimento e contemplem o conjunto da população brasileira; um futuro que prima pela homogeneização dos serviços de saúde e que, portanto, diminua ao máximo as desigualdades hoje existentes. Tamanha conquista extrapola o combate à atual pandemia e remete à construção de um futuro no qual o desenvolvimento humano seja o objetivo supremo das ações que envolvam o poder público, a sociedade civil e o setor privado.

A persecução de uma sociedade mais justa, principalmente em meio à pandemia, passa, obrigatoriamente, pela expansão da infraestrutura e dos serviços sanitários. Um sistema público de saúde abrangente e de qualidade acarreta externalidades positivas que extrapolam a questão sanitária. A cobertura universal na saúde garante o combate às mazelas da COVID-19 (mediante a prevenção, tratamento e acesso à vacina), assegura a manutenção de serviços sanitários básicos (relacionados à nutrição, ao combate às doenças oriundas da escassez de saneamento, à reprodução humana, aos problemas psicológicos e psiquiátricos exacerbados pela conjuntura pandêmica), gera postos de trabalho e fortalece a sociedade diante de uma possível segunda onda virótica ou das futuras crises de natureza econômica, social, política ou ambiental. A atual crise mostrou que subinvestimentos na saúde acarretam efeitos devastadores na economia e na sociedade.

Para tanto, o enfrentamento da miríade de desigualdades no Brasil por intermédio, mas não somente, do fortalecimento do Sistema Público de Saúde e da expansão das políticas sociais demanda um esforço coordenado entre sociedade civil, setor privado e governos nas esferas municipais, estaduais e federais, assim como nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. A pandemia nos deixou uma lição: que a sua superação demanda a ampliação dos instrumentos e mecanismos de solidariedade dispostos na sociedade brasileira. Um novo pacto social que confronte os problemas sanitários, econômicos, sociais e ambientais deve ser perseguido pela sociedade, sendo este o único caminho para superarmos a crise atual e rumarmos à Agenda 2030.

## REFERÊNCIAS

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do presente: as desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. New York: PNUD; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. [Acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>.
3. Dolce J. Desigualdade social é fator de risco para mortes de crianças e adolescentes por Covid-19 no país. Pública [Internet]. 9 jun 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://apublica.org/2020/06/desigualdade-social-e-fator-de-risco-para-mortes-de-criancas-e-adolescentes-por-covid-19-no-pais/#Link1>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?edicao=25199&t=resultados>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. TabNet DataSus [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipobr.def>.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais. Portal ANS [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais – SIS [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=downloads>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados Subnormais 2019: Classificação Preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19 – Notas técnicas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717\\_notas\\_tecnicas.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_notas_tecnicas.pdf).
9. Conselho Federal de Medicina. Portal CFM [Internet] [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica).
10. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em Números [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
11. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Portal Atlas Brasil [Internet] [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/radar-idhm/>.

12. Brasil. Ministério do desenvolvimento Social. Cadastro Único [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad20/tab\\_cad.php](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad20/tab_cad.php).
13. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor - Cobertura da Atenção Básica [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=YPTL0UG4OR3ZwZ9sdUd7cv0w>.

# DEMOCRACIA E SAÚDE

José Eduardo Martins Cardozo<sup>1</sup>

Lilian Rose Lemos Rocha<sup>2</sup>

**RESUMO:** Nos Estados Sociais de Direito, o direito à saúde deve ser considerado como um dos direitos fundamentais a ser promovido no exercício do poder político, garantido pelo conjunto normativo composto pelos princípios constitucionais e regras legais ou administrativas. O presente ensaio apresenta reflexões sobre a relação existente entre a democracia e o direito à saúde, nos dias atuais, com a pretensão de não limitar a análise à obviedade jurídico-política. Apresentados elementos históricos, conceituais e práticos acerca do tema, concluiu-se que os problemas da democracia apenas podem ser resolvidos satisfatoriamente por meio da ampliação da própria democracia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Estados Sociais de Direito. Democracia. Democracia Participativa.

---

1 Graduado e Mestre em Direito pela PUC/SP e doutorando pelas Universidades de São Paulo-USP e de Salamanca (Espanha). Ex-Ministro de Estado da Justiça (2011 a 2016) e ex-Ministro da Advocacia-Geral da União (2016). Ex-Secretário de Governo (1989 a 1992), Vereador (1995 a 2001), Presidente da Câmara Municipal de São Paulo (2000 e 2001) e Deputado Federal (2002 a 2010). Procurador Municipal concursado, foi chefe da Secretaria dos Negócios Jurídicos e Consultor da Procuradoria Geral do Município de São Paulo. Palestrante e Professor da PUC/SP e da pós-graduação do UniCEUB; <http://lattes.cnpq.br/3929408273953905>.

2 Possui graduação em Direito pela Universidade Federal da Bahia (1993). Mestrado em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília / Centro de Desenvolvimento Sustentável (2005). Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde-Unb (2015). Pós-Doutoranda pela a UERJ sob orientação do Professor Doutor Daniel Sarmento. Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-Graduação Lato sensu em Direito, do Centro Brasileiro de Estudos Constitucionais e do Observatório das Cortes Constitucionais da América Latina do Centro de Ensino Universitário de Brasília UniCEUB. <http://lattes.cnpq.br/8960977928455115>. E-mail: [lilian.rocha@ceub.edu.br](mailto:lilian.rocha@ceub.edu.br).



## I. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O pensamento humano nunca foi ou será construído à margem da experiência histórica. Sempre será limitado pelos horizontes do que se pode ver, do que se viu, do que se sente e do que foi transmitido socialmente ao *homo sapiens* de carne e osso que o produz. Mesmo que inovador e transformador, ele sempre terá, como ponto de partida e de chegada, a realidade material ou ideal coletivamente objetivada, que problematiza os fatos da vida, propulsiona a sua produção e talha os contornos das suas conclusões. Muitas vezes também se desgarra dos caminhos apontados pela ciência, curvando-se às distorções impostas pelas condicionantes ideológicas que forjam, consciente ou inconscientemente, as visões de mundo legitimadoras das relações de exploração e de dominação, com a pretensão de transformar em verdade social falsas proposições absolutas e axiomatizadas<sup>(1)</sup>.

Seria descabido imaginar-se que nada disso teria ocorrido com as reflexões dos antigos gregos sobre os diferentes modos de exercício do poder político. Debatendo o que se convencionou denominar “formas de governo”, eles apenas podiam considerar o mundo a partir dos horizontes e das condicionantes ditadas por sua própria história, como o fez pioneiramente Heródoto ao registrar a interessante discussão travada entre os reis persas Otanes, Megabizo e Dario<sup>(2)</sup>, logo sendo acompanhado por Isócrates (436 a 338 ou 336 a.C.), Xenofonte (430 a 365 a.C.), Platão (427 a 347 a.C.) e Aristóteles (384 a 322 a.C.).

Exatamente por isso, ao falarmos de “democracia”, devemos considerar que esse sistema político não possui uma “essência imutável e eterna”<sup>(3)</sup>. Embora se diga frequentemente que teria sido uma “invenção grega”, por ter sido institucionalizada na antiga Atenas, pela ação de Sólon, Clístenes e Péricles<sup>(4)</sup>, há quem conteste esse ponto de vista. Apesar da origem grega da expressão “*demokratia*”, fruto da conjugação das palavras “*demos*” (povo) e “*kratos*” (poder), afirma-se que ela remontaria à própria concepção “de que os seres humanos são fundamentalmente iguais e que a eles deve ser permitido



gerir seus assuntos coletivos de forma igualitária, usando os meios que lhes pareçam mais favoráveis”. Seria, por isso, tão antiga quanto a própria história ou a inteligência humana<sup>(5)</sup>.

Seja como for, disso não se deve extrair qualquer conclusão de que “democracia” seria uma palavra vazia. Como qualquer conceito jurídico-político indeterminado, essa expressão possui um núcleo essencial de compreensão mínima capaz de lhe atribuir certas *zonas de certeza positiva (inclusiva) e negativa (exclusiva)* de significado. Possui, contudo, uma acentuada *zona de indeterminação* linguística passível de ser submetida a diferentes dimensões axiológico-valorativas sem que se verifique o desbordar dos seus limites.

Talvez esteja na existência dessa significativa zona de indeterminação jurídico-política o principal fator propiciador da sujeição do conceito de democracia a impactantes distorções ideológicas que têm ocorrido ao longo dos tempos, normalmente impulsionadas pela necessidade de legitimação do exercício do poder político. Governos ditatoriais e até mesmo totalitários, após o século XVIII, passaram a reivindicar para si e a massificar a descabida iniciativa de serem rotulados como “governos democráticos”, tornando ainda mais complexa a exata delimitação do significado do que se deve entender propriamente por “*democracia*”.

De onde vem a importância jurídica e política da definição do núcleo básico dessa expressão? Situações institucionais que o contrariarem jamais poderão ser chamadas de “democráticas”. Somente situações institucionais que estejam a ele adequadas estão autorizadas a receber esse rótulo. Por isso, propomos a compreensão de que o núcleo central da definição de democracia diz respeito ao *modus* institucional de organização do exercício poder político que garante a presença do povo, diretamente ou por representação, na formulação do seu direcionamento, por meio de uma livre opção decisória ou da escolha de representantes, por meio de eleições livres e passíveis de serem renovadas no tempo<sup>(6-7)</sup>.

Note-se, porém, que esse próprio núcleo conceitual traz em si mesmo um complexo problema para a delimitação dos seus contornos. De fato, se a democracia deve ser vista como um sistema político que estabelece “o governo do povo”, a pergunta inexorável que necessita ser respondida é: o que propriamente se deve entender por “*povo*”?

Essa pergunta não é daquelas a qual se pode responder facilmente. Afinal, o significado de “*povo*” abarca realidades muitas vezes díspares e que podem, eventualmente, não estar necessariamente subsumidas. Por povo, podemos entender todas as pessoas submetidas ao poder político estatal ou, ainda, apenas as pessoas que possuem o direito político de poder eleger os seus representantes ou de virem a ser eleitas. Da mesma forma, também podemos tomar como referência dessa expressão apenas as pessoas que, inseridas no âmbito do território do Estado, não são excluídas concretamente dos sistemas de prestações estatais de natureza econômica, jurídica, política, médica e policial<sup>(8)</sup>.

De fato, alguém pode estar juridicamente submetido ao exercício do poder político estatal (*povo*) sem que tenha reconhecida a sua condição de *cidadão*, isto é, sem que tenha o direito de participar de quaisquer mecanismos institucionalizados de democracia direta ou mesmo

de eleger ou de ser eleito no exercício da democracia representativa. Do mesmo modo, alguém pode integrar o *povo* de um país, ter ou não reconhecida a sua *cidadania* e estar inteiramente *excluído*, total ou parcialmente, dos sistemas de prestação estatal. Por isso, proporemos, para os fins do presente estudo, chamar de *povo* todas as pessoas submetidas ao poder político de um Estado, seja por estarem situadas no âmbito do seu território, seja por possuírem uma condição (nacionalidade) que as vincula juridicamente à comunidade a que esse poder se dirige. Optaremos por chamar de *cidadãos* as pessoas do povo que têm reconhecido o direito de participar da formação do direcionamento político do Estado, pouco importando se podem fazê-lo de modo direto ou indireto. Finalmente, denominaremos *incluídos* todos os integrantes do povo que não são excluídos dos sistemas de prestação estatal.

Obviamente, a relação entre os membros do *povo*, os *cidadãos* e os *incluídos* medirá o âmbito da *eficácia real e social* do sistema democrático de um Estado. Quanto maior a relação existente entre o *povo* e o número de *cidadãos*, maior será a eficácia da *participação política real* naquela comunidade. Uma sociedade com baixos índices de participação política real tenderá a ser *menos democrática* do que outras marcadas por índices mais elevados. Por sua vez, uma sociedade em que a relação entre os membros do *povo* e os *incluídos* chega a ser total ou muito expressiva, independentemente do seu índice de participação política, deverá ser considerada uma *democracia prestacional inclusiva*. No caso oposto, será uma *democracia prestacional excludente*.

Desse modo, torna-se perfeitamente possível falar-se em democracias *plenas*, *deficientes* ou meramente *formais*. Para tanto, dever-se-á considerar o universo de pessoas em nome do qual o poder político é exercido (*povo*), analisando a sua efetiva participação política (*cidadania*) e a sua inclusão no sistema de prestação estatal (*inclusão*).

Ao incorporarmos e utilizarmos esses conceitos, na forma em que foram expostos, podemos afirmar que, na era do homem comum, todos os governos são do *povo* e para o *povo*, embora não sejam necessariamente pelo *povo* governados e nem sempre o *povo* receba o resultado das suas ações<sup>(9)</sup>.

## 2. A LEGITIMAÇÃO DEMOCRÁTICA DO PODER ESTATAL

O poder político exercido pelo Estado para manter a coesão do agrupamento social a que se dirige, conservando a ordem econômica dominante e o *status quo*, necessita ser obedecido nos seus comandos normativos abstratos e concretos. O exercício da força física para a obtenção desse resultado é importante, mas não suficiente. Para que possa ser exercido regularmente, é necessário que o *povo* esteja predominantemente convencido de que as suas ordens devem ser cumpridas. Afinal, como ensinou Weber, o emprego da violência deve ser sempre tido como a “*ultima ratio*” da atuação estatal para garantir a eficácia do poder político que deve exercer<sup>(10)</sup>.

É nessa perspectiva que devemos compreender a necessidade permanente que existe, por parte dos governantes, de buscar a *legitimação* do exercício do seu poder político. Por legitimidade,

devemos entender a crença que atribui ao titular do exercício do poder político a autoridade geradora de uma obediência incondicional e que acaba por gerar eficácia e estabilidade aos seus comandos<sup>(11)</sup>. Claramente associada à ideologia dominante, a legitimidade do exercício do poder político sempre será a aspiração de qualquer governante, independentemente da situação de fato ou de direito que o investiu nessa condição. Todo sistema político deseja não apenas a submissão fática do povo, mas o seu consentimento e a sua cooperação, como corretamente observou Ricoeur<sup>(12)</sup>.

Ao longo da história da civilização humana, vemos que o exercício do poder político frequentemente esteve amparado na crença de que adviria, direta ou indiretamente, da vontade de seres transcendentais ou de realidades sobrenaturais, a partir de concepções que não guardavam nenhuma correspondência com a realidade científica<sup>(13)</sup>. Essa visão ideológica, ao recobrir os governantes com o manto da intocabilidade divina, amparava pretensões de exercício não limitado do poder político, dando a ele feição incontestável e não submetida a qualquer controle social ou jurídico. Qualquer ordem social e econômica que exija segurança e previsibilidade jurídica para a circulação de bens e mercadorias, por óbvio, não haveria de ser consolidada em um cenário como esse.

Não deve causar nenhuma surpresa, assim, que a superação da ordem jurídica feudal e a afirmação da sociedade capitalista, ao longo dos séculos XVII e XVIII, no ocidente europeu, passaram a exigir um novo *modus* de legitimação ideológica do poder político. O Deus legitimador das relações feudo-vassálicas, do poder temporal da Igreja e do poder absoluto dos monarcas foi substituído pela ideia de *volonté generale* do povo e de *soberania popular*. A partir daquele momento histórico, a fonte legitimadora do poder estatal deixava de ser o mundo celestial e passava a ser o mundo dos homens<sup>(14)</sup>.

Embora se afirme que Spinoza seja o pensador que estabeleceu “o primeiro discurso fundador da democracia”, foi Rousseau quem elevou a democracia a uma “altitude que nenhum filósofo político antes dele entreviu ou mesmo suspeitou”<sup>(15)</sup>. Para ele, a ideia de soberania do Estado guarda intrínseca e indissolúvel relação com a “vontade geral” da sociedade que, por sua vez, confunde-se com a própria vontade do Estado<sup>(16)</sup>. A soberania do poder estatal, uma qualidade inalienável e indivisível<sup>(16)</sup>, seria a soberania do povo<sup>(15)</sup>.

Com essa formulação, o ilustre pensador francês colaborou na construção dos pressupostos teóricos pelos quais os seres humanos seriam postos no lugar que até então vinha sendo reservado ao mundo sagrado. A sociedade política passaria a não mais depender “de nenhum princípio externo”, uma vez que o poder político começava a extrair “a sua legitimidade exclusivamente dos cidadãos”<sup>(17)</sup>.

Essa nova visão fundante da legitimidade do poder político incorporou-se ao modelo de Estado que foi institucionalizado para atender às necessidades da sociedade capitalista, no decorrer do processo dialético de negação do Estado Absoluto. Denominado Estado de Direito (*Rechtsstaat*) pela doutrina alemã do Século XIX, ele foi constituído pela soma histórica de visões teóricas e experiências institucionais diferentes e difusas, inseridas em um mesmo patamar evolutivo da história na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos da América.

Por mais que tergiversem a respeito os estudiosos, do ponto de vista histórico, parece impossível retirar-se da essência do Estado de Direito a dimensão legitimadora do exercício do poder político pela *soberania popular*. A democracia, desse modo, deve ser considerada como um elemento indissociável desse modelo estatal. Um Estado não democrático, ou seja, ditatorial ou totalitário, não poderá jamais ser compreendido como um Estado de Direito. Todavia, nesse último modelo estatal, a afirmação institucional da soberania popular e da democracia não impede que “a elite hegemônica” desfrute do poder, “sempre em proveito próprio, fazendo do povo-ícone a base moral do *status quo* e da legitimação. É o que a história, o passado, a tradição de duzentos anos de continuísmo social da burguesia e das cartas constitucionais atraíçoadas nos certificam”<sup>(18)</sup>.

### 3. A CRISE DA DEMOCRACIA E DO ESTADO DE DIREITO

Tem sido opinião corrente que a democracia, enquanto forma organizativa do exercício do poder político estatal, passa por uma aguda crise histórica, de natureza teórica e institucional. Embora criticada duramente desde o seu nascimento na Antiguidade, parece ser inegável que, após ter-se transformado em um dogma político moderno, a sua concepção tem passado por abalos significativos ao longo do século XX. Seria um erro imaginar que a negação da democracia, na sua feição tradicional, tenha origem em apenas um campo político. De fato, visões políticas postadas tanto à direita como à esquerda têm sido responsáveis pela sua negação. O *fascismo* e a visão de *ditadura do proletariado* de feição marxista-leninista, na visão de muitos, parecem se apresentar como prova inegável disso.

Ao que tudo indica, ao longo das duas primeiras décadas do século XX, a crise democrática continua a persistir e ainda mais se agudiza, não se prendendo a um Estado nacional específico por razões concretas ou passíveis de serem isoladas e compreendidas *per se*. Vivemos hoje uma crise da democracia em escala global, que, naturalmente, atinge um dos alicerces centrais do próprio modelo de Estado de Direito. É bem verdade que o edifício do *Rechtsstaat* está fincado no solo idealizado do fenômeno estatal, a partir de uma estrutura estabilizada sobre a ordem econômica capitalista. Todavia, em uma construção, os abalos de quaisquer das suas vigas mestras produzem fissuras e deslocamentos em todas as outras, criando uma interação sinérgica de natureza corrosiva ou disruptiva que assume uma dimensão preocupante para qualquer observador atento. Nos Estados de Direito não é diferente.

No entanto, quais seriam as causas da crise da democracia que hoje, por vezes, parece navegar em rios subterrâneos e, em outras, parece percorrer um curso aberto e inteiramente exposto à luz do sol? Apontar-se uma única causa para esse fenômeno, certamente, haverá de qualificar um tolo reducionismo simplificador. Crises dessa natureza remontam a uma pluralidade de causas entremeadas em um novelo de situações que guardam entre si uma interação dinâmica e uma alimentação dialética recíproca. Muitos, ainda hoje, dirão que tudo remonta às suas fragilidades já apontadas por antigos pensadores gregos que viam na democracia um “sistema liberticida”<sup>(4)</sup> e

propiciador da “tirania”<sup>(19)</sup>, justamente por ser um “regime fraco” em decorrência da indisciplina do povo<sup>(15)</sup> e das paixões populares sem freios que se projetam distantes da inteligência e da razão. Outros tenderão a apontar respostas econômicas, ao afirmarem que na base de tudo estaria a “fase atual do desenvolvimento capitalista globalizado” que propiciaria um “divórcio bastante óbvio dos cidadãos com a esfera política”<sup>(9)</sup> por guardar relação, no âmbito do inconsciente coletivo, com a frustração pelo aumento perceptível da desigualdade social ao longo dos dias em que vivemos<sup>(20)</sup>.

Embora não venha ao caso descreverem-se as mutações que a concepção democrática sofreu desde o seu nascimento na antiga Atenas até os dias atuais, se houve ou não entre elas ruptura ou uma continuidade evolutiva, um ponto precisa ser observado. Na antiga Atenas, a democracia era *direta*, na medida em que os cidadãos se reuniam na ágora e deliberavam publicamente, votando, se fosse o caso, por meio de mãos erguidas. Nos Estados modernos que acolhem a democracia, como é o caso do *Rechtsstaat*, o recolhimento da *volonté generale* passou a não mais ser processado desse modo. A representação do povo por meio de uma escolha eletiva acabou sendo o critério acolhido e institucionalizado, a partir de experiências históricas consolidadas no âmbito das instituições medievais de governo monárquico e aristocrático<sup>(21)</sup>. Para alguns, o acolhimento desse critério se deveu à impossibilidade de reunir um grande universo de cidadãos em um mesmo local físico, em decorrência da elevada extensão territorial e demográfica que o fenômeno estatal passou a englobar ao longo da história<sup>(15)</sup>. Para outros, isso se prendeu a uma forma efetiva e eficiente de controle social, em larga medida vinculada à manutenção das relações de dominação<sup>(22)</sup>.

Tudo nos leva a crer, porém, que foram esses dois fatores conjugados que tornaram a *democracia representativa*, por excelência, a forma institucionalizada de expressão da soberania popular adotada nos Estados de Direito. Quando muito, atualmente, algumas constituições admitem a existência de mecanismos de *democracia participativa* que não passam de fórmulas de intervenção direta dos cidadãos reconhecidas no âmbito de uma convivência institucional harmônica, em maior ou menor escala, com as instituições próprias da democracia representativa.

Embora muitos utilizem a expressão *democracia participativa* como se fosse sinônima de *democracia direta*, vemos nisso um grave equívoco. A *democracia direta* e a *democracia representativa* devem ser vistas como realidades democráticas distintas que se excluem ou que, ao menos, convivem em campos decisórios separados que não se confundem. De fato, a *democracia participativa* implica a existência decisória predominante da *democracia representativa* e com ela normalmente interage por se situarem nos mesmos campos decisórios. Nesse sentido, a democracia participativa não passa de “um aprofundamento do modelo democrático” que possibilita “uma participação mais efetiva e direta dos cidadãos nas decisões públicas e governamentais, expressando os interesses coletivos, controlando e fiscalizando o poder público”. Representa, assim, “um passo adiante da democracia representativa”, uma vez que “sem substituí-la, vem aperfeiçoá-la e revitalizá-la na realização substantiva da legitimidade”<sup>(23)</sup>.

Em larga medida, parece correto afirmar-se que a crise que atualmente vivemos não seja, propriamente, da “*democracia*”, mas da sua específica formatação institucional em “*democracia*

*representativa*” no âmbito dos Estados de Direito. Embora hoje falar em democracia representativa possa parecer um pleonasma<sup>(22)</sup>, é necessário afirmar que a crise que hoje vivemos não é propriamente da “democracia”, mas apenas da “democracia representativa”, ao contrário do que ideologicamente muitas vezes se sugere na defesa de teses autoritárias, ditatoriais ou totalitárias. A debilitação de espaços decisórios, diante do enfraquecimento da soberania estatal em face da globalização<sup>(9)</sup>, tem propiciado uma impressão social crescente de que os Parlamentos seriam órgãos parasitários e ensejadores de gastos elevados para o seu custeio, sem a contraprestação devida em relação à satisfação dos interesses coletivos. Da mesma forma, a lentidão decisória característica dos órgãos colegiados propicia um “*gap*” entre a velocidade da decisão exigida para o poder político nos tempos atuais e a aprovação das leis, aplainando o terreno para que outros Poderes, com autorização constitucional ou não, invadam a esfera própria do Poder Legislativo, tomando decisões políticas que a ele competiriam na estrutura organizativa dos Estados de Direito.

Nessa dimensão, cada vez mais se agudiza a discussão em torno do denominado “ativismo judicial”, uma visão que muitos compreendem como sendo “a deliberada expansão do papel do Judiciário, mediante o uso da interpretação constitucional para suprir lacunas, sanar omissões legislativas ou determinar políticas públicas quando ausentes ou ineficientes”<sup>(24)</sup>. Afirma-se que o estabelecimento do *judicial review*, a partir da Constituição estadunidense, e hoje transformado em realidade inerente aos modernos Estados de Direito, permitiu a configuração de um Poder Judiciário que paira acima dos demais Poderes do Estado e que apenas se submete à sua autocontenção, sugerindo a antiga questão de saber “a quem deve competir o controle do controlador”. Inegavelmente, o denominado “ativismo judicial” também parece estar ignorando a clássica concepção de que o mérito dos atos administrativos praticados pelo Poder Executivo não poderia ser revisto pelo Poder Judiciário, sob pena de ofensa ao princípio da separação dos Poderes.

Também não se pode esquecer que o desenvolvimento acelerado dos meios de comunicação e a afirmação interativa massificada produzida pelo mundo da *web*, ao permitirem a apropriação de informações em tempo real pelos cidadãos, acabam propiciando um conflito potencial ou real permanente entre representantes e representados. Frequentemente, os primeiros tomam como correta uma certa decisão política, enquanto os representados que os elegeram avaliam que esta não seria a melhor alternativa. A transparência dada pelos instrumentos tecnológicos e o conhecimento informativo também colocam, à luz do dia, com rapidez, suspeitas de desvio ou de utilização inapropriada do dinheiro público que, submetidas à voracidade sanguinária de uma sociedade que majoritariamente prefere aplaudir o espetáculo e apupar o devido processo legal, incentivando a vaidade messiânica e hipócrita de agentes estatais que têm, no abuso de poder, a sua maior virtude, induzem os cidadãos a pensar tolamente que uma honesta e eficiente gestão da *res publica* seria um horizonte inexpugnável nos sistemas democráticos. Além disso, cada vez mais, tudo parece indicar que o mundo da *web* tem despertado nas pessoas o desejo de protagonismo individual e de participação decisória nas diferentes formas de exercício do poder no âmbito das relações humanas intersubjetivas, mesmo não tendo buscado a saudável nutrição intelectual propiciada por reflexões aprofundadas ou pelo hábito democrático de ouvir opiniões divergentes.



Neste momento em que vivemos, torna-se impossível saber para onde essa crise da Democracia representativa e do Estado de Direito nos conduzirá. Tudo indica, lembrando as palavras sempre atuais de Antônio Gramsci, que “a crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo ainda pode nascer. Nesse interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparece”<sup>(25)</sup>. Estamos vivendo, de fato, um período de intensas mudanças, em que o futuro não pode ser vislumbrado com exatidão. Apenas realidades que cada vez mais caminham para se tornar cadáveres institucionais insepultos parecem se colocar diante dos nossos olhos, assombrando, gerando angústia, insegurança e um profundo medo do que o destino possa vir a nos reservar.

Provavelmente, a democracia representativa e o Estado de Direito não permanecerão no estado em que hoje se encontram. Seguramente, a realidade dos nossos dias parece sugerir que a sua superação será inevitável, em perspectivas nacionais isoladas ou em uma nova fórmula globalizada de institucionalização do exercício do poder político. Nesse futuro de horizontes indefinidos, a humanidade poderá assistir à implementação de formas autoritárias de organização social, com a superação do Estado de Direito e a negação de qualquer forma democrática de governo, ou poderá vivenciar a institucionalização de verdadeiras fórmulas de radicalização da democracia, em que novos mecanismos de participação direta ou participativa dos cidadãos sejam encontrados, por meio da utilização dos novos instrumentos da tecnologia e da informática. Ágoras virtuais poderão substituir os antigos espaços atenienses, tornando possível a discussão coletiva e a aproximação decisória e democrática de pessoas que se encontram fisicamente distantes. Como sugere Bonavides, o futuro iminente pode revogar o passado<sup>(18)</sup>, embora seja necessário observar que uma democracia que pressuponha a utilização da informática como ferramenta tecnológica haverá de exigir plenas garantias de acesso a todos os cidadãos para que não sejam cristalizadas as desigualdades<sup>(26)</sup>.

A ampliação ou a institucionalização de mecanismos de democracia direta ou participativa passíveis de conviver com o modelo de Estado de Direito, substituindo ou convivendo de modo paralelo e harmônico com os institutos da democracia representativa, não se apresentam como inviáveis no plano jurídico ou político. Afinal, o próprio Rousseau, um dos principais artífices do modelo de Estado que mais tarde seria chamado de *Rechtsstaat*, afirmou que “a Soberania não pode ser representada pela mesma razão que não pode ser alienada; ela consiste essencialmente na vontade geral, e a vontade não se representa: ela é a mesma ou é outra, não há meio-termo”<sup>(27)</sup>.

Essa, aliás, parece ser uma reinvidicação que cada vez mais se acentua<sup>(28)</sup>, sem embargo de que, em tempos mais recentes, estejam tomando corpo e espaço social as teses autoritárias, ditatoriais ou totalitárias que negam as formas democráticas de convivência social. Por mais paradoxal que seja, a dimensão democrática das redes sociais tem-se transformado em um palco de intolerância e de difusão de *fake news*, em uma situação que exigirá esforços futuros e o encontrar de caminhos não autoritários para que a utilização dos novos instrumentos tecnológicos na construção de uma nova perspectiva democrática não seja manipulada por robôs ou pelo controle de dados que induzem à estupidez, inibem a pluralidade de ideias e o desenvolvimento da crítica respeitosa entre pessoas.

Diante da intolerância, do autoritarismo e das posturas que negam valores humanos básicos e as conquistas da ciência, todos os que defendem visões humanistas, de convivência plural e democrática não deverão apenas empunhar uma bandeira que estampe, mesmo que em letras garrafais, um simples *¡No Passarán!* Ela não parece ser suficiente para barrar os fortes ventos extremistas que inflam hoje as velas da idiotia e do oportunismo. No momento histórico em que vivemos, o *stop* deve ser substituído por um *start* em relação aos novos tempos que se abrem diante de nós. É necessário termos em mente que o modelo de Estado de Direito, defendamos ou não o modo de produção econômico que motivou a sua origem histórica nos séculos XVII e XVIII, consolidou importantes conquistas humanistas, direitos fundamentais e reconheceu a soberania popular como forma de legitimação do poder político, realidades que não podem, ao menos sem um fortíssimo retrocesso civilizatório, ser extirpadas por aqueles que tresloucadamente defendem o retorno à barbárie. Da mesma forma que o Estado de Direito, sem romper com a ordem social e econômica capitalista e equacionando em parte as suas contradições mais agudas, permitiu a migração do *Estado Liberal* para o *Estado Social*, sem alterar as suas vestes mais íntimas, nada parece obstar que se possa fazer o mesmo ao se redesenhar o *modus* de legitimação democrática do exercício do poder político que exerce, independentemente da forma organizativa de produção econômica que a humanidade possa vir a manter ou a construir no futuro. Urge que, com ousadia, valendo-nos da energia gerada pela crise em que estamos imersos, possamos construir, teórica e pragmaticamente, os mecanismos institucionais que possam ser utilizados como armas de ataque ao retrocesso, evitando não só que as forças autoritárias parem de avançar, mas garantindo que as progressistas se assenhem do futuro. É hora de novos pensadores, reproduzindo o que fizeram Locke, Montesquieu, Rousseau e tantos outros, no momento de transição do sistema feudal para o capitalismo, comecem a desenhar novas fórmulas de exercício institucionalizado do poder político que guardem maior compatibilidade com a cambiante realidade dos novos tempos.

## 4. A DEMOCRACIA E A SAÚDE

No âmbito dos Estados Sociais de Direito, devemos ter por indiscutível que o direito à saúde deve ser considerado como um dos direitos fundamentais a ser garantido e promovido no exercício do poder político. Basicamente, em cada ordenamento jurídico, ele deve compreender o conjunto normativo composto pelos princípios constitucionais e regras legais ou administrativas voltadas à prevenção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como pelas que se destinam a fixar políticas, diretrizes e organizar a prestação dos serviços públicos e privados nessa área<sup>(29)</sup>. Nesse sentido,

[...] o direito à saúde não significa somente direito de acesso à medicina curativa, mas também direito à saúde física e mental, que começa com a medicina preventiva, com o esclarecimento e educação da população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável e na quantidade necessária, campanhas de vacinação, entre outras coisas<sup>(30)</sup>.



Feitas essas considerações, cumpre agora que façamos algumas breves reflexões sobre a relação que existe na realidade dos nossos dias entre a democracia e o direito à saúde enquanto princípios incrustados nas ordens jurídicas dos Estados Sociais de Direito contemporâneos.

Uma reflexão imediata sobre a matéria certamente levará à conclusão certa de que o papel da democracia, ao menos nesse particular tipo de Estado, haverá de ser tido como fundamental para o estabelecimento de qualquer *dever-poder* público constituidor de um direito subjetivo às pessoas que estejam submetidas ao exercício do seu poder político. Afinal, nessa particular forma de manifestação do fenômeno estatal, ninguém poderá fazer ou deixar de fazer alguma coisa a não ser em virtude de uma *lei*. Nesse sentido, em quaisquer das dimensões em que possa vir a ser considerado, o direito à saúde sempre haverá de remontar a um *ato legislativo* que tenha introduzido uma *inovação primária* decorrente da *volonté generale* da coletividade.

Donde é possível afirmar-se que, em um Estado Social de Direito, o direito à saúde, tanto na sua existência quanto no âmbito da extensão do seu conteúdo, existe *si et in quantum* for ou permanecer democraticamente afirmado pelas vias normativas próprias.

A análise da relação entre a Democracia e o direito à saúde, todavia, não pode ser limitada a essa obviedade jurídico-política. Outros pontos estão a exigir um aprofundamento um pouco maior da presente reflexão.

O primeiro deles diz respeito ao campo da distinção acima empreendida entre os membros do *povo*, os *cidadãos* e os *incluídos*. De fato, a questão de qualificar um sistema democrático como *prestacional inclusivo* ou *excludente* deve passar, em larga medida, pela *análise do universo de pessoas do povo que têm condições de exercer com efetividade o seu direito à saúde*.

Naturalmente, essa discussão não passa pela análise do índice de representação política que *in concreto* existe configurado naquele sistema. Uma pessoa do povo pode ser juridicamente considerada como possuidora da cidadania e, ao mesmo tempo, estar inteiramente excluída da possibilidade de exercício do seu direito à saúde, nas diferentes perspectivas em que esse direito pode ser projetado.

A inexistência de uma maior efetividade no exercício do direito à saúde pelo universo de pessoas que forma o povo de um Estado, portanto, haverá de determinar a eficácia do seu sistema democrático e a sua classificação em *pleno*, *deficiente* ou meramente *formal*, nos termos acima expostos.

Em segundo lugar, torna-se de todo necessário considerar a relação entre a *democracia representativa* e o *direito à saúde*. Por óbvio, a crise que hoje vivenciamos em relação à representação democrática nos Estados Sociais de Direito afeta diretamente a questão da saúde da população – e não é muito difícil perceber a razão disso.

A ninguém é dado desconhecer que os recursos públicos são finitos e que a iniciativa privada sempre se move pelo escopo do lucro. Nos Estados dotados de um sistema público de saúde, nem sempre o direito à prestação do seu serviço pode ser adequadamente exercido pela

totalidade das pessoas que o titularizam. Da mesma forma, nos países que possuem apenas um sistema privado de saúde, também nem sempre os menos favorecidos conseguem usufruir de seus serviços em padrões mínimos de adequação ou de razoabilidade. Em ambos os casos, a existência de um sistema democrático *deficiente* ou *meramente formal* inexoravelmente pode induzir a uma inevitável judicialização das questões da área da saúde em taxas muito elevadas.

Como já visto, a democracia representativa do nosso tempo não atende mais às expectativas da população nos Estados Sociais de Direito. Ante um direito *in abstracto* que não pode ser exercido diante das autoridades democraticamente eleitas do Executivo ou reivindicado às autoridades democraticamente eleitas do Legislativo, bate-se à porta do Judiciário. Ao juiz, pede-se a superação de uma ilegalidade ou de uma omissão, o que, em tese, pode se apresentar como algo bom e positivo do ponto de vista axiológico do direito ou de uma ética humanista.

Todavia, muitas vezes, o que se pede ao magistrado, na judicialização de questões da área da saúde, é a tomada de uma decisão jurisdicional concreta que necessariamente deveria ter sido precedida de uma análise política prévia e global das prioridades do próprio sistema de prestação da saúde, das possibilidades orçamentárias e financeiras existentes, bem como ainda de diagnósticos ou de um debate técnico que, em regra, escapam completamente da sua compreensão e se encontram situados em um campo que estruturalmente está fora da competência judiciária. Ou seja: pleiteia-se que o Poder Judiciário *invada* o campo das competências próprias do Poder Executivo ou até mesmo do Poder Legislativo, com a ultrapassagem do princípio da separação dos Poderes e das próprias premissas fundamentais do Estado de Direito.

Por evidência, mesmo que desconsiderada a ofensa aos postulados maiores do Estado de Direito, essa situação deverá ser tida como muito boa ou muito má, a partir da constatação *in abstracto* do que é justo ou injusto. Deveras, sem ter a responsabilidade da gestão da *res publica* e do conjunto de problemas que isso suscita, um juiz poderá ter a certeza de que está fazendo “justiça” no caso concreto, ignorando que, com a sua decisão, poderá estar perpetrando uma grave injustiça sistêmica, altamente lesiva aos interesses públicos e humanitários que defende. O atendimento do direito à saúde de uma determinada pessoa, por implicar uma nova e determinada alocação de recursos financeiros ou materiais que já estavam destinados ao atendimento de outras necessidades de interesse público ou coletivo, poderá levar a que muitas outras pessoas passem a ter como desrespeitados os seus respectivos direitos à saúde. Pode ser que o dano causado pela decisão judicial, por conseguinte, em uma perspectiva totalizada, possa ser muito maior do que a doença curada, trocando-se uma vida por várias outras, sem que se leve em conta esse fato no momento decisório.

Que fazer? Essa parece ser a pergunta inevitável de toda pessoa que se dedica a considerar a relação entre a democracia e o direito à saúde nos Estados Sociais de Direito. Temos para nós que tudo parece indicar que a ampliação ou a institucionalização de mecanismos de *democracia participativa*, no âmbito do sistema de prestação de serviços na área da saúde, possa ser o melhor caminho a ser seguido, ao menos de imediato, enquanto o velho não morre e o novo não nasce, como diria Gramsci.

Sem a necessidade de reformas profundas na estrutura deliberativa dos Estados Sociais de Direito, a *democracia participativa* aponta para um importante e significativo universo de soluções ditadas por um equacionamento de conflitos e de problemas que dificilmente poderão ser resolvidos pela mera representação no exercício do poder político. Por certo, tenhamos sempre claro, a adoção dessa via institucional não resolverá todos os problemas. Não se pretende aqui vender uma falsa ilusão. Os sistemas democráticos dos Estados Sociais de Direito, pelo simples fato de passarem a seguir essa alternativa, não deixarão de ser *deficientes* ou *meramente formais* para se transformarem, de súbito, em *plenos*, pela simples adoção de mecanismos institucionais da democracia participativa. A judicialização das questões da área da saúde também não será eliminada por um passe de mágica. Do mesmo modo, o acolhimento institucional desses mecanismos não fará com que o dinheiro disponível para os gastos na área da saúde comece a brotar em árvores. Tampouco fará com que a iniciativa privada se torne benevolente e generosa para com os populares acometidos por doenças, deixando de perseguir a obtenção de lucros e passando a correr o risco de arcar com prejuízos concretos ao fornecerem o melhor tratamento de saúde possível para os que não possuem condições de custeá-lo.

Contudo, a presença participativa dos titulares dos direitos à saúde na produção de políticas ou de ações no exercício da prestação dos serviços que dizem respeito à satisfação desse direito fundamental, por evidência, causará uma saudável tensão política no interior das máquinas estatais. Por ela, dar-se-á uma maior transparência ao que ocorre na prestação dos serviços de saúde, facilitando-se a correção de falhas e de situações de ineficiência subjetiva ou objetiva, a correção dos rumos de políticas públicas e o próprio combate à corrupção localizada ou estrutural. A conjugação da expertise técnica com a vontade política dos eleitos e o conhecimento das necessidades concretas por parte dos beneficiários de um determinado serviço podem propiciar as condições para a produção de uma sinergia estatal virtuosa, respeitados os campos de atribuição de cada um dos segmentos e a definição de suas respectivas responsabilidades.

Além disso, outro ponto se coloca em favor da defesa da existência de mecanismos institucionalizados de democracia participativa no âmbito do sistema de prestação de serviços na área da saúde. Quando a população participa dos processos de tomada de decisão, por óbvio, ela passa a conhecer de fato – e não apenas retoricamente – os limites objetivos do que pode ou do que não pode ser feito, tomando consciência das limitações habitualmente conhecidas apenas por aqueles que realizam diretamente a gestão da *res pública*. Seguramente, a participação em processos decisórios dos beneficiários dos serviços de saúde, desde que bem enraizada socialmente entre todos os segmentos da população, haverá de trazer uma diminuição substantiva da judicialização das demandas nessa área. Afinal, quando se sabe com clareza as razões de uma decisão, mormente por ter participado do processo decisório em que esta foi deliberada, a litigiosidade potencial em torno de um determinado objeto reduz muito. Os conflitos de interesses podem ceder espaço para o consenso ou para a compreensão pacificadora em torno do que foi decidido. Até mesmo para os operadores do direito poderá ficar claro que certas decisões “justas” proferidas em casos

concretos poderão propiciar profundas violações democráticas. A democracia participativa, indiscutivelmente, conscientiza não só aqueles que dela participam, mas também os que, na condição de autoridades públicas, recebem ou tomam conhecimento dos seus resultados.

Por isso tudo, cada vez mais, temos certeza de que os problemas da democracia apenas podem ser resolvidos satisfatoriamente por meio da ampliação da própria democracia, e não por sua supressão. Com todos os seus defeitos, problemas e crises, ela continua sendo ainda o melhor e mais saudável sistema que os humanos desenvolveram para o exercício do poder político.

## REFERÊNCIAS

1. De Nardis P. La categoria della 'legittimazione' tra la sociologia della conoscenza e la sociologia del diritto. In: Treves R (Cura). *Diritto e Legittimazione*. Milano: Franco Agnello Libri, s.r.l.; 1985. p. 174.
2. Heródoto. *História*. São Paulo: Montecristo; 2012. p. 206- 208.
3. Goyard-Fabre S. *O que é democracia?* São Paulo: Martins Fontes; 2003. p. 18.
4. Canfora L. *La Democrazia*. Roma-Bari: Gius, Laterza & Figli; 2006. p. 12.
5. Graeber D. *Um projeto de democracia: uma história, uma crise, um movimento*. São Paulo: Paz e Terra; 2015.p. 185.
6. Burdeau G. *Traité de Science politique*. tomo V. Paris: LGDJ; 1970. p. 241.
7. Touraine A. *O que é a democracia ?* São Paulo: Vozes; 1994. p. 42.
8. Müller F. *Quem é o povo?* 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2011.
9. Hobsbawn E. *Globalização, democracia e terrorismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. p. 102.
10. Weber M. *Economia e sociedade*. 4. ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. vol 1. p. 34.
11. Stoppino M. *Potere Politico e Stato*. Milano: Dott A. Giufré; 1968. p. 163.
12. Ricoeur P. *A ideologia e a utopia*. e-book: posição 383. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
13. Mosca G. *Elementi di Scienza Politica*. 2. ed. Torino: Fratelli Bocca; 1923. p. 124 e 125.
14. Zippelius R. *Teoria geral do estado*. São Paulo: Saraiva; 2016.p. 213
15. Goyard-Fabre S. *O que é democracia?* São Paulo: Martins Fontes; 2003.
16. Rousseau JJ. *O contrato social*. Porto Alegre: L&PM; 2007. Livro II, Capítulos, I, II e VII, Livro III, Capítulo I e Livro IV, Cap. II.
17. Torres JC. *Texto de apresentação*. In: Rousseau JJ. *O contrato social*. Porto Alegre: L&PM; 2007.
18. Bonavides P. *Teoria constitucional da democracia participativa*. 2. ed. São Paulo: Malheiros; 2003. p. 54, 60- 61.
19. Platão. *A república*. Livro VIII e-book: posições 5023-5058.
20. Przeworski A. *Crises da democracia*. Rio de janeiro: Zahar; 2020. p. 223.

21. Dahl RA. A democracia e seus críticos. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2015. p. 43.
22. Rancière J. O ódio à democracia. São Paulo: Boitempo; 2014. p. 69.
23. Moreira DF. Direito da participação política. Rio de Janeiro: Renovar; 1992. p. 10.
24. Barroso LR. O novo direito constitucional brasileiro. Belo Horizonte: Fórum; 2013. p. 40.
25. Gramsci AF. Prison notebooks. Nova York: International Publishers; 1971. p. 275.
26. Catoira AA. La realización de la igualdad en la sociedad de la información. In: Bonavides P. Democracia, participación y voto a través de las nuevas tecnologías. Granada: Comares; 2007. p. 108
27. Rousseau JJ. O contrato social. Porto Alegre: L&PM; 2007.
28. Bobbio N. O futuro da democracia. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra; 2019. p. 69.
29. Rocha JC. Direito à saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTr; 1999. p. 21.
30. Magalhães JL. Direito Constitucional: curso de direitos fundamentais. São Paulo: Método; 2008. p. 208.

# O PAPEL DO ESTADO ANTE A PANDEMIA: UMA ANÁLISE À LUZ DA REALIDADE

Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>1</sup>, Lavínia Aparecida Reis Freitas<sup>2</sup>,  
Micaellem Rodrigues Santos da Silva<sup>2</sup>, Moisés Rodrigues Abdalla<sup>2</sup>,  
Nathan Luiz Gonçalves Leão<sup>2</sup>, Otávio Augusto de Paula Mendes Teixeira<sup>2</sup>,  
Paulo Henrique Pimenta Maranhão<sup>2</sup>, Pedro Othon Silva Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente ensaio buscou oferecer uma análise comparada das ações implantadas pelos diferentes Estados nacionais em resposta à pandemia de COVID-19. Consideram-se, introdutoriamente, a fundamentalidade do direito à saúde e a estruturação do sistema de saúde, especialmente no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde. São também apresentados o conceito de determinantes sociais de saúde e suas interrelações com a atual emergência sanitária. A partir dos diferentes contextos, procurou-se analisar as variadas políticas públicas levadas a cabo por vários países e, em especial, pelo Brasil, para o enfrentamento da pandemia, inclusive na mitigação de suas consequências sociais. Discutem-se, por fim, perspectivas de viabilidade e efetividade dessas ações estatais para o futuro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública. COVID-19. Política Pública. Direito à Saúde.

---

1 Médico; mestrado em Saúde Coletiva; mestrado em Música; Doutorado em Saúde Coletiva; professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; coordenador-técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). [fernandocupertino@gmail.com](mailto:fernandocupertino@gmail.com).

2 Alunos do módulo Saúde, Família e Comunidade I da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.



## **I. INTRODUÇÃO**

A saúde pública e universal é, com certeza, um dos direitos mais significativos do cidadão brasileiro, e a pandemia do novo coronavírus serviu para salientar a importância de ter um sistema público de saúde organizado, ainda que submetido a imperfeições e a fragilidades. Desse modo, com o objetivo de compreender melhor o cenário atual brasileiro, é importante entender a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como a expressão de um direito de cidadania provido pelo Estado, para que possamos discutir os impactos da pandemia e, assim, refletir sobre novos rumos e propostas para a saúde no Brasil.

## **2. UMA BREVE RETROSPECTIVA**

A história do surgimento dos sistemas de saúde tem estreita relação com outras áreas que influenciaram o desenvolvimento da humanidade. Tais influências englobam os aspectos biológicos, ambientais, sociais e dos estilos de vida que caracterizaram cada período da história<sup>(1-2)</sup>. Assim, cada contexto histórico da humanidade contribuiu para a consolidação de práticas e estratégias de proteção das pessoas e da recuperação de sua saúde.

Inicia-se a observação histórica a partir da formação dos estados nacionais modernos, em que houve a união de diversos feudos sob o poder de um dirigente, concretizando-se mais tarde num processo de centralização do poder. Nesse período, os cuidados médicos eram quase que exclusivos das altas classes sociais. O restante da população, predominantemente rural, dependia dos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo ou da filantropia das igrejas para ter acesso a cuidados de saúde. Assim, observa-se a ausência do Estado em atender ao conjunto da população no quesito saúde, apesar de haver uma grande parcela de excluídos, em razão das condições socioeconômicas<sup>(1)</sup>.



Mais tarde, com a Revolução Industrial, percebe-se que, mesmo diante do crescimento econômico, as parcelas mais pobres viam-se abandonadas às más condições de moradia e de trabalho. Essa situação decorreu de uma urbanização não planejada, que expunha as pessoas a diferentes riscos à saúde, próprios da época. Esse cenário favoreceu o surgimento de diversas discussões e reivindicações, que buscaram mudanças no panorama político-social a fim de garantir uma melhor qualidade de vida e de saúde aos trabalhadores da indústria e ao restante da população, mas, até então, a interferência do Estado era quase que inexistente<sup>(1,3)</sup>.

O século XIX foi palco de algumas tentativas do que hoje chamamos de sistema de proteção social. O primeiro país a adotar esse tipo de medida foi a Alemanha, por meio da lei trabalhista que, apesar do seu foco previdenciário, incluía o acesso à saúde. Esse modelo implantado na Alemanha ficou conhecido como bismarckiano e carrega consigo a característica de financiamento misto (público-privado) da saúde, no qual o Estado financia parte do sistema. Mais tarde, na Inglaterra, surgiu um novo modelo de sistema de saúde, o Beveridgiano, em que o Estado é peça-chave em todo processo que possibilita o acesso universal à saúde como condição de cidadania<sup>(4)</sup>.

Já na América, ainda no século XIX, os Estados Unidos da América (EUA) fomentaram medidas de educação em saneamento, buscando o controle de doenças que, em razão dos estudos bacteriológicos da época, tiveram definidas suas formas de contaminação. Até então, as interferências do governo eram pontuais em questões relacionadas com a saúde<sup>(3,5)</sup>. Posteriormente, foi definido o modelo de acesso à saúde que até hoje é encontrado nos EUA, baseado em seguros privados, sendo mínima a participação do Estado e no qual a cobertura se dá conforme a aquisição de seguros. Isso, conseqüentemente, exclui uma grande parcela da população<sup>(6)</sup>.

Em 1970, a Organização das Nações Unidas (ONU) buscava equilibrar realidades tão discrepantes socioeconomicamente que se projetavam em todo o globo. Nesse esforço, ocorreu a Conferência de Alma-Ata (1978) sobre cuidados primários à saúde, que elaborou pontos de discussão que deveriam ser implementados em ações, visando à ampliação do acesso à saúde. Essa conferência, juntamente com a Carta de Ottawa, redigida na Conferência do Canadá, em 1986, foi um marco fundamental para a constituição e consolidação de muitos sistemas de saúde em todo o mundo. Tais eventos foram importantes para acordar com os governos medidas que teriam impacto sobre os determinantes sociais na saúde, por meio de ações nos campos político e econômico<sup>(7-8)</sup>.

No Brasil-Colônia e no Brasil-Império, não existiam políticas de saúde pública estruturadas, e o acesso aos serviços médicos dependia da classe social. Com isso, as classes menos abastadas necessitavam da caridade das igrejas e santas casas de misericórdia para terem atendimento médico. Já na República Velha, o movimento sanitário, visando reduzir os problemas com epidemias vividos pelo país, implementou medidas sanitárias que já vinham sendo adotadas na Europa. Mais tarde, ao adentrar a década de 1970, período da Ditadura Militar, o país viveu um momento de corte de verbas na saúde, enquanto em diversas partes do mundo ocorria a consolidação de estratégias voltadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como proposto formalmente em

Alma-Ata, em 1978. Naquele mesmo ano, numa tentativa de controlar o aumento de epidemias, o governo criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que assegurava assistência à saúde aos trabalhadores formais e seus dependentes. Contudo, ainda havia uma grande parte da população, tanto urbana quanto rural, que não era beneficiária do INAMPS nem podia pagar por tratamentos de saúde e cuidados médicos. Somente com a Constituição de 1988, em que se reconheceu a dependência dos eixos econômicos e sociais na saúde, é que foi sancionado um sistema baseado em integralidade, universalidade, descentralização e participação social, o SUS<sup>(5,9-11)</sup>.

### 3. O BRASIL E O SUS

O SUS teve suas bases modeladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Posteriormente, sua criação foi oficialmente estabelecida a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), e sua regulamentação se deu com as Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90<sup>(12-15)</sup>.

Essa conquista tornou-se um marco para a democracia brasileira, visto que, na CF/88, considerou-se a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Em decorrência disso, o SUS foi estruturado a partir dos seguintes princípios e diretrizes: a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a integralidade; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade; o direito à informação; a divulgação de informações; a utilização da epidemiologia; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa da saúde<sup>(16)</sup>.

Logo, os objetivos com a criação do SUS vão muito além de simplesmente “tratar pacientes”. Suas atribuições ultrapassam o ambiente hospitalar e permeiam a sociedade para, de maneira mais abrangente e eficaz, garantir um direito estabelecido em lei. Dessa forma, destacam-se as seguintes funções do SUS, decretadas a partir do art. 5º da Lei nº 8.080: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas nos campos econômico e social para melhor se garantir o bem-estar dos cidadãos; ocupar-se da promoção, proteção e recuperação da saúde a partir das ações assistenciais e das atividades preventivas, dentre outras<sup>(13)</sup>.

Por fatores e determinantes sociais da saúde (DSS), entendem-se os fatores econômicos e sociais a que os indivíduos estão sujeitos e que interferem diretamente em sua saúde. Assim, o SUS deve identificá-los e estabelecer políticas públicas que os levem devidamente em conta no processo de proteção e promoção da saúde. Dentre eles, destacam-se o saneamento, a educação, a habitação e as condições de trabalho. Ao identificar esses fatores e seus impactos na saúde, desdobram-se o segundo e o terceiro papéis do SUS, ao desenvolver políticas públicas que visem mitigar os efeitos negativos causados por esses determinantes na vida da população e, por fim, aplicá-las para que as “causas” do adoecer sejam combatidas. Daí explica-se o porquê da necessidade de se ter um sistema de saúde não apenas no aspecto assistencial, como na realização de cirurgias, transplantes e outros processos médicos, mas também nas causas do processo de adoecimento e

suas consequências. Gilson Carvalho afirma que “lamentavelmente, todas as vezes em que falamos dos objetivos da saúde pensamos muito mais em tratar de pessoas doentes, seja no setor público, ou no privado. Esquecemos que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam”<sup>(17)</sup>.

Atualmente, dentre vários programas e estratégias oferecidas pelo SUS para melhor atender à população, destacam-se:

— Estratégia Saúde da Família: inicialmente um simples “programa”, hoje desempenha um papel como “porta de entrada” para o SUS, ao realizar um atendimento à família, de modo que o médico, o enfermeiro, o agente comunitário ou o dentista tenham uma maior noção dos DSS que afetam a vida das pessoas atendidas. Isso somente é possível devido ao maior alcance das Equipes Saúde da Família (EqSF). Em 2019, a cobertura pela Estratégia Saúde da Família alcançou a marca de 63,38% da população, com cerca de 42.784 equipes<sup>(18)</sup>.

— Programa Nacional de Imunização (PNI): não há dúvidas de que a imunização é uma das maiores provas de sucesso na saúde global, salvando milhões de vidas, todos os anos, das doenças evitáveis por vacinas. São ofertadas pelo SUS cerca de 42 tipos de imunobiológicos e 25 vacinas, segundo o Ministério da Saúde<sup>(19)</sup>.

Dessa forma, claro está que o SUS é uma conquista que protege milhões de pessoas diariamente, ao “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”<sup>(12)</sup>. Assim, é preciso lutar pela sua permanência e ampliação, respeitado o texto constitucional que estabelece a saúde como um direito de cidadania, sobre o qual o Estado tem obrigações inescapáveis.

## 4. DETERMINANTES SOCIAIS

A clássica, porém, atual definição de saúde estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desvincula a simples “ausência de doenças ou enfermidades” e estabelece um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, a garantia da saúde promovida pelos Estados-nações apresenta caráter complexo e exhibe uma exigência sóciopolítica que reforça as implicações dos DSS na realidade de cada paciente<sup>(21)</sup>.

O estudo dessas variáveis sociais na saúde já ocorre há bastante tempo, mas somente em 2005 foi que a OMS instituiu a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), destinada a aprofundar os conhecimentos sobre o tema. No Brasil, em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Essa comissão brasileira foi a primeira organizada por um país e baseou-se, principalmente, no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), traçando um caminho no desenvolvimento da saúde a partir da análise e das propostas de intervenção nos aspectos sóciopolíticos da saúde<sup>(22)</sup>.

Como bem demonstrado por Dahlgren e Whitehead, as condições de moradia, o acesso à água tratada e ao saneamento básico são fatores fundamentais para que as populações alcancem e conservem bons níveis de saúde. As evidências sobre a pandemia de COVID-19 demonstraram que indivíduos que vivem em grandes adensamentos populacionais são mais suscetíveis ao contágio, em função da dificuldade da realização do isolamento social. Da mesma forma, a carência no acesso à água e ao saneamento também promove o maior risco de contágio devido à deficiência na correta higienização <sup>(23)</sup>.

O tópico ambiente de trabalho também é bastante enfatizado na contagem da taxa de infecção da mesma doença. O contágio pelo novo coronavírus em grandes cidades como Wuhan na China, Singapura (cidade-Estado) e Rio de Janeiro se deu principalmente no segmento da população trabalhadora. Se por um lado a necessidade gerada pelo cenário de quarentena estimulou a mudança de muitos trabalhadores para o “home office”, por outro, a perspectiva que aponta para os serviços necessariamente manuais, aqui no Brasil, ainda carece dos requisitos necessários de segurança. Dessa forma, as necessidades e condições de trabalho estão diretamente interligadas à exposição ao vírus <sup>(24)</sup>.

Ademais, condições étnicas e culturais que refletem o contexto social, político e histórico dos macrodeterminantes também impactam as condições de saúde. Nesse sentido, o panorama do racismo transmite as implicações da estratificação histórica no contexto social, edificando segregações no âmbito sanitário. Para exemplificar, no Brasil, em 2017, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) <sup>(25)</sup> apontam maior prevalência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e doenças cardíacas na população negra, o que aumenta o risco de óbito nessa população marginalizada socialmente. Além disso, a população negra também está associada às piores condições citadas anteriormente — circunstâncias laborais e acesso a água e saneamento, além dos serviços de saúde —, promovendo maior exposição ao contágio.

Além da fragilidade do sistema sanitário, tais implicações expõem algumas necessidades estabelecidas pelo relatório da OMS confirmado na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde — ocorrida no Rio de Janeiro em 2011 — apontando a importância dos DSS e enfatizando a relevância de promover a consciência pública sobre o tema, abordar a distribuição desigual de poder e da riqueza e melhorar as condições de vida cotidianas. Dessa forma, a redução das iniquidades na saúde e a melhoria da situação sanitária geral dependem de um entendimento profundo dos determinantes em saúde, valendo-se entender que estabelecer outras prioridades sociais funciona como um processo de “círculo virtuoso” que retroalimenta a saúde. Portanto, enfatiza-se mais uma vez a complexidade da saúde em características conceituais, sobretudo na amplitude de seu alcance para além do aspecto físico, e destaca-se novamente a importância dos DSS como fatores-chave para a melhoria das condições de saúde, principalmente no cenário pandêmico <sup>(26)</sup>.

## 5. COVID-19

A necessidade de uma abordagem mais ativa no estudo de patógenos e uma mudança na abordagem das nações ante o surgimento de novas doenças já vêm sendo previstas na ficção há anos — como no longa-metragem “Contágio” (Steven Soderbergh, 2011) — podendo ser traçada desde o surgimento da aids/HIV, há 35 anos<sup>(27)</sup>. Casos da história recente, como os surtos de ebola em 2014, e de SARS e MERS, em 2003 e 2012, respectivamente, já anunciavam que as políticas públicas de saúde mundiais deveriam mudar seu foco de atuação. Em lugar de apenas conter e isolar potenciais pandemias, era preciso começar a pensar em medidas de prevenção e investimentos na busca por soluções para problemas que ainda estão por vir. No entanto, foi exatamente essa carência de antecipação que tornou a ação do SARS-CoV-2 — mais popularmente conhecido como novo coronavírus — na pandemia que acarretou a morte de dezenas de milhares de pessoas mundo afora<sup>(28)</sup>.

Os EUA são um exemplo desse comportamento. Lá, o primeiro caso confirmado ocorreu em 20 de janeiro de 2020. Ainda que seus órgãos públicos de saúde como a CDC (Centers for Disease Control and Prevention) já estivessem atentos aos casos confirmados na China desde dezembro de 2019, pouquíssimos investimentos em testes ou pesquisas foram feitos até março de 2020, e cada dia que se passou nesse espaço de tempo teria sido uma oportunidade de diminuir o impacto que a pandemia viria a causar naquele país<sup>(28)</sup>.

Já no curso da pandemia, diversas nações que tiveram posicionamentos ativos e de grande ação, incluindo as diversas camadas de seus sistemas sociais, foram capazes de trazer bons resultados e minimizar óbitos. Um exemplo disso é Ruanda, um país com apenas 5 óbitos entre os 2.104 infectados, que implementou uso obrigatório de máscaras; presença de álcool em gel em qualquer estabelecimento público e comercial; fechamento de suas fronteiras e diminuição da carga horária de trabalho pela metade<sup>(29)</sup>. A Inglaterra foi outro Estado-nação a implementar duras medidas, chegando a adotar um regimento de *lockdown* que durou mais de três semanas, logo ao início da pandemia. Apresentando uma queda no aumento de casos, o governo decidiu passar para uma abertura comedida, usando como slogan “*Stay Alert!*” (Esteja Alerta!), e, até o momento, monitora atentamente a evolução dos casos, tendo já levantado hipóteses de um novo período de isolamento doméstico, na hipótese de um aumento significativo no número de casos<sup>(30)</sup>.

Em contrapartida, países cujas gestões nacionais não se aplicaram em ações contra o avanço do vírus (SARS-CoV-2) sofreram perdas mais intensas, como foi o caso da Suécia, com um percentual de mortos por caso confirmado 28 vezes maior do que de Ruanda<sup>(31)</sup>. O país escandinavo apenas proibiu a aglomeração de mais de 50 pessoas e aconselhou que os cidadãos tentassem trabalhar em regime doméstico<sup>(32)</sup>.

Somente quando os casos da COVID-19 se espalharam pela Itália, em março de 2020, foi que as autoridades sanitárias, e a própria sociedade, perceberam a real gravidade do novo coronavírus. Com uma das maiores populações idosas do mundo, a Itália foi extremamente afetada

pela pandemia. A morte de milhares de idosos em asilos e hospitais e as tristes cenas veiculadas pela mídia chamaram atenção e rapidamente foram associadas ao grande número de idosos no país e à falta de preparo do sistema de saúde em lidar com a situação. Não era incomum hospitais realizando “escolhas de Sofia” sobre quem iria e quem não iria receber tratamento imediato <sup>(33)</sup>.

Meses depois, com os EUA e o Brasil ultrapassando 100 mil mortes, percebe-se a grande importância das duras medidas de isolamento social que foram adotadas pelo governo italiano para que a situação do país não se agravasse. Contudo, se a segunda maior população de idosos do mundo está na Itália, a primeira está no Japão <sup>(34)</sup> e, assim, era de se esperar uma completa catástrofe sanitária, mas não foi isso que ocorreu. O Japão não respondeu na forma rigorosa recomendada pela OMS, mas ainda assim não atingiu os números assombrosos da Itália — fato que foi e continua a ser motivo de debates. Entre as hipóteses levantadas para explicar o suposto sucesso japonês, estão a ampla utilização de máscaras no país mesmo antes da pandemia, de maneira popular e cultural, e a recomendação para que não houvesse grandes aglomerações, o que foi amplamente aceito pela população <sup>(35)</sup>.

Ainda na Ásia, a Coreia do Sul é exemplo de como ações coordenadas e planejadas são essenciais para atenuar os impactos do vírus nas diferentes fases da pandemia. Logo após os primeiros relatos de casos na China, a Coreia do Sul já estabelecia medidas de controle de aglomerações; ainda em 27 de janeiro, o país já desenvolvia *kits* para testagens em massa e fortalecia-se no campo da comunicação e conscientização da população, além de adotar medidas de rastreamento de casos <sup>(36)</sup>. Meses depois do início da pandemia, a Coreia do Sul é talvez o maior exemplo de como se deve proceder nos momentos iniciais de uma pandemia. O país trouxe lições de que o controle inicial dos casos é fator determinante para o desenrolar das fases da doença e essencial para evitar novos surtos, porque o rastreamento permite maior controle de novos casos. No entanto, a Itália, depois de passar por sua primeira onda de casos e de ter a situação controlada, voltou a enfrentar, em agosto, o aumento do número de contaminados e determinou o fechamento de boates e a obrigatoriedade do uso das máscaras em determinados locais <sup>(37)</sup>. De modo geral, os países que já passaram pela primeira onda começam a se preocupar e atuar com cautela com a possibilidade de novos surtos da doença.

Ainda no continente europeu, é possível perceber como diferentes países conseguiram se beneficiar tanto de suas respectivas respostas quanto de traços culturais próximos. Por exemplo, a França agiu de maneira contundente ao instruir os hospitais do país a criarem planos e estratégias para manejar o alto número de infectados que a pandemia traria, e ao instaurar um regime de *lockdown* por seis semanas, punindo com multas — cuja arrecadação era destinada diretamente para o tratamento na linha de frente (Health in Europe) — seguido por uma abertura gradual e mais segura. O país hoje se encontra aberto e relativamente seguro <sup>(38)</sup>. Por outro lado, a Dinamarca obteve resultados ainda mais promissores no combate ao avanço do vírus graças à sua tomada de atitude rápida em fechar fronteiras, a seu sistema público de saúde amplo e eficaz e à confiança preexistente da população em relação ao governo, o que fez com que as medidas de isolamento fossem implementadas mais facilmente e sem a necessidade da coerção por ameaça de punição, como na França <sup>(39)</sup>.



Ademais, alguns países mostram que a pandemia não deve ser encarada como um problema passageiro. A Espanha sofreu drásticas perdas devido à demora considerável em fechar fronteiras e em proibir aglomerações, em virtude de uma falsa segurança gerada pela distância do país dos polos de disseminação<sup>(40)</sup>. Portugal respondeu rapidamente ao fechar fronteiras, espaços públicos que geram aglomerações e serviços não essenciais, levando a um resultado inicial promissor<sup>(41)</sup>. No entanto, em razão de um processo de reabertura guiado por um otimismo sem embasamento e sem a devida segurança, o país ibérico subiu rapidamente no ranking dos infectados e tornou-se um destino a ser evitado por vários turistas<sup>(42)</sup>.

A Austrália não é um dos focos da COVID-19, no entanto, é possível observar ali os efeitos de uma flexibilização antecipada. No final de abril, tendo feito apenas dois meses de contenção, o governo australiano já anunciava o fim da pandemia no país. Entretanto, em agosto, o número de casos havia triplicado, e o número de mortos fez com que as cidades mais populosas tivessem que vivenciar medidas ainda mais rígidas de contenção da doença, deixando claro que o fim das contaminações estava distante<sup>(43-44)</sup>. Já na Nova Zelândia, país vizinho, a situação foi muito diferente. O país tomou medidas rapidamente, fechando fronteiras e testando a população, e, assim, conseguiu um cenário em que a contaminação – que começou em fevereiro –, no dia 1º de maio, não apresentasse mais registros de novos casos. No início do mês de agosto, foram registrados 3 novos casos, após 102 dias sem nenhum novo registro, originados de pessoas que haviam chegado do Reino Unido, porém o governo afirma saber lidar com a situação, e uma nova onda de contágio não se instalou na ilha, que vive uma realidade bastante diferente da maior parte do mundo quanto ao convívio social<sup>(45-46)</sup>.

Já no caso do Brasil, a posição negacionista da Presidência da República e o seu constante confronto, tanto com instituições internacionais, como no caso das normas de isolamento social definidas pela OMS<sup>(31)</sup>, quanto com os governos estaduais e municipais que tomaram e seguiram essas indicações de modo mais intenso, ressaltaram os problemas de desigualdade já existentes no contexto pré-pandemia, e aumentaram a insegurança econômica do país no panorama internacional<sup>(47)</sup>.

Analisando as ações tomadas pela esfera federal do poder, é possível perceber que houve uma preocupação inicial com as camadas mais carentes, demonstrada, por exemplo, com a disponibilização do auxílio emergencial que se concentrou nos 30% mais pobres do país, quase dobrando sua renda<sup>(48)</sup>. No entanto, na área educacional, a mudança da data do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) para janeiro de 2021, coloca em séria desvantagem estudantes que não têm acesso ao ensino remoto — parcela que soma mais da metade do corpo estudantil de determinados estados, como São Paulo<sup>(49)</sup>. Por outro lado, a expansão da lista de “serviços essenciais”, contribuiu para aumentar a exposição dos trabalhadores ao vírus<sup>(50)</sup>.

As desigualdades e as vulnerabilidades sociais e individuais ficaram muito evidentes no que diz respeito ao acometimento pelo vírus, verificando-se maior risco em pacientes com idade avançada ou histórico clínico comprometido por outras doenças crônicas — diabetes, hipertensão,

câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias<sup>(51)</sup>. Ademais, observando-se o risco de infecção, percebe-se que algumas parcelas sociais são mais atingidas do que outras, não somente no Brasil, mas também em outros países.

Ainda que tenhamos um dos mais abrangentes programas de acesso universal à saúde no globo — o SUS — o Brasil lidera em número de profissionais de saúde mortos na linha de frente ao combate à COVID-19<sup>(52)</sup> e fica em segundo lugar geral no número de mortos pela doença. Isso se deve à falta de investimentos nesse sistema público de saúde, causada, majoritariamente, pelo subfinanciamento crônico. Isso levou à incapacidade de pequenos e médios municípios em arcarem com os gastos necessários para medidas de prevenção adequadas e para a compra de materiais básicos, como os equipamentos de proteção individual (EPI)<sup>(53)</sup>.

Por outro lado, alguns estados federados se prontificaram em tomar medidas mais abrangentes que ultrapassaram a mera oferta de tratamento e a instauração de isolamento social, incluindo em suas políticas o auxílio a grupos sociais que seriam prejudicadas pela quarentena, como no caso do abono das contas de água e luz para famílias carentes e nas doações de alimentos, remédios e *kits* higiene feitas pelo poder público no Ceará<sup>(54)</sup>. Ainda sobre as medidas adotadas nesse estado, é possível observar sua agilidade em aumentar o número de leitos — recorrendo, para isso, a hospitais privados e construindo hospitais de campanha — e na busca por compreender o patógeno e por impedir sua disseminação nas regiões mais interioranas. Tais ações são uma das causas para se ter uma média de mortes por casos mais baixa do que o conjunto do país. No entanto, mesmo com tais medidas, a insalubridade e a falta de acesso ao saneamento básico — geradas pela falta de planejamento urbano e crescimento desregrado dos municípios —, nas moradias mais pobres da capital, Fortaleza, e de outros polos regionais do estado, como Juazeiro e Sobral, têm dificultado o isolamento e a proteção necessários<sup>(55)</sup>.

Ainda no Brasil, é possível ver que em regiões que já eram assoladas pela falta de infraestrutura e de ação estatal, a pandemia trouxe diversas mortes e uma necessidade emergencial da comunidade em se unir para executar funções que, em norma, caberiam aos órgãos públicos. Paraisópolis (SP), por exemplo, teve de criar um sistema de “presidentes de rua” para monitorar os avanços dentro do microcosmo da favela, além de ter arrecadado entre os moradores dinheiro suficiente para alugar três ambulâncias, devido à dificuldade que as já existentes têm para transitar na região. A ausência de ação governamental, especialmente nessa crise, gerou um sentimento de abandono entre as populações mais pobres, fazendo com que algumas lideranças questionassem a prioridade que as camadas mais pobres têm tido dentro do planejamento municipal<sup>(56)</sup>.

Além de toda a problemática da postura presidencial, já referida, a alta disseminação de “*fake news*” — notícias com informações não fundamentadas, de cunho sensacionalista, em sua maioria, espalhadas no meio *on-line* — tem contribuído para o aumento no número de casos, ao propor tratamentos sem base científica que teriam a capacidade de proteger e curar aqueles que os utilizassem. Visando combater as falsas informações divulgadas por elas e, concomitantemente, orientar a população quanto às medidas que devem ser tomadas para se proteger da disseminação da doença, o Ministério da Saúde criou um portal no qual esclarece dúvidas<sup>(57)</sup>.



Levando em conta sua organização federativa semelhante à do Brasil, é necessário estudar a situação dos EUA diante da pandemia nos cenários nacional e estaduais, compreendendo o diálogo entre eles. Na Flórida, por exemplo, houve a implementação tardia do *lockdown* em comparação a estados como a Califórnia. Isso pode ser justificado pelo pequeno número de casos até abril, na Flórida, enquanto a Califórnia já apresentava contaminação substancial em março — um exemplo de governação atuante no combate ao vírus. Todavia, apresentando uma queda durante meados de junho, ao invés de optar por uma abertura gradual e atenta ao progresso da contaminação, o estado da Flórida promoveu uma abertura muito ampla e sem a implementação obrigatória de medidas cautelares — como o uso de máscaras —, o que a levou a um aumento considerável, ultrapassando a média nacional <sup>(58)</sup>.

O papel do Estado durante esse tempo de crise é o de tomar atitudes que procurem o bem maior de toda a população. Além de objetivarem a integridade física e mental de seus cidadãos, tais medidas devem englobar a economia e proporcionar auxílios para que as pessoas consigam se recuperar dos impactos na produtividade bruta e na diminuição do consumo que a adversidade tenha causado, ainda que isso signifique abrir mão dos ideais liberais — como o da não interferência do poder público sobre a economia, como ocorreu no governo estadunidense após a queda da bolsa de valores em Nova York, em 1929 <sup>(59)</sup>. Países como os EUA e membros da Zona do Euro tiveram de diminuir ou até cortar taxações em alguns processos financeiros e injetar mais dinheiro em suas economias para mitigar a desaceleração causada pela epidemia do novo coronavírus. Alguns, como a Alemanha, em fundos mais focados ao apoio a empresas nacionais, e outros, como a França, direcionados ao apoio a trabalhadores prejudicados pelo isolamento social <sup>(60)</sup>.

## 6. PERSPECTIVAS

A pandemia de COVID-19 e seus inegáveis impactos socioeconômicos constituem um lembrete constante sobre fragilidade dos sistemas de saúde e a desigualdade social. É evidente que nem todos os países estavam preparados para um problema dessa magnitude. Contudo, num mundo globalizado e interdependente, fica claro que as disparidades entre países, externas e internas, quando expostas, podem impactar todos eles, independentemente da região e realidade socioeconômica <sup>(61)</sup>. Até mesmo a bem-sucedida contenção do coronavírus em alguns países deve ser mais bem analisada: a supressão é dispendiosa economicamente; essas regiões se fecharam ou reduziram enormemente o fluxo de pessoas que saem e entram por suas fronteiras; fizeram um efetivo isolamento social e um robusto programa de ações contra a pandemia, como as testagens em massa <sup>(62)</sup>. Além disso, a partir de certo momento, as pressões políticas e econômicas forçam uma resposta do Estado que, geralmente, contraria as recomendações sanitárias.

Muito sinteticamente, convém destacar a importância dos mecanismos de detecção de novos agentes patogênicos e o incalculável valor, na base de cadeia de respostas, que os avanços de investimentos nas ciências biomédicas e de vigilância epidemiológica possuem. Um sistema

de saúde preparado e estruturado não é somente um mecanismo para lidar com as emergências de saúde: é uma forma de defesa social e econômica dos países que os mantêm<sup>(63)</sup>. No Brasil, desde a criação do SUS em 1988, muitas mudanças foram realizadas no âmbito de estruturação e organização da saúde que resultam num grande impacto positivo na sociedade brasileira. Apesar disso, o século XXI, em toda sua complexidade, requer um sistema cada vez mais robusto, que incorpore novas tecnologias de investigação, rastreamento e tratamento, sendo imprescindível e prioritário que o SUS acelere rumo a esse caminho<sup>(64)</sup>.

Analisando a situação brasileira atual, o desmembramento existente entre os mecanismos de assistência social e saúde no Brasil revela diversas inconsistências preocupantes. Um dos exemplos são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que serão cada vez mais presentes no cotidiano da população brasileira com a transição epidemiológica em curso. Essas Instituições são vinculadas à assistência social, e não necessariamente à saúde, mesmo exercendo um papel crucial no trabalho de “cuidar” que deveria ser, em objetivo, foco da saúde institucional. Trata-se de uma separação incoerente, mas que representa a realidade atual<sup>(65)</sup>.

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) — programa de distribuição condicionada de renda — constata o impacto positivo que políticas governamentais semelhantes podem ter na vida e na saúde de seus beneficiários. O PBF representa, para muitas famílias brasileiras, o único rendimento, e é essencial para manutenção da alimentação e das mínimas condições de vida que afetam diretamente na saúde dos beneficiários, além de propiciar maior autonomia para as mulheres<sup>(66-67)</sup>. Além disso, o programa compele as famílias beneficiárias a manter as crianças na escola, fator relevante, uma vez que a baixa escolaridade é fator de risco para as mais diversas condições de saúde<sup>(68)</sup>.

Entretanto, a quantidade de famílias englobadas pelo programa não é suficiente, o que se tornou explícito com a chegada da COVID-19: milhares de pessoas, ao perderem suas rendas, não apresentavam condições de sustento nem ao menos em curto prazo, o que as obrigou a exposições de maior risco. O grande número de pessoas que, mesmo vivenciando condições de vulnerabilidade social, não são “cobertas” pelo PBF talvez se explique pelo seu caráter condicional, o que resulta em dificuldades adicionais para inserção ou manutenção dentro do programa. Isso resulta num sistema provisório e pouco abrangente, num país em que a desigualdade é enorme<sup>(69)</sup>. As iniciativas governamentais atuais não se demonstram suficientes na eliminação da pobreza e estão longe de atingir suas potencialidades no campo da saúde.

As propostas de uma política pública de renda básica universal são antigas, mas tomaram conta do debate público nos meses subsequentes ao início da pandemia, evidenciando a urgência na necessidade de implementação de uma política social que reduza significativamente as desigualdades socioeconômicas<sup>(70)</sup>. Vivemos num mundo em que a saúde está completamente associada e dependente das realidades econômicas, uma vez que estas têm papel determinante sobre aquelas. Assim, políticas e estratégias econômicas deveriam constituir-se um dos principais eixos de preocupação do Estado, viabilizando uma melhor articulação com o setor da saúde e com o funcionamento do sistema público de saúde.

Um programa de renda básica, que auxilie na obtenção de condições de vida dignas por parte da população mais desfavorecida do país, é indispensável em um mundo em que os indivíduos são vulneráveis às pressões biológicas, e em que a própria estrutura social das cidades, estados e países é dependente dessas cadeias de relações, evidenciadas com o novo coronavírus <sup>(71)</sup>. Os impactos das grandes ameaças sanitárias dos últimos tempos são sintomas de um sistema desigual, que atinge todos e, desproporcionalmente, aqueles em situação desfavorecida. É vantajoso aos próprios Estados dar atenção à problemática da má distribuição de renda, além do fundamental fortalecimento dos sistemas de saúde, na priorização da promoção coletiva da saúde, sem se descuidar, também, da saúde do indivíduo, menos fragmentada e mais bem acompanhada. A atualidade parece requisitar uma reavaliação dos sistemas políticos de segurança social e de saúde, de forma a garantir o desenvolvimento de ações conjuntas, em escala mundial, para melhor gerenciamento e integração de medidas emergenciais, em caminho de um sistema político estruturado para a satisfação das necessidades das coletividades e dos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

1. Marques RM. O direito à saúde no mundo. In: Roa AC, et al, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 11-36.
2. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. *Saúde e Soc.* 2017;26(3):676-89.
3. Paim JS, De Almeida Filho N. Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública.* 1998;32(4):299-316.
4. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Debate.* 2019;43:15-28.
5. Eugenio L, Fernandes P. Saúde pública ou saúde coletiva? *Espaço Saúde.* 2014;15:7-21.
6. Giovanella L, et al. Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(6):1763-76.
7. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93.
8. Mendes IA. Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-Am.* 2004;12(3):447-8.
9. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: Desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Suppl. 1):7-16.
10. Giovanella L, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(3):e00012219.
11. Souza RR, Paulo S. O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional - Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas [Internet]. 2002 [acesso 14 ago. 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf).
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 nov 11]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Federal da União* [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm).

14. Brasil. Lei nº 8.142, 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 Federal da União [Internet]. 31 dez 1990 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).
15. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Federal da União [Internet]. 16 jan 2012 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios do SUS [Internet]. [acesso 2020 jul 21]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios--do-sus:::text=Universaliza%C3%A7%C3%A3o%3A%20a%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20um,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais>.
17. Carvalho G. A Saúde Pública no Brasil. Estud Av [Internet]. 2013 [acesso 2020 nov 25];27(78):7-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você - Atenção Primária à Saúde [Internet]. [acesso 2020 ago 5]. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/#>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Serviços. Blog da Saúde [Internet]. 20 maio 2014 [acesso 2020 ago 5]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/33974-voce-conhece-todas-as-vacinas-oferecidas-pelo-sus>.
20. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP [internet]. [acesso 2020 nov 25]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
21. Buss PM, Pellegrine Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007;17(1);77-93.
22. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

23. Worldometers. Age, Sex, Existing Conditions of COVID-19 Cases and Deaths [Internet]. [acesso 2020 ago 14]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics/>.
24. Jackson Filho JM, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. Rev Bras Saúde Ocup. 2020;45:14.
25. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trab Educ Saúde. 2020;18(3).
26. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 2, p. 19-38.
27. Haseltine WA. Why Weren't We Ready For The Coronavirus? Forbes [Internet]. 12 maio 2020 [acesso 2020 ago 6]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/williamhaseltine/2020/05/12/why-werent-we-ready-for-the-coronavirus/?sh=109755d74851>.
28. Quammen D. Why Weren't We Ready for the Coronavirus? The New Yorker [Internet]. 4 maio 2020 [acesso 2020 ago 6]. Disponível em: <https://www.newyorker.com/magazine/2020/05/11/why-werent-we-ready-for-the-coronavirus>.
29. World Health Organization. COVID-19 in Rwanda: a country's response [Internet]. WHO; 2020 [acesso 2020 ago 6] Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/covid-19-rwanda-countrys-response>.
30. Wikipedia. COVID-19 pandemic in the United Kingdom [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 13] Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_the\\_United\\_Kingdom:Timeline](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_the_United_Kingdom:Timeline).
31. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. WHO; 2020 [acesso 2020 ago 6] Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
32. Savage M. Did Sweden's coronavirus strategy succeed or fail? BBC. 23 jul 2020 [acesso 2020 ago 6] Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-europe-53498133>.
33. Cascioli R. O recorde de mortos na Itália e a relação com o abandono dos idosos. Gazeta do Povo [Internet]. 23 mar 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/o-recorde-de-mortos-na-italia-e-a-relacao-com-o-abandono-dos-idosos/>.
34. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2019. New York; 2019.

35. Valencia AM. Coronavírus: por que os japoneses já usavam máscaras muito antes da covid-19. BBC News Mundo [Internet]. 17 jul 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53452695>.
36. Setor Saúde. Entenda por que a Coreia do Sul é exemplo mundial no combate ao coronavírus [Internet]. 3 abr 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/entenda-por-que-a-coreia-do-sul-e-exemplo-mundial-no-combate-ao-coronavirus/>.
37. O Estado de S. Paulo. Casos de covid aumenta entre os mais jovens e Itália fecha boates [Internet]. Estado de Minas. 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/08/17/interna\\_internacional,1176694/casos-de-covid-aumenta-entre-os-mais-jovens-e-italia-fecha-boates.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/08/17/interna_internacional,1176694/casos-de-covid-aumenta-entre-os-mais-jovens-e-italia-fecha-boates.shtml).
38. Wikipédia. COVID-19 pandemic in France [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_France:Muhouse\\_cluster](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_France:Muhouse_cluster).
39. Olganiera D, et al. The Covid-19 pandemic in Denmark: Big lessons from a small country. Cytokine Growth Factor Rev. 2020;53:10-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7217796/>. Acesso em: 17 ago. 2020.
40. Tremlett G. How did Spain get its coronavirus response so wrong? The Guardian [Internet]. 26 mar 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/26/spain-coronavirus-response-analysis>.
41. Roux C. L'exception portugaise. Le Devoir [Internet]. 20 abr 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www.ledevoir.com/monde/europe/577331/covid-19-l-exception-portugaise>.
42. Sánchez F. Portugal passa de exemplo europeu a pária entre os vizinhos no combate à covid-19. El País [Internet]. 10 jul 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-07-10/portugal-passa-de-exemplo-europeu-a-paria-entre-os-vizinhos-no-combate-a-covid-19.html>.
43. Packham C. Austrália tem dia com mais óbitos pela covid-19 em três meses. Agência Brasil [Internet]. 23 jul 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-07/australia-tem-dia-com-mais-obitos-pela-covid-19-em-3-meses>.
44. Folha de São Paulo. É falso que a Austrália tenha controlado a Covid-19 com ivermectina [Internet]. 6 ago 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/08/e-falso-que-a-australia-tenha-controlado-a-covid-19-com-ivermectina.shtml>.



45. BBC Brasil. Coronavírus: como o governo da Nova Zelândia eliminou os casos de infecção no país [Internet]. 27 abr 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52449017>.
46. G1. Nova Zelândia confirma 13 novos casos de novo coronavírus [Internet]. 12 ago 2020 [acesso 2020 ago 17]. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/08/12/nova-zelandia-confirma-13-novos-casos-de-novo-coronavirus.ghtml>.
47. Lucas A. A triste sorte dos presidentes negacionistas da covid-19. El País [Internet]. 7 jul 2020 [acesso 2020 ago 6]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-07-07/a-triste-sorte-dos-negacionistas-dacovid-19.html>.
48. Brasil. Governo Federal. Governo Federal atende os mais vulneráveis durante pandemia [Internet]. 14 jul 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/07/governo-federal-atende-os-mais-vulneraveis-durante-pandemia#:~:text=O%20aux%C3%ADlio%20emergencial%20pago%20pelo,das%20regi%C3%B5es%20Norte%20e%20Nordeste>.
49. G1. Estudantes, pais e professores narram ‘apagão’ do ensino público na pandemia; em 7 estados e no DF, atividade remota não vai contar para o ano letivo [Internet]. 21 maio 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/05/21/estudantes-pais-e-professores-narram-apagao-do-ensino-publico-na-pandemia-em-7-estados-e-no-df-atividade-remota-nao-vai-contar-para-o-ano-letivo.ghtml>.
50. Jornal da USP. Governo federal não cumpre papel de prevenção no combate à pandemia [Internet]. 18 maio 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/governo-federal-nao-cumpra-papel-de-prevencao-no-combate-a-pandemia/>.
51. Worldometer. Age, Sex, Existing Conditions of COVID-19 Cases and Deaths [Internet]. [acesso 2020 ago 14]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics/>.
52. Carbinatto B. Covid-19: Brasil lidera ranking mundial de enfermeiros mortos. Super Interessante [Internet]. 20 maio 2020 [acesso 2020 ago 6]. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/covid-19-brasil-lidera-ranking-mundial-de-enfermeiros-mortos/>.
53. Pacheco ADESD, Nascimento FL. Sistema de saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. Boletim de Conjuntura UFRR [Internet]. 2020 acesso 2020 ago 6];2(5):63-71. Disponível em: <https://revista.ufr.br/boca/issue/view/284/showToc>.
54. Silva MDVD, et al. O olhar ampliado em saúde no enfrentamento de pandemias. Cadernos Esp. Ceará. 2020;14(1):17-23.
55. Clacso. [homepage na Internet] Os governos estaduais brasileiros e o enfrentamento à Covid-19: O caso do Ceará [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 13] Disponível em:



<https://www.clacso.org/os-governos-estaduais-brasileiros-e-o-enfrentamento-a-covid-19-o-caso-do-ceara/>.

56. Bertolotto R. 'Brasil pega fogo quando povo entender que vai morrer na porta do hospital'. UOL Ecoa [Internet]. 24 abr 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2020/04/24/sem-estado-favelas-do-brasil-criam-proprias-solucoes-para-encarar-pandemia.htm>.
57. Sousa Júnior JH, Raasch M, Soares JC. Da desinformação ao caos: uma análise das fake news frente à pandemia do coronavírus (COVID-19) no Brasil. Cadernos de Prospecção [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 6];13(2):331-346. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nit/article/view/35978>.
58. Lopez G. Florida now has more Covid-19 cases than any other state. Here's what went wrong. Vox [Internet]. 17 jul 2020 [acesso 2020 ago 6]. [Disponível em: <https://www.vox.com/future-perfect/2020/7/17/21324398/florida-coronavirus-covid-cases-deaths-outbreak>]
59. Pascoal V. Papel do Estado em tempos de pandemia: combate ao vírus e à crise econômica e social. JOTA [Internet]. 5 abr 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/papel-do-estado-em-tempos-de-pandemia-combate-ao-virus-e-a-crise-economica-e-social-05042020>.
60. Agência Brasil. Veja medidas políticas e econômicas de países em resposta à pandemia [Internet]. 25 mar 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-03/veja-medidas-politicas-e-economicas-de-paises-em-resposta-pandemia>
61. Santos C. Coronavírus: impactos sociais e econômicos. Univ Araraquara – Uniara [Internet]. 17 abr 2020 [acesso 2020 ago 13]. Disponível em: <https://www.uniara.com.br/noticias/47699/artigo-coronavirus-impactos-sociais-e-economicos/>
62. Gavi. Seven things countries have done right in the fight against COVID-19 [Internet]. 22 jun 2020 [acesso 2020 jul 25]. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/seven-things-countries-have-done-right-fight-against-covid-19>.
63. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate. 2015;39(104):255-67.
64. Menicucci TM. O sistema único de saúde, 20 anos: Balanço e perspectivas. Cad Saude Publica. 2009;25(7):1620-5.
65. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2010;27(1):233-5.

66. Miranda MR. Programa Bolsa Família: aspectos positivos e negativos. Vol. 13, Ekp; 2015.
67. Pereira LL, et al. Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH. Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo; 2015.
68. Olshansky SJ, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff.* 2012;31(8):1803-13.
69. Fonseca AM, Viana AL. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1505-12.
70. Valor. Espanha aprova criação de programa de renda mínima [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 jul 23]. Disponível em: <https://valor.globo.com/mundo/noticia/2020/05/29/espanha-aprova-criao-de-programa-de-renda-mnima.ghtml>.
71. Cadó IL. Queremos renda básica, mas com manutenção dos serviços públicos e gratuitos. Brasil de Fato [Internet]. 11 jun 2020 [acesso 2020 jul 23]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/11/artigo-queremos-renda-basica-mas-com-manutencao-dos-servicos-publicos-e-gratuitos>.

# DIÁLOGOS INSTITUCIONAIS E A COVID-19: O LEGADO DA TRAGÉDIA

Clenio Jair Schulze<sup>1</sup>

**RESUMO:** O objeto do presente artigo foi destacar a importância do Constitucionalismo Sanitário como instrumento para maximização do SUS, utilizando-se a Teoria dos Diálogos Institucionais como principal mecanismo para sua concretização. Para tanto, são abordados os Diálogos: a) entre os Poderes; b) entre as autoridades; c) com a Sociedade Civil; d) com os órgãos de controle; e) na Judicialização da Saúde. Quanto à metodologia, na fase de investigação, foi utilizado o método indutivo, na fase de tratamento de dados, o método cartesiano, e o texto final foi composto na base lógica dedutiva. Propõe-se um novo cenário de Governança em Saúde no Brasil, de modo a maximizar os resultados e evitar novas tragédias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Gestão. COVID-19. Constitucionalismo Sanitário. Diálogos institucionais.

---

<sup>1</sup> Doutor e Mestre em Ciência Jurídica (Univali). Pós-Graduado em Justiça Constitucional e Tutela Constitucional dos Direitos (Universidade de Pisa/IT). Autor do livro Judicialização da Saúde no Século XXI (2018). Coautor do livro Direito à Saúde (2 ed., 2019). Juiz federal em SC. Integrante do Comitê de Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8948874571106150>. E-mail: [cleniojschulze@yahoo.com.br](mailto:cleniojschulze@yahoo.com.br).



## I. INTRODUÇÃO

A COVID-19 trouxe consigo uma das maiores crises da história da humanidade. Milhares de vítimas, pessoas expostas, pobreza, crise fiscal e paralisações são algumas das consequências deixadas pela pandemia.

No Brasil, felizmente existe o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e melhores programas de assistência sanitária do mundo. Mesmo assim, a COVID-19 deixou centenas de milhares de mortes. Um efeito devastador. Por isso, é importante avaliar a gestão do SUS durante a pandemia, principalmente para verificar eventual existência de outras estratégias de Governança para minimizar os danos deixados e evitar a repetição em futuras crises sanitárias.

Nesse sentido, o objeto do presente artigo é destacar a importância do Constitucionalismo Sanitário como instrumento para maximização do SUS, utilizando-se a Teoria dos Diálogos Institucionais como principal mecanismo para sua concretização.

Para tanto, são abordados os Diálogos: a) entre os Poderes; b) entre as autoridades; c) com a Sociedade Civil; d) com os órgãos de controle; e) na Judicialização da Saúde.

Propõe-se, ao final, um novo cenário de governança e gestão do SUS.

Quanto à metodologia, na fase de investigação, foi utilizado o método indutivo, na fase de tratamento de dados, o método cartesiano, e o texto final foi composto na base lógica dedutiva.

Nas considerações finais, apresenta-se objetivamente um resumo do raciocínio desenvolvido e se estimula o Leitor à reflexão sobre o conteúdo do texto, principalmente sobre a aplicação da Teoria dos Diálogos Institucionais como instrumento para melhoria da Governança do SUS e para a construção do Constitucionalismo Sanitário.

## 2. CONSTITUCIONALISMO SANITÁRIO E GOVERNANÇA DO SUS

A pandemia da COVID-19 indicou a necessidade de construção de uma nova ordem, assentada em um Constitucionalismo Sanitário. Tal perspectiva orienta o Estado a propor uma concretização adequada dos arts. 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil<sup>(1)</sup>.

O Constitucionalismo Sanitário exige uma revolução social. Uma virada que priorize medidas de efetiva tutela e assistência à Saúde, com proteção dos trabalhadores em serviços sanitários, com o financiamento adequado da saúde pública, com investimento em pesquisa científica, com respeito ao federalismo cooperativo sanitário, com a criação de uma política de educação sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), entre inúmeras outras medidas.

Tudo isso deve ser fomentado por uma nova Governança em Saúde. Ou seja, uma articulação renovada para a construção de um Estado Sanitário eficiente, que potencialize sua atuação e maximize os resultados, satisfazendo os interesses da população.

Na pandemia da COVID-19, ficou demonstrado que a atuação do Estado poderia ser mais eficiente no seu combate. Apesar de inúmeras medidas importantes, constatou-se que houve desarticulação entre os diversos órgãos, principalmente em razão da omissão do Ministério da Saúde (ente central) na adoção de diretrizes centrais, deixando de definir uma política nacional de prevenção, com a indicação de métodos para sua concretização.

A Lei nº 8.080/90<sup>(2)</sup> consagra uma série de mecanismos para a redução dos riscos de doenças e de agravos à Saúde das pessoas. Contudo, seu texto já possui mais de 30 anos, e não há como estabelecer uma relação equânime entre os entes da federação, de modo a permitir a maximização das atividades.

Governança eficiente em Saúde é a maior forma de maximizar a riqueza da Sociedade. Assim, a nova Governança em Saúde deve estar conectada com a ideia de Constitucionalismo Sanitário. Isso só vai acontecer se existir vontade (no sentido de realização). Para tanto, os Diálogos Institucionais se apresentam como poderoso instrumento para concretização de tal desiderato.

## 3. DIÁLOGOS INSTITUCIONAIS

Viver isoladamente é impossível. Governar isoladamente é inviável. Todas as atividades humanas exigem exposição, por isso, as relações interpessoais são instrumentos para a maximização de riquezas.

No âmbito da Saúde, principalmente da sua gestão, os diálogos são indispensáveis. A legislação pátria exige a contínua e permanente aproximação entre todas as pessoas que

atuam na Governança do SUS. Ou seja, uma rede somente funciona, nos moldes previstos pela Constituição (artigos 196 a 200), se existir conexão e coesão entre todos os atores envolvidos.

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 demonstrou que ainda há muito a ser feito para melhorar a Governança do SUS. Exemplos não faltam: a) requisições de respiradores promovidas pela União sem diálogo com o ente menor (Estado e Município); b) declarações do Presidente da República contrárias ao seu próprio Ministro da Saúde, reduzindo a confiabilidade das suas medidas perante a população; c) omissão em relação à tutela dos índios; d) criação de falácias argumentativas, como a falsa dicotomia entre salvar a população ou salvar a economia.

Em alguns momentos, o Judiciário foi acionado para evitar o mal maior. Foi o que aconteceu em relação à tutela dos índios (decisão do Supremo Tribunal Federal, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709)<sup>(3)</sup>, também em relação à requisição de ventiladores pulmonares pela União em face do Município de Recife (decisão do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, no processo 0802886-59.2020.4.05.0000)<sup>(4)</sup>.

O caso das requisições administrativas demonstra a falta de organização adequada para a condução da pandemia. Apesar da previsão normativa (Lei n. 8080/90 e Lei n.13.979/20<sup>(5)</sup>), tal instrumento somente pode ser utilizado como última opção após muito diálogo e justificação. Vale dizer, primeiro é necessário negociar (comprar, emprestar ou alugar), e somente em caso de insucesso é que se pode invocar a possibilidade requisitória, sob pena de inversão total da lógica pós-positivista democrática que norteia o vigente Direito Administrativo.

Além disso, talvez a situação mais grave que a pandemia escancarou foi a absoluta desconsideração das Ciências. Ou seja, mesmo diante de milhares de mortes em vários países do mundo, houve um grande fomento ao negacionismo (incentivado expressamente pelo Presidente da República), contrariando as melhores interpretações sobre os impactos epidemiológicos e sanitários da COVID-19.

Tudo isso indica que é preciso avançar muito na gestão do SUS.

### **3.1 DIÁLOGOS ENTRE AUTORIDADES**

As autoridades integrantes do SUS são pessoas importantes para a qualificação dos serviços. Nesse sentido, é um grande equívoco subdimensionar as suas atribuições.

Durante uma pandemia, as pessoas que possuem competência normativa para proferir decisões devem estar conectadas entre si, principalmente quando se trata de questões que exigem a atuação conjunta dos entes da Federação.

Assim, é indispensável a utilização de instrumentos que indiquem uma linha direta (ou canais pessoais de comunicação) entre Ministro da Saúde, Secretários Estaduais de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. A magnitude da pandemia da COVID-19 exige das aludidas autoridades um convívio em tempo real (e não há necessidade de sofisticação em plataforma específica, já que existem vários instrumentos e aplicativos gratuitos para tal finalidade).

Infelizmente, houve muita desconexão entre as autoridades durante muitos momentos da pandemia. O Governo Federal, por exemplo, pretendia definir todas as estratégias, indicando que não seria possível o isolamento social. Isso foi corrigido pelo Supremo Tribunal Federal (Ação Direta de Inconstitucionalidade 6343) <sup>(6)</sup>, que também reconheceu a competência dos Estados e dos Municípios para a fixação de políticas para evitar a contaminação, como a proibição de locomoção de pessoas.

Neste ponto, merece destaque a importância dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). São duas instituições reconhecidas legalmente (art. 14-B da Lei 8.080/90) e podem representar os entes da Federação com legitimidade e capacidade técnica.

Com base em tudo isso, é possível a criação de um Governo Digital com a finalidade de conectar todas as autoridades em Saúde, preservando e fortalecendo a autonomia federativa e reduzindo a possibilidade de decisões contraditórias nos vários níveis de gestão.

### **3.2 DIÁLOGOS ENTRE OS PODERES**

A Constituição (art. 2º) consagra o princípio da separação entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, mas exige a harmonia para equilibrar esta relação. Assim, a independência inerente ao sistema de freios e contrapesos também permite a interação entre os Poderes, principalmente quando há alguma justificativa maior.

No caso, a COVID-19 é suficiente para indicar a possibilidade de atuação articulada entre Legislativo e Executivo, na aprovação de medidas voltadas ao combate da pandemia. Do Judiciário, ao mesmo tempo, espera-se o controle de eventuais abusos e, principalmente, das omissões violadoras das normas jurídicas.

Várias são as vantagens da Teoria dos Diálogos constitucionais, destacando-se: a) fortalecimento das instituições; b) comprometimento dos atores, mediante realização de rodadas de negociação; c) decisão debatida dialogicamente e tem efeitos de longo prazo; d) ausência de imposição unilateral (autoritarismo).

A Teoria dos Diálogos também é aplicada na Judicialização da Saúde, cabendo ao Judiciário mapear as alternativas constitucionais disponíveis. Tal proposta não é excludente da supremacia judicial (art. 5º, inciso XXXV e art. 102, inciso I, ambos da Constituição).

Sempre haverá conflitos a exigir a imediata intervenção e correção judicial, mas o excesso causa uma ruptura no sistema, daí a possibilidade de outra alternativa: o diálogo entre todos os atores!

Trata-se de um modelo já adotado, por exemplo, no Conselho Nacional de Justiça, com o Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde, que é composto por atores do Sistema de Justiça e agentes do Sistema de Saúde.

O debate dialógico permite a construção coletiva da melhoria do sistema e auxilia no fomento e ampliação da participação popular. Quando isso não é possível, abre-se a possibilidade da decisão judicial, tal como se verificou na definição de erro grosseiro praticado por agente público (Ações Diretas de Inconstitucionalidade 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431)<sup>(7)</sup> e o caso da tutela dos índios durante a pandemia (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709).

### **3.3 DIÁLOGOS COM OS ÓRGÃOS DE CONTROLE**

Gestores do SUS também devem dialogar com todos os órgãos de controle. Tal contato deve ser contínuo e permanente durante a pandemia. Por razões óbvias: eventuais ilegalidades serão investigadas e poderão ensejar a aplicação de sanções cíveis, administrativas e criminais. Além disso, há muita circulação de dinheiro público, a exigir rigorismo das decisões sobre a respectiva alocação.

Assim, é inegável que as posições sejam adotadas – dentro do possível – com o conhecimento dos Ministérios Públicos (federal e estadual), dos Tribunais de Contas e das Controladorias responsáveis pela fiscalização.

A melhor estratégia para permitir o contato entre gestor de saúde e órgãos de controle é a utilização do modelo de Governo Aberto (como o instituído pelo Decreto Federal n. 10.160/19)<sup>(8)</sup> e seus similares anteriores).

A finalidade principal, além de maximizar os resultados da alocação de recursos, é prevenir eventual responsabilização por erro, improbidade ou prática criminosa.

Tudo isso está embasado nos princípios da eficiência, da impessoalidade e da moralidade, previstos no art. 37 da Constituição.

### **3.4 DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE CIVIL**

Existe notória crise de democracia. O modelo de representação não se mostra mais adequado para materializar a relação entre governantes e governados.

O Século XXI exige muito mais, que as pessoas sejam partícipes das principais decisões estatais. Nesse sentido, fala-se na democracia direta como um dos novíssimos direitos fundamentais. Isso



não significa que o povo deve decidir absolutamente tudo, mas teria a possibilidade de opinar sobre as principais políticas que envolvam toda a Sociedade, legitimando as escolhas públicas.

O debate dialógico permite a construção coletiva da melhoria do sistema e auxilia no fomento e na ampliação da participação popular.

O que é melhor e o que pode ser feito durante a pandemia?: a) *Lockdown* contínuo e permanente? b) Sucessivos *lockdowns* temporários? Vacinação em massa? Fechamento de escolas? Uso de máscara?

Todos possuem respostas para tais perguntas, contudo, apenas a Ciência pode dizer com mais precisão quais são as medidas mais adequadas. De qualquer forma, é inegável que os gestores devem utilizar consultas rápidas por meio de redes sociais, com ampla divulgação, inclusive com o apoio da imprensa escrita e televisionada. Plebiscitos e referendos virtuais também são instrumentos eficientes para ouvir a população e legitimar as decisões governamentais.

Os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) estão regulamentados pela Lei n. 8.080/90, e, por isso, podem contribuir para a democratização das decisões durante a pandemia. Afinal, são instituídos exatamente para permitir a participação do povo.

### 3.5 DIÁLOGOS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A Judicialização já permitiu o acesso de muitas pessoas aos serviços e produtos do SUS. Trata-se, portanto, de mecanismo de exercício de cidadania.

Contudo, também existem abusos, e às vezes há incapacidade judicial de ampla compreensão do funcionamento do SUS (principalmente quando a demanda envolve tecnologia não incorporada). Tanto é verdade que muitos tratamentos são negados em outros países, mas são concedidos na via judicial em terras brasileiras.

Portanto, é preciso mais equilíbrio. E a Teoria dos Diálogos se aplica muito aqui. Ou seja, a decisão judicial pode ser substituída, em determinados casos, pela aproximação de todos os atores envolvidos. A solução negociada pode ser mais econômica para o SUS em relação à solução adjudicada pelo magistrado. Nesse sentido, é preciso fomentar e ampliar a criação de Câmaras de Conciliação ou mecanismos semelhantes com a finalidade de resolução extrajudicial de conflitos.

A taxa de sucesso em acordos pode ser alta nos casos ordinários em que são postulados medicamentos, tecnologias e outros produtos já incorporados no SUS. E para os tratamentos novos, pode-se avaliar a possibilidade de substituição.

No entanto, para a maximização dos resultados, é preciso que os próprios integrantes do Poder Judiciário conheçam a realidade e o funcionamento do serviço, para conquistar sua

confiabilidade. Portanto, o gestor responsável e que se preocupa com as despesas públicas precisa se ajustar a esta nova realidade que exige a aplicação da Teoria dos Diálogos.

## 4. UM NOVO CENÁRIO

O Constitucionalismo Sanitário deve ser fomentado para valorizar a área da Saúde (em todos os seus aspectos), a fim de preservar a dignidade da pessoa humana e permitir a construção de uma Sociedade mais justa e solidária.

Nesse sentido, a utilização adequada de Diálogos Institucionais entre os níveis de gestão em Saúde, entre os Poderes da União, com os órgãos de controle e com a Sociedade é indispensável para a concretização deste novo paradigma de Governança no Século XXI.

A Inteligência Artificial é instrumento importante para auxiliar na concretização de um novo cenário, pois permite uma revolução no conhecimento e na forma de obtenção de informações, de modo a gerir e conduzir a atuação dos seres humanos.

A gestão em 'Saúde' exige, portanto, a adoção de novas tecnologias. O trabalho de robôs no cruzamento de dados e obtenção de informações auxilia no planejamento das atividades e na definição de prioridades para o futuro. Prontuários eletrônicos, controle da evolução clínica, agendamentos, listas de espera e de prioridades são exemplos em que a Inteligência Artificial vai auxiliar no alcance de maior eficiência e mais eficácia nos resultados.

De outro lado, é preciso sempre observar os princípios da prevenção e precaução (decorrentes do art. 225 da Constituição) que orientam a interpretação jurídica sobre a necessidade de evitar a ocorrência de danos sociais, ambientais e sanitários.

As Leis 11.105/05<sup>(9)</sup> e 13.819/19<sup>(10)</sup> são exemplos de aplicação da prevenção e da precaução em Saúde.

Outro aspecto importante, e que foi esquecido muitas vezes durante a pandemia da COVID-19, foi a Reserva de Ciência, um espaço do conhecimento que está fora do âmbito de atuação do Executivo e do Legislativo, em razão da impossibilidade fática e material.

Segundo Servetti<sup>(11)</sup>, existe a incidência de uma valoração técnico-científica de natureza sanitária sobre as atividades legislativa e executiva, vale dizer, muitos temas das Ciências da Saúde (Medicina e Farmácia, por exemplo) não podem ser transformados sem comprovação científica.

No Brasil, o exemplo da fosfoetalamina (pílula do câncer) demonstrou isso. Muitas pessoas a utilizaram, mas a substância química não passou nos testes de evidência científica em razão da ausência de eficácia e eficiência no tratamento oncológico.

Trata-se de importante reflexão para a Governança da Saúde em tempos de pandemia. Na COVID-19, houve um incremento de gastos do Ministério da Saúde em alguns

tratamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, a hidroxicloroquina e a ivermectina. São situações em que poderia haver melhor eficiência alocativa de recursos públicos.

Assim, não é possível alterar a natureza das coisas, e quando existir dúvida hermenêutica para a resolução dos casos, é preciso a invocação da prevenção e da precaução.

A não utilização dos aludidos princípios como instrumentos de planejamento do SUS pode ensejar a responsabilização pessoal do gestor, conforme assentado pelo Supremo Tribunal Federal (Ações Diretas de Inconstitucionalidade 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6248 e 6431)<sup>(12)</sup>.

De qualquer forma, sempre são esperadas posturas éticas e responsáveis com a finalidade de proteger o Direito à Saúde das pessoas na maior extensão possível.

Diante da pandemia da COVID-19, criou-se um cenário. Por isso, a missão dos Poderes é exatamente evitar violações às normas jurídicas.

É importante lembrar que o Conselho Nacional de Justiça aprovou a Recomendação 66/2020<sup>(13)</sup>, indicando aos magistrados do Brasil a adoção de postura de deferência em relação às decisões das autoridades sanitárias, a fim de não agravar a já difícil gestão da pandemia. Contudo, isso não serve de escudo para a prática de ilegalidades, cabendo à fiscalização regular a aplicação das respectivas penalidades em caso de comprovação de ilicitudes.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um sucesso, com inúmeras iniciativas reconhecidas pelo seu alto resultado em prol da população, tais como o programa saúde da família, o programa nacional de transplantes de órgãos e tecidos, as políticas de vacinação, o programa de vigilância, prevenção e controle da aids e os programas de assistência farmacêutica.

Contudo, o presente texto indicou claramente que é preciso construir outro Constitucionalismo, assentado nas prioridades sanitárias do país. Ou seja, não se pode mais tratar a gestão do SUS com o mesmo pensamento. Novas práticas de Governança devem estabelecer critérios objetivos de administração, a participação popular, mais transparência, indicadores de desempenho, metas e mais qualidade nos resultados.

A pandemia da COVID-19 trouxe uma nova era, em que os Diálogos Institucionais se apresentam como mola propulsora para atualização das técnicas de gestão. Trata-se de proposta para levar a sério a nova Governança em Saúde no Brasil, de modo a maximizar os resultados no SUS e evitar novas tragédias.

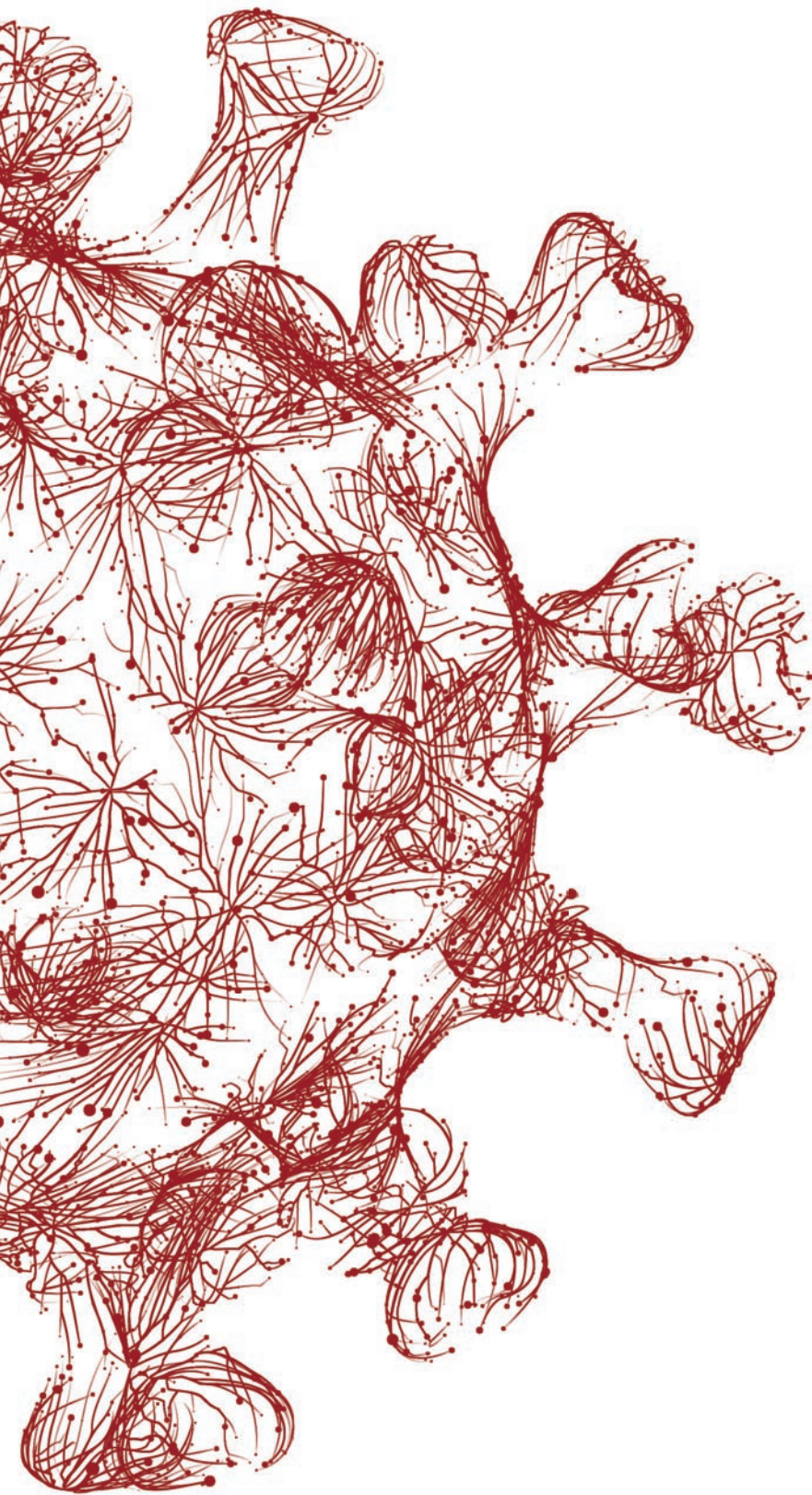
## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Federal da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm).
3. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 [Internet]. Relator Ministro Roberto Barroso. Brasília, agosto de 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adpf709.pdf>.
4. Brasil. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. Suspensão de Liminar e de Sentença 0802886-59.2020.4.05.0000 [Internet]. Relator Desembargador Federal Vladimir Souza Carvalho. Março de 2020. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-respirador-recife.pdf>.
5. Brasil. Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm).
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6343 [Internet]. Relator Ministro Marco Aurélio. Brasília, Maio de 2020. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442816>.
7. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ações Diretas de Inconstitucionalidade 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431 [Internet]. Relator Ministro Roberto Barroso. Brasília, maio de 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idCon-teudo=443640>.
8. Brasil. Decreto nº 10.160, de 9 de dezembro de 2019. Institui a Política Nacional de Governo Aberto e o Comitê Interministerial de Governo Aberto. Diário Oficial da União [Internet]. 10 dez 2019. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/decreto/D10160.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D10160.htm).
9. Brasil. Lei 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de

atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 28 mar 2005 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm).

10. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União [Internet]. 29 abr 2019 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm).
11. Servetti D. Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislativa e giurisdizionale. Pisa: Pacini Editore Srl; 2019.
12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ações Diretas de Inconstitucionalidade 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431 [Internet]. Relator Ministro Roberto Barroso. Brasília, maio de 2020. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=443640>
13. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação 66, de 12 de maio de 2020. Recomenda aos Juízos com competência para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional de pandemia da Covid-19. Diário da Justiça eletrônico [Internet]. 14 maio 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3318>.





# A RESPOSTA DOS SISTEMAS DE SAÚDE À COVID-19: BREVE ANÁLISE SOBRE O SUS

Adriano Massuda<sup>1</sup>

Renato Tasca<sup>2</sup>

**RESUMO:** A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), agente responsável pela COVID-19, afetou os países de maneira bastante diferenciada. A análise das respostas governamentais ao surto é essencial para identificar sucessos e falhas nas ações de controle da epidemia, bem como para identificar fortalezas, fragilidades e pontos de vulnerabilidade dos sistemas de saúde. Neste ensaio, apresenta-se uma breve descrição da trajetória e respostas de governos e sistemas de saúde à COVID-19 em países da Ásia, Europa Ocidental e Américas, buscando identificar fatores que contribuíram para a qualidade dos resultados no controle da pandemia. Em seguida, utilizaram-se as categorias de análise propostas pelo “*COVID-19 Health System Response Monitor*” para realizar uma análise geral da atuação do sistema de saúde brasileiro na resposta à pandemia, buscando sistematizar fortalezas, fragilidades e problemas conjunturais vividos pelo Sistema Único de Saúde. Ao final, elencam-se seis principais desafios que devem ser enfrentados numa agenda orientada ao fortalecimento do sistema de saúde brasileiro e ao aprimoramento da capacidade de resposta a Emergências de Saúde Pública no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecções por Coronavírus. Acesso Universal aos Serviços de Saúde. Sistemas de Saúde. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. Controle de Doenças Transmissíveis.

---

1 Médico Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Associado FGV/EAESP. <https://orcid.org/0000-0002-3928-136X>.

2 Médico Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Pesquisador FGV/EAESP. <https://orcid.org/0000-0002-1407-5914>.



## I. INTRODUÇÃO

Em 29 de setembro de 2020, a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2), agente responsável pela COVID-19, superou o número total de 1 milhão de óbitos em todo mundo <sup>(1)</sup>. Inicialmente registrada na província de Wuhan na China, em dezembro de 2019, e declarada emergência internacional de saúde pública em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença afetou os países de maneira bastante diferenciada <sup>(2-3)</sup>. Analisar as respostas governamentais à COVID-19 é essencial para identificar sucessos e falhas nas ações de controle da epidemia, mas também para realizar uma verificação abrangente das fortalezas e fragilidades dos sistemas de saúde perante uma emergência de saúde pública <sup>(3)</sup>.

Emergências de saúde pública testam a resiliência de sistemas de saúde <sup>(4)</sup>. Além disso, requerem ações coordenadas de governos para envolver demais agentes governamentais e engajamento da sociedade civil na resposta <sup>(5)</sup>. Na COVID-19, mesmo sistemas de saúde bem estruturados entraram em colapso devido ao rápido aumento nas hospitalizações para tratamento de pacientes gravemente enfermos em regiões com altas taxas de transmissão do vírus <sup>(6)</sup>. Por outro lado, países cujos governos combinaram intervenções de saúde pública para prevenir e controlar a disseminação da doença, com políticas públicas para dar suporte a grupos socioeconômicos em situação de vulnerabilidade, tiveram resultados mais satisfatórios na mitigação do impacto da doença na sociedade <sup>(2,7-8)</sup>.

Com mais de 150 mil óbitos registrados entre março e outubro de 2020, o Brasil figura na segunda posição mundial com o maior número de mortes provocadas pela COVID-19 <sup>(1)</sup>. O país está atrás apenas dos Estados Unidos da América, seguido por Índia, México e Reino Unido. Entre esses países, Brasil e Reino Unido contam com sistemas universais de saúde, o que deveria ser um fator de proteção ante tal emergência de Saúde Pública <sup>(9)</sup>. Porém, em comum, os cinco



países apresentaram modos semelhantes de ação governamental diante da pandemia: menosprezo ao impacto sanitário da doença e retardo na tomada de medidas mitigatórias para contenção do surto sob justificativa de preservar suas respectivas economias<sup>(10-13)</sup>.

Neste ensaio, apresentamos uma breve análise da resposta internacional à COVID-19 e da atuação do sistema de saúde brasileiro na pandemia. A identificação de erros e acertos na adoção de medidas que contribuíram para o controle da doença e da atuação dos sistemas de saúde deve servir de base para tomada de medidas voltadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da capacidade de resposta do Brasil perante Emergências de Saúde Pública.

## 2. MÉTODOS

Para realização deste estudo, consultamos a literatura internacional para apresentar uma breve descrição da trajetória e respostas de governos e sistemas de saúde em países da Ásia, Europa Oriental e Américas, buscando identificar fatores que contribuíram para a qualidade dos resultados no controle da pandemia.

Em seguida, descrevemos e analisamos a atuação do sistema de saúde brasileiro na resposta ao surto. Para isso, utilizamos o modelo proposto pelo “*COVID-19 Health System Response Monitor*”<sup>(14)</sup>, elaborado pelo Escritório Regional da OMS para a Europa, Comissão Europeia e Observatório Europeu de Sistemas, que utiliza as seguintes categorias de análise: i) prevenção da transmissão; ii) infraestrutura física e força de trabalho – ao qual acrescentamos disponibilidade de produtos essenciais; iii) prestação de serviços assistenciais; iv) financiamento; v) governança; e vi) envolvimento de outros setores. Buscamos sistematizar fortalezas, fragilidades e problemas conjunturais vividos pelo SUS na resposta à COVID-19.

Por fim, elencamos desafios que devem ser enfrentados numa agenda pós-COVID, orientada ao fortalecimento do sistema de saúde brasileiro e aprimoramento da capacidade de resposta do país a Emergências de Saúde Pública.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 COVID-19 NO MUNDO E A RESPOSTA INTERNACIONAL

Desde que a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia, em 11 de março de 2020, o epicentro da doença registrada inicialmente na Ásia migrou para Europa Ocidental, em abril de 2020, para a América do Norte, em maio de 2020, chegando à América Latina em junho de 2020<sup>(1)</sup>. Desde então, as Américas persistem como a região do mundo com maior número de casos e de óbitos<sup>(1)</sup>.

Nos países asiáticos, primeiramente afetados, o aprendizado com epidemias anteriores, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2015, possibilitou que governos e seus respectivos sistemas de saúde adotassem rápidas e eficientes medidas de enfrentamento do surto<sup>(15)</sup>. A Coreia do Sul implementou uma eficaz estratégia de testagem massiva para identificar e isolar os casos infectados<sup>(16)</sup>. Em Cingapura, o surto foi rapidamente contido por uma combinação de esforços que incluiu implementação de ações de saúde pública, suporte econômico para grupos em vulneráveis e orientação de mudanças sociais e comportamentais da população<sup>(17)</sup>.

Na Europa Ocidental, que soma quase um quarto dos óbitos provocados pela COVID-19 do planeta, a resposta à pandemia foi bastante variada entre países. A Alemanha conseguiu obter uma das menores taxa de mortalidade em razão de dispor de extensa capacidade hospitalar, incluindo unidades de terapia intensiva (UTI), da estratégia de ampla testagem da população, e da tomada de medidas precoces para restringir a circulação comunitária do vírus<sup>(18)</sup>. Por outro lado, em países como Itália e Espanha, embora tenham experimentado um rápido aumento de casos e mortes de COVID-19, a capacidade de seus sistemas de saúde em expandir a rede hospitalar e a presença de sistemas de bem-estar social possibilitaram amortecer as consequências sanitárias, econômicas e sociais da pandemia entre a população<sup>(19-20)</sup>.

Nas Américas, porém, a COVID-19 teve seu impacto mais letal apontado, somando 55% das mortes registradas pela doença até o momento<sup>(1)</sup>. Uma combinação de fatores, como o atraso ou a não tomada de medidas efetivas por governos nacionais para bloqueio da entrada e contenção da propagação do vírus, em países com enormes desigualdades econômicas, grande contingente de pessoas em situação de pobreza e frágeis sistemas de saúde e de seguridade social, expôs significativa parte da população à contaminação<sup>(21-22)</sup>.

Além disso, a instabilidade política, a disseminação de *fake news* sobre a doença e a fragmentação dos sistemas de saúde dificultaram a implementação de estratégias nacionais de testagem e a coordenação do acesso a serviços de saúde<sup>(22)</sup>.

A análise da resposta dos países à COVID-19 permite constatar que a combinação de efetiva coordenação governamental, intervenções de saúde pública para controlar a transmissão do vírus, oferta de proteção social a grupos mais vulneráveis e mudança de comportamento populacional teve resultados bem-sucedidos no enfrentamento da pandemia<sup>(2)</sup>. Por outro lado, países que postergaram a implementação de medidas não farmacológicas para controlar a propagação do vírus e aqueles que não utilizaram evidências científicas para orientar suas políticas – em geral, liderados por governos que praticam o “*Medical Populism*”<sup>(9)</sup> – tiveram piores resultados.

No **Quadro 1**, sintetizamos as principais medidas efetivas para a resposta à COVID-19.

**QUADRO I.** Medidas eficazes na resposta à COVID-19

Coordenação governamental	Intervenções de saúde pública	Intervenções de proteção social	Mudanças comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança e governança claras</li> <li>• Gabinete de crise</li> <li>• Adoção de planos flexíveis adequados à situação</li> <li>• Comunicação oportuna, precisa e transparente do governo</li> <li>• Definição de base legal para complementar as medidas políticas</li> <li>• Conscientização pública, confiança e comunicação de risco apropriada</li> <li>• Medidas para manter escolas, locais de trabalho e transporte público seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste rápido, abrangente e gratuito</li> <li>• Rastreamento e isolamento de contatos</li> <li>• medidas de saúde pública para reduzir os casos importados</li> <li>• Vigilância no território (asilo, prisões, albergues)</li> <li>• Atenção a populações vulneráveis em termos de saúde (idosos e pessoas com comorbidades)</li> <li>• Controle de viagem internacional (proibições e quarentenas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteção especial de populações socialmente vulneráveis (crianças, pessoas pobres, pessoas com deficiência, refugiados, minorias e povos indígenas)</li> <li>• Proteção social (em termos de fome, renda, desemprego e saúde mental)</li> <li>• Quarentena e isolamento em instalações públicas quando o ambiente doméstico for inadequado</li> <li>• Apoio social para aqueles que estão isolados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de máscaras</li> <li>• Higiene pessoal (por exemplo, lavar as mãos e cobrir espirros e tosses)</li> <li>• Distanciamento físico (ou seja, espaçamento)</li> <li>• Evitar grandes eventos públicos (por exemplo, esportes, artes e entretenimento e religião)</li> </ul>

Fonte: Adaptado da Lancet <sup>(2)</sup>

### 3.2 A COVID-19 NO BRASIL E A RESPOSTA DO SUS

A existência de um sistema universal de saúde como o SUS é uma fortaleza para enfrentar uma pandemia como a COVID-19. Entretanto, os problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro, agravados pela conjunta política e econômica vivida no país <sup>(23-24)</sup>, e pela atuação do governo federal, levaram o Brasil a enfrentar a pandemia com um SUS fragilizado e com limitada capacidade para utilizar recursos disponíveis para melhor controle da pandemia, como pode ser observado a seguir:

#### 3.2.1 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO

É um enorme desafio prevenir a propagação de um vírus altamente transmissível, como o SARS-Cov-2, num país com a dimensão territorial e altíssimas desigualdades socioeconômicas como o Brasil. Porém, o país estruturou uma razoável cadeia de resposta a Emergências em Saúde Pública no âmbito do SUS <sup>(25)</sup>, que poderia ser mais bem utilizada na resposta à pandemia.

Signatário do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, o Brasil estabeleceu uma rede nacional de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs), que é res-

ponsável pelo monitoramento de eventos de saúde pública. Para resposta a esses eventos, em 2011, foram regulamentados critérios para declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e para mobilização de recursos extraordinários financeiros e físicos, incluindo a criação de uma Força Nacional do SUS (FN-SUS).

Além disso, o país dispõe de uma ampla cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) e de um sistema de vigilância epidemiológica que conta com agentes de combate às endemias em praticamente todos os municípios brasileiros. Essa estrutura foi utilizada, de maneira bem-sucedida, no enfrentamento das epidemias como gripe A (H1N1), dengue (DENV) e zika (ZIKV); de catástrofes naturais; e mesmo no apoio aos grandes eventos esportivos, como a Copa do Mundo e os Jogos Olímpicos<sup>(25)</sup>.

Na COVID-19, esforços iniciais do Ministério da Saúde para comunicar a população sobre os riscos da pandemia, orientar distanciamento físico e uso de máscaras tiveram efeito positivo<sup>(26)</sup>. A maioria das unidades federativas adotou medidas para o distanciamento social<sup>(27)</sup>, e boa parte da população mudou hábitos, passando a fazer uso de álcool em gel para higienização das mãos e de máscaras de proteção<sup>(28)</sup>. Porém, as orientações sanitárias esbarraram na posição e atitudes do presidente Jair Bolsonaro que, sob o argumento de proteger a economia, contradizia as recomendações de distanciamento social, repercutia *fake news* sobre a COVID-19 e advogava o uso da cloroquina como principal estratégia para enfrentamento da pandemia<sup>(29)</sup>.

O conflito com o Presidente da República sobre as orientações de prevenção da transmissão do vírus resultou na demissão do Ministro da Saúde e na renúncia do segundo Ministro, menos de um mês após sua posse. O general do Exército que assumiu interinamente o ministério o militarizou – e que, depois, foi efetivado no cargo de Ministro –, tampouco estabeleceu estratégias nacionais de testagem, monitoramento epidemiológico ou controle de transmissão comunitária do vírus.

### **3.2.2 GARANTIR INFRAESTRUTURA FÍSICA, FORÇA DE TRABALHO E PRODUTOS ESSENCIAIS**

Sem dispor de vacina ou tratamento curativo, o enfrentamento da COVID-19 requereu leitos de UTI; força de trabalho suficiente, preparada e protegida; e ao menos três tipos de produtos essenciais: equipamentos de proteção individual (EPI), testes diagnósticos e equipamentos para suporte ventilatório. Entretanto, a escassez e má distribuição desses insumos revelaram fragilidades estruturais do SUS na capacidade de alocação de recursos estratégicos, agravadas pela falta de planejamento e coordenação nacional da resposta à pandemia.

Com relação à infraestrutura hospitalar, 70% das regiões de saúde do país dispõem de leitos de UTI per capita abaixo do recomendado para situação de normalidade<sup>(30)</sup>. Sobre profissionais de saúde, a maioria dos médicos com formação especializada para atuação em UTI concentra-se em grandes centros urbanos e tem atuação majoritária no setor privado<sup>(31)</sup>.

Além disso, apesar de dispor de hospitais públicos universitários em todos os estados do país, a maioria dos leitos ofertada pelo SUS é em hospitais de pequeno e médio porte, sem condições para atender paciente com quadros de saúde graves<sup>(32)</sup>.

Na resposta à pandemia, houve habilitação pelo Ministério da Saúde de 14,646 novos leitos hospitalares ofertados por secretarias estaduais e municipais de saúde<sup>(33)</sup>. Por outro lado, não houve iniciativa federal, tampouco disposição do setor privado para fazer uso de leitos em hospitais privados, como em experiências de outros países<sup>(34)</sup>. Registraram-se, porém, diferentes tipos de colaboração com instituições privadas para suporte técnico e administrativo para expansão hospitalar<sup>(35)</sup>.

Com relação ao abastecimento dos produtos essenciais, o Ministério da Saúde deixou de utilizar o poder de compra centralizada, o que auxiliaria na negociação de preços e na coordenação da distribuição de acordo com as necessidades regionais<sup>(36)</sup>. Diante da alta demanda global e da escassez nacional, sem coordenação federal, estados e municípios passaram a disputar a compra desses insumos, resultando em grande inequidade na distribuição e enormes disparidades de preços pagos<sup>(37)</sup>.

Outra consequência dramática foi a exposição de profissionais de saúde à contaminação, resultando em alto número de óbitos, principalmente de enfermagem. Lotta et al. demonstraram, por meio de entrevista com profissionais de saúde sobre o trabalho durante a pandemia, que apenas um terço deles relataram dispor de EPI adequados e que apenas 20% receberam treinamento sobre seu correto uso<sup>(38)</sup>. Quatro de cinco profissionais entrevistados afirmam sentir medo de contrair o vírus, e apenas 15% sentiam-se preparados para o trabalho<sup>(38)</sup>.

### 3.2.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Um dos maiores impactos da COVID-19 sobre os sistemas de saúde foi a rápida escalada por internações em leitos de UTI, requerendo expansão da oferta assistencial para atendimento de pacientes gravemente enfermos; e, em paralelo, garantia da manutenção de serviços essenciais que não poderiam ser interrompidos.

No Brasil, o princípio da universalidade do SUS e a gratuidade no acesso a serviços são uma fortaleza diante de uma pandemia como da COVID-19, ao não criar barreiras econômicas para diagnóstico e tratamento da doença<sup>(39)</sup>. Porém, apesar de o SUS ter expandido leitos hospitalares, as disparidades socioeconômicas, a frágil organização regional e a baixa capacidade de regulação geraram diferenças substantivas no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos. Como resultado, as taxas de mortalidade hospitalar foram bastante diferenciadas entre as regiões e tipos de estabelecimentos no país<sup>(40)</sup>.

Além disso, o Brasil deixou de utilizar a ampla cobertura e capilaridade da APS na resposta à pandemia. Inicialmente, o Ministério da Saúde publicou recomendação para APS na COVID-19 com medidas restritas ao atendimento clínico presencial de quadros moderados e

graves respiratórios e uso do TeleSUS, aplicativo desenvolvido para avaliação e acompanhamento de pacientes leves via contato telefônico<sup>(41)</sup>. Em seguida, a recomendação foi modificada em nota técnica orientando atendimento presencial de casos leves, prevendo a prescrição de hidroxicloroquina<sup>(42)</sup>.

Em nenhum momento, porém, houve orientação e treinamento nacional para equipes de Estratégia Saúde da Família realizarem ações de controle epidemiológico e medidas preventivas na comunidade contra a COVID-19<sup>(43)</sup>. Como consequência, ações eficazes na resposta à pandemia – como rastreamento e isolamento de contatos, vigilância no território e atenção a populações vulneráveis em termos de saúde – foram realizadas em iniciativas locais<sup>(44)</sup>. Além disso, os dados preliminares revelam importante queda da produção assistencial de APS, como cobertura vacinal e consulta pré-natal<sup>(45)</sup>.

### 3.2.4 FINANCIAMENTO

A desigualdade no financiamento da saúde entre os setores público e privado é outra fragilidade do SUS que afetou a resposta à COVID-19 no Brasil. Segundo a OMS, entre 2000 e 2017, o gasto em saúde no país cresceu de 8,33% para 9,47% do produto interno bruto, aumentando de U\$ 311,65 para U\$ 928,80 o gasto per capita no país<sup>(46)</sup>. Porém, do total gasto em saúde, 58,3% são privados, que se destinam a menos de 25% da população. Essa desigualdade estabelece padrões distintos de acesso e qualidade dos serviços oferecidos à população, que influenciam na resposta à pandemia.

Além disso, em razão da expansão de serviços municipais de saúde no SUS, com crescente defasagem nos repasses de recursos federais, houve progressivo aumento do percentual do recurso próprio investido pelas prefeituras em saúde. Esse quadro, que ameaça a sustentabilidade do sistema, agravou-se em razão das políticas de austeridade fiscal, que reduziram a resiliência do SUS para absorver choques externos<sup>(23)</sup>, a exemplo de epidemias.

Para resposta à pandemia, o Congresso Nacional aprovou R\$ 43,7 bilhões extraordinários ao Ministério da Saúde, fazendo com que o orçamento da pasta alcançasse R\$ 177,3 bilhões em 2020<sup>(47)</sup>. Do orçamento extraordinário, porém, cerca de 15% ainda não haviam sido empenhados em 15 de outubro de 2020<sup>(47)</sup>. A maior parte foi executada por meio de repasses financeiros a estados e municípios para dar suporte à ampliação de leitos hospitalares. A falta de coordenação e monitoramento de resposta, entretanto, é fator facilitador da ocorrência de inúmeros casos de mau uso do recurso destinado à COVID-19<sup>(48)</sup>.

Além disso, a não previsão de novos recursos extraordinários para saúde no Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2021 encaminhado ao Congresso Nacional deverá impossibilitar o custeio da ampliação dos serviços oferecidos pelo SUS durante a pandemia. Num cenário provável em que a COVID-19 ainda não estará controlada e com os efeitos de demandas não atendidas em razão da pandemia, o agravamento do subfinanciamento público deve gerar uma situação ainda mais crítica para o SUS, aumentando as desigualdades no setor.

### 3.2.5 GOVERNANÇA

A criação de estruturas de governança, como Gabinetes de Gestão de Crise, mostrou-se essencial para gerenciar respostas à COVID-19. Essas instancias auxiliam o estabelecimento de planejamento estratégico flexível adequado à situação, a coordenação da ação de diferentes entes governamentais envolvidos na resposta, a utilização de evidências para tomada de decisão, além de possibilitarem uma comunicação oportuna, precisa e transparente das decisões de governo ao público <sup>(49)</sup>.

A estrutura de governança do SUS apresenta desafios na resposta a uma pandemia complexa como a da COVID-19. Por um lado, a descentralização da gestão para o âmbito municipal permitiu capilarizar o sistema de saúde no território nacional. Por outro, as enormes desigualdades locorregionais do país geram capacidades administrativas e técnico-operacionais bastante heterogêneas entre municípios. Além disso, os instrumentos estabelecidos para organização de regiões de saúde no SUS e para regulação do setor privado suplementar foram insuficientes para coordenar o conjunto de serviços públicos e privados disponíveis num território <sup>(23-24)</sup>.

Na COVID-19, as equipes de vigilância do Ministério da Saúde iniciaram a preparação da resposta. Antes do primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus ter sido notificado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde já havia declarado Espin, em 3 de fevereiro de 2020, e estabelecido o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) <sup>(26)</sup>. Planos de contingência, que preveem o estabelecimento de gabinetes de crise, foram elaborados por todos estados da federação. Entretanto, os conflitos federativos e o modo de gestão de políticas públicas estabelecido pelo governo Bolsonaro impediram que o Ministério da Saúde exercesse seu papel de coordenação nacional do SUS na resposta à COVID-19 <sup>(50)</sup>.

A omissão do governo federal na coordenação da resposta à COVID-19 foi, em parte, contrabalanceada pela ação de governos estaduais e municipais. Intervenções de saúde pública, medidas para reduzir a transmissão e estratégias para expandir leitos hospitalares foram adotadas por autoridades estaduais e municipais de saúde. Nesse contexto, destacaram-se as atuações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) ao publicar orientações sobre estratégias para combate à pandemia e monitoramento da situação da pandemia no país <sup>(51-52)</sup>.

### 3.2.6 ENVOLVIMENTO DE OUTROS SETORES

A atuação errática do governo federal na coordenação das repostas à pandemia também gerou ampla mobilização e respostas do Congresso Nacional, da comunidade científica e da sociedade civil e brasileira. Para dar suporte econômico a trabalhadores informais, de-



sempregados, famílias de baixa renda, o Congresso Nacional aprovou um auxílio emergencial mensal de R\$ 600,00, superior aos R\$ 200,00 inicialmente propostos pelo governo federal <sup>(53)</sup>. A medida foi renovada com o valor de R\$ 300,00 e tem auxiliado a amenizar os efeitos econômicos da pandemia sobre a população potencialmente mais exposta à contaminação.

Com relação a informações sobre a situação da pandemia, diante da ameaça de distorção de dados oficiais, foi criado um consórcio formado por veículos de imprensa, com o apoio do Conass, para divulgar a evolução da doença no país <sup>(54)</sup>. Além disso, iniciativas desenvolvidas por pesquisadores e universidades brasileiras, como o MonitoraCovid-19 da Fiocruz <sup>(55)</sup> e o Observatório COVID-19 BR <sup>(56)</sup>, também passaram a ser fontes de informações sobre a pandemia no país.

A incompetência do gestor federal também levou atores estratégicos a defenderem publicamente a necessidade de fortalecer o SUS e envolver a APS no combate à pandemia. Inúmeras associações profissionais, acadêmicas e da sociedade civil publicaram notas críticas ao governo federal, apresentando propostas de medidas a serem estabelecidas. Merecem destaque o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) COVID-19, publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, produzido numa associação entre 14 entidades do campo da saúde denominada “Frente Pela Vida” <sup>(57)</sup>; bem como iniciativas desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde, que organizou um prêmio para valorizar e difundir boas práticas do SUS no controle da pandemia <sup>(58)</sup>.

Finalmente, é importante destacar a mobilização de muitas empresas nacionais, com doações em dinheiro ou em materiais de consumo. De acordo os dados do Monitor das Doações COVID 19, da Associação Brasileira Captadores de Recursos (ABCR), foram registradas doações no valor de R\$ 6,4 bilhões, feitas por cerca de meio milhão de empresas e indivíduos <sup>(59)</sup>. No setor financeiro, teve destaque a ação “Todos pela saúde”, a iniciativa liderada por um banco que doou R\$ 1 bilhão ao SUS, recurso que foi gerenciado por um grupo técnico de profissionais de saúde de alto nível <sup>(60)</sup>.

### 3.3 DESAFIOS PARA O SUS PÓS-COVID

A análise da resposta à COVID-19 no Brasil, apresentada no **Quadro 2**, revela fortalezas, fragilidades e desafios conjunturais enfrentados pelo SUS no controle da pandemia. Além disso, auxilia a iluminar os desafios que o país deve enfrentar no curto prazo e para os quais é imediata a necessidade de planejamento.



**QUADRO 2.** Medidas eficazes na resposta à COVID-19

	Fortalezas	Fragilidades	Conjuntura
Prevenção de transmissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparação do SUS para resposta a Emergências em Saúde Pública</li> <li>- Capilaridade de serviços de vigilância epidemiológica e de APS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desigualdades socioeconômicas</li> <li>- Disparidades técnico-operacionais entre municípios e regiões do país</li> <li>- Frágil articulação entre vigilância e APS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Fakenews</i> desorientando a população sobre a pandemia</li> <li>- Presidente da República contrário às orientações sanitárias</li> <li>- Não elaboração de plano nacional de testagem</li> </ul>
Garantir infraestrutura física, força de trabalho e produtos essenciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder de compra governamental</li> <li>- Laboratórios públicos e privados</li> <li>- Políticas recentes para o fortalecimento do complexo industrial da saúde</li> <li>- Expansão no número de profissionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentração de leitos de UTI e de profissionais especialistas em poucos centros urbanos e no setor privado</li> <li>- Dependência tecnológica para produção de recursos para a saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixo grau de planejamento de demanda e compras conjuntas</li> <li>- Inação do governo no uso de recursos privados para suporte ao sistema público</li> </ul>
Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universalidade e gratuidade</li> <li>- Rápida capacidade de expansão de leitos</li> <li>- Ampla cobertura de APS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disparidades na infraestrutura hospitalar disponível e qualidade dos serviços oferecidos</li> <li>- Fragilidade de regulação do acesso a leitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança no modelo de financiamento que levou ao enfraquecimento da APS</li> </ul>
Financiamento de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de gastos mínimos em saúde por entes governamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desigualdade de recursos entre público e privado</li> <li>- Setor público subfinanciado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Austeridade fiscal</li> </ul>
Governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação unificada</li> <li>- Mecanismos de planejamento e programação dos serviços de saúde em âmbito regional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiência dos instrumentos de gestão regional do SUS</li> <li>- Fragmentação da coordenação entre setores público e privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise política impediu a construção de convergência para enfrentar os problemas sanitários</li> </ul>
Envolvimento de outros setores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxílio emergencial</li> <li>- Rede universidades e pesquisadores</li> <li>- doações privadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atores heterogêneos, dificuldade de efeitos sinérgicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politização da pandemia dificultou debate e integrações entre os diferentes atores</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

### **3.3.1 NOVOS RECURSOS FINANCEIROS**

O aumento explosivo de demandas provocadas pela pandemia levou os serviços públicos de saúde a superarem o limite de suas capacidades em várias regiões do país. Cronicamente subfinanciado, o SUS deixou de manter serviços essenciais para atender pacientes infectados pelo coronavírus, gerando necessidades de saúde a serem atendidas no pós-pandemia. Além disso, a imunização contra a COVID-19 e o tratamento de outras patologias a ela associadas, como problemas de saúde mental, exigirão recursos adicionais ao sistema. É importante ainda destacar que, para enfrentar futuras emergências de saúde pública, será essencial garantir financiamento para áreas estratégicas do sistema de saúde, como APS, vigilância e informações em saúde.

### **3.3.2 REVISAR GOVERNANÇA E FORTALECER A GESTÃO**

As disparidades técnico-operacionais regionais do SUS foram exacerbadas diante da descoordenação nacional da resposta à pandemia. A concentração de leitos de UTI e de médicos especialistas em poucos centros urbanos e no setor privado ampliou as desigualdades na resposta à COVID-19 entre municípios. A pandemia evidenciou também falhas na disponibilidade de informações oportunas, confiáveis e atualizadas, exigindo aprimorar os sistemas de informação do SUS. Outro fator que enfraqueceu a capacidade de detectar e rastrear pessoas infectadas pela COVID-19 foi a frágil articulação entre vigilância e APS. Por outro lado, experiências locais que conseguiram promover essa integração tiveram bons resultados no controle da propagação do vírus. Por fim, a governança do SUS deve ser revista. Os estados devem ter maior responsabilidade na gestão da atenção hospitalar no SUS, buscando unificar a regulação do acesso ao conjunto de serviços públicos e privados ofertados por regiões de saúde, como ocorre no programa de transplantes de órgãos e tecidos.

### **3.3.3 GARANTIR SUPRIMENTO E ALOCAÇÃO DE PRODUTOS ESTRATÉGICOS**

As graves dificuldades de provisionamento de produtos estratégicos para a saúde alertam sobre a necessidade de aprimoramento nessa área. A escassez de EPI, de respiradores e de testes moleculares para o diagnóstico da infecção por COVID-19 foi particularmente grave, considerando o tempo que o governo tinha para se preparar e a importância que esses insumos tinham para o controle e tratamento da infecção. É fundamental que o poder de compra governamental seja mais bem aproveitado, tanto para negociação de preços como para fomento da produção e desenvolvimento tecnológico de itens considerados de importância para a segurança sanitária nacional.

### **3.3.4 INVESTIR NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A pandemia chamou atenção sobre o valor dos profissionais de saúde para proteger a população de graves ameaças, como a COVID-19. Porém, as falhas crônicas do estado brasileiro em atender às demandas dos profissionais do SUS mostraram seus efeitos mais nefastos durante a pandemia, que os afetou de forma violenta, física e psicologicamente, desvelando a precariedade das condições de trabalho no sistema de saúde. Políticas inovadoras são necessárias para adequada valorização, formação e distribuição da força de trabalho, com destaque para as regiões mais vulneráveis do país.

### **3.3.5 POLÍTICAS DE SAÚDE ORIENTADAS POR EVIDÊNCIAS**

A politização da pandemia, a sua instrumentalização, o negacionismo e a consequente onda de desinformação que inundou a população foram fatores que deterioraram a capacidade de resposta do SUS. O fato de o Presidente da República se declarar contrário às orientações sanitárias foi extraordinariamente relevante para confundir a população sobre qual atitude a ser seguida numa situação inédita com esta. É essencial que as decisões dos governos sejam guiadas por evidências científicas e que a comunicação busque desconstruir narrativas que minimizam a pandemia, exaltam soluções simples e milagrosas, fomentando divisões e atritos na sociedade.

### **3.3.6 REDUZIR DESIGUALDADES NO BRASIL**

A *Lancet Commission on COVID-19*<sup>(2)</sup> demonstrou que a existência de grandes desigualdades socioeconômicas foi uma característica encontrada nos países mais afetados pelo novo coronavírus. As dificuldades de acesso a serviços de saúde expõem os grupos mais vulneráveis a um maior risco de serem infectados e, ao mesmo tempo, a uma letalidade mais alta do que a média da população. Fortalecer o SUS, portanto, significa também contrastar os efeitos das desigualdades, defendendo o direito à saúde e protegendo a vida de todas as pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 11 out 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>.
2. Commission Statement. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. Lancet. 2020;396:1102-24.
3. Kontis V, et al. Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries. Nat Med. 2020. doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1112-0>
4. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. Lancet. 2015;385(9980):1910-2. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
5. The Lancet. Global health: time for radical change? Editorial. Lancet. 2020;396(10258):1129. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32131-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32131-0).
6. Legido-Quigley H, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? Lancet. 2020;395(10227):848-850. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1).
7. Cowling BJ, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. Lancet. 2020;5(5):e279-88. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6).
8. Forman R, et al. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. Health Policy. 2020;124(6):577-580. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>.
9. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance. World Health Organization; 2020.
10. Lasco G. Medical populism and the COVID-19 pandemic. Glob Public Health. 2020;15(10):1417-1429. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1807581>.
11. Burki T. COVID-19 in Latin America. Lancet Infect Dis. 2020;20(5):547-548. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0).
12. Chetterje P. Gaps in India's preparedness for COVID-19 control. The Lancet Infectious Diseases. 2020;20(5):544. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30300-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30300-5).
13. Horton R. Offline: COVID-19—a reckoning. Lancet. 2020;395(10228):935. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30669-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30669-3).

14. World Health Organization Regional Office for Europe. European Commission. European Observatory on Health Systems and Policies. COVID-19 Health System Response Monitor [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://analysis.COVID19healthsystem.org>.
15. Lu N, et al. Weathering COVID-19 storm: successful control measures of five Asian countries. *Am J Infect Control*. 2020;48(7):851–852. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.04.021>.
16. Kim JH, et al. How South Korea responded to the COVID-19 outbreak in Daegu. *N Engl J Med*. 2020;1(4). doi: <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0159>.
17. Chua AQ, et al. Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Singapore. *BMJ Global Health*. 2020;5:e003317. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-gh-2020-003317>.
18. Stafford N. COVID-19: Why Germany's case fatality rate seems so low. *BMJ*. 2020;369. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1395>.
19. Legido-Quigley H, et al. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e251-e252. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8).
20. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next?. *Lancet*. 2020;395(10231):1225-28. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).
21. Garcia PJ, et al. COVID-19 Response in Latin America. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(5): 1765–1772. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0765>.
22. Ahmed F, et al. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e240. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2).
23. Massuda A, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3(4): e000829. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.
24. Castro MC, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
25. Teixeira MG, et al. Vigilância em Saúde no SUS-construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1811-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>.
26. Oliveira WK, et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020044. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.
27. Silva LL, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00185020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020>.

28. Lima-Costa MF, et al. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(Sup 3):e00193920. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193920>.
29. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?”. Editorial. *Lancet*. 2020;395(10235):1461. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).
30. Rache B, et al. Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020.
31. Scheffer M. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018. 285p.
32. Carpanez LR, Malik AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: Os hospitais de pequeno porte. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-porte/17293>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 Leitos [Internet]. [acesso 2020 out 15]. Disponível em: [https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMÁS\\_C19Insumos\\_LEITOS/DEMÁS\\_C19Insumos\\_LEITOS.html](https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMÁS_C19Insumos_LEITOS/DEMÁS_C19Insumos_LEITOS.html).
34. Massuda A, Tasca R, Malik AM. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19. *Saúde Debate*. 2020. Preprint SciELO [acesso 2020 out 15]. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1320>.
35. Sodré F. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00302134. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>.
36. Fonseca EM, Costa ND. Federalismo, complexo econômico-industrial da saúde e assistência farmacêutica de alto custo no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2015;20:1165-76. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00562014>.
37. Monteiro N. O Estado em desmonte frente à epidemia da COVID-19. *Physis*. 2020;30(3):e300304. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300304>.
38. Lotta G, et al. A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil. FGV. Fundação Getulio Vargas. Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB); 2020.
39. Croda J, et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020;53:e20200167. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>.

40. Baqui P, et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e1018-26. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0).
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para Adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19 [Internet]. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: [http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes\\_notas\\_oficios/recomendacoes\\_adequacao\\_acs\\_versao-001.pdf](http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf).
42. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 17/2020- SE/GAB/SE/MS. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19 [Internet]. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/COVID-11a-go2020-17h16.pdf>.
43. Lotta G, et al. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*. 2020 Aug 8;396(10248):365-366. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X).
44. Fernandes LD, Pacheco RA, Fernandez M. How a Primary Health Care Clinic in Brazil Faces Coronavirus Treatment within a Vulnerable Community: The Experience of the Morro da Conceição area in Recife. *NEJM Catal Innov Care Deliv*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0466>. PMID: PMC7514286.
45. Damasio K. À espera de imunização contra COVID-19, Brasil tem queda na cobertura vacinal. *National Geographic Brasil*[Internet]. 16 out 2020 [acesso 2020 out 16]. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2020/10/a-espera-de-imunizacao-contra-covid-19-brasil-tem-queda-na-cobertura-vacinal>.
46. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>.
47. Brasil. COVID-19 – Execução Financeira [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: [https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMÁS\\_C19TG/DEMÁS\\_C19TG.html](https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMÁS_C19TG/DEMÁS_C19TG.html).
48. Florêncio Filho MA, Zanon PB. COVID-19 e corrupção: políticas de controle em face às medidas emergenciais. *Revista Pensamento Jurídico*. 2020;14(esp 2):25-47.
49. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Building resilience to the COVID-19 pandemic: the role of centres of government [Internet]. Setembro de 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135\\_135808=-2qm1jrudey&titleBuilding-resilience-to-the-COVID-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135_135808=-2qm1jrudey&titleBuilding-resilience-to-the-COVID-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government).



50. Abrucio FL, et al. Combating COVID-19 under Bolsonaro's federalism: a case of inter-governmental incoordination. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):663-77. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354x>.
51. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coronavírus – informações para a gestão [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/coronavirus/>.
52. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Plataforma COVID-19 – Materiais de Apoio [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/COVID-19/>.
53. Brasil. Ministério da Economia. Boletim das medidas tomadas em função da COVID-19 (Coronavírus) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/covid-19>.
54. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass – COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconassCOVID19/>.
55. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. MonitoraCovid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. <https://bigdata-COVID19.icict.fiocruz.br/>.
56. Observatório COVID-19 BR [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://COVID19br.github.io/>.
57. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia Da COVID-19 [Internet]. 3 jul 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19\\_COMPLETO\\_FINAL.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_COMPLETO_FINAL.pdf).
58. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Portal da Inovação na Gestão. APS Forte no SUS – no combate à pandemia [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://apsredes.org/aps-forte-sus-no-combate-a-pandemia/>.
59. Associação Brasileira de Captadores de Recursos. Monitor das Doações COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.monitordasdoacoes.org.br/pt>.
60. Fundação Itaú para Educação e Cultura. Todos pela saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.todospelasaude.org/>.



# ATUAÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO STF

Daniel Wei Liang Wang<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente artigo analisa a atuação do Supremo Tribunal Federal (STF) em duas questões juridicamente complexas que têm tido grande impacto na formatação da resposta do governo brasileiro à pandemia de COVID-19: conflito de competência entre entes federativos e controle judicial sobre a discricionariedade administrativa. Essas questões foram analisadas a partir da jurisprudência do STF em três temas centrais para gestores públicos: medidas restritivas para prevenção de contágio, requisição de bens e responsabilização legal de gestores. Essa análise aponta para a tendência do STF de (I) preservar a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo Estados, para responderem à pandemia; (II) respeitar o espaço de decisão dos gestores, evitando impor medidas administrativas ou reavaliar decisões discricionárias, e entendendo que as dificuldades práticas enfrentadas por eles precisam ser consideradas em eventual tentativa de responsabilização legal; mas (III) obrigar gestores a observar a evidência científica e o conhecimento técnico produzido pela comunidade científica e órgãos internacionais, em particular a Organização Mundial da Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19. Judiciário. Supremo Tribunal Federal. Competência Federativa. Discricionariedade.

---

<sup>1</sup> Professor de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Doutor em Direito pela London School of Economics and Political Science (LSE). Mestre em Filosofia e Políticas Públicas pela LSE. Mestre em Direito pela Universidade de São Paulo (USP). Bacharel em Ciências Sociais pela USP. Bacharel em Direito pela USP. Curriculum Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4448586852846057>. Email: [daniel.wang@fgv.br](mailto:daniel.wang@fgv.br).

O autor agradece a Luiz Fernando Gomes Esteves e a Leonardo Nochang Heck por comentários feitos a versões anteriores do presente texto.



## I. INTRODUÇÃO

A COVID-19 mudou o mundo profundamente em um espaço muito curto de tempo. Essas mudanças trouxeram diversos conflitos decorrentes, sobretudo, de divergências quanto à melhor forma de responder à pandemia e da tentativa de indivíduos e grupos de evitar ou minimizar perdas materiais e restrições às suas liberdades nesta nova realidade. Como esperado em um país de alta litigiosidade, esses conflitos chegaram em grande volume ao Judiciário.

Houve litígios judiciais em diversas áreas do direito. Por exemplo, ações relativas à abertura do comércio e outras medidas de distanciamento social; revisão de contratos; oferta de testes sorológicos pelo sistema de saúde suplementar; cobrança de tributos; requisição de bens privados por entes públicos; habeas corpus para pessoas presas; medidas de proteção no ambiente de trabalho; e flexibilização da legislação trabalhista.

Seria inviável, no espaço deste artigo, a análise de toda a atuação dos sistemas de Justiça – federal e estaduais – durante a pandemia. Portanto, este texto se concentrará em duas questões jurídicas cuja resolução é central para a formatação da resposta do governo brasileiro à pandemia. A primeira é a questão da competência federativa suscitada por conflitos entre entes federativos com visões e interesses divergentes na resposta à COVID-19. A segunda é a postura que o Judiciário deve adotar, se mais ativista ou mais autocontida, no controle do mérito dessas medidas.

Essas duas questões serão analisadas à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), a corte de mais alta hierarquia no Judiciário brasileiro, em três assuntos com impacto direto sobre a atuação de gestores públicos: medidas restritivas para prevenção de contágio, requisição de bens e responsabilização jurídica de agentes públicos.

## 2. COMPETÊNCIA FEDERATIVA

Uma característica marcante da resposta à COVID-19 no Brasil é o descompasso entre, de um lado, o governo federal e, de outro, muitos estados e municípios. Tem havido grandes diferenças sobre como os governos de diferentes entes entendem a gravidade da pandemia e a melhor forma de combatê-la. A divergência ocorre, sobretudo, com relação às medidas restritivas para evitar o contágio (fechamento do comércio, restrição a aglomerações etc.).

Nesse contexto, é essencial que haja clareza com relação a quais medidas administrativas e legislativas para o combate da pandemia cabem a cada ente. Porém, a resposta a essa questão não é simples. Disputas em torno de competência federativa já eram bastante comuns mesmo antes da pandemia por razões estruturais do modelo constitucional brasileiro. A COVID-19 torna essas disputas mais frequentes e dramáticas.

De acordo com a Constituição Federal, as competências são principalmente de três tipos: comum, privativa e concorrente.

A competência *comum* é aquela que cabe a todos os entes. Ela está relacionada com a função administrativa para a realização de políticas públicas. A Constituição estabeleceu que é de competência comum o cuidado à saúde (art. 23, II; art. 198). A divisão de tarefas entre os diferentes entes, neste campo, é prevista na Lei 8.080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais, estabeleceu-se um sistema nacional sob a direção e coordenação do governo federal, mas que tem a descentralização como um dos seus princípios. Isso se reflete na grande responsabilidade que foi dada a municípios pela gestão e execução dos serviços de saúde. A competência comum pressupõe intensa cooperação entre diferentes entes. Quando isso não ocorre, criam-se dificuldades, como a de determinar até que ponto o governo federal, ao exercer sua função de direção e coordenação, não começa a impedir entes subnacionais de gerir e executar sua política de saúde.

As competências *privativas* e *concorrentes* estão relacionadas com a função legislativa dos entes, isto é, o poder de criar leis. A competência *privativa* é exclusiva de um determinado ente. Em princípio, essas competências suscitariam menos conflitos jurídicos se não fosse o fato que a Constituição usou critérios diferentes para distribuí-las. Diversos temas são de competência privativa da União, como “planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas” (art. 22, XVIII). Por outro lado, municípios têm competência para legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30, I). Portanto, há sobreposição de um critério material com outro de alcance do interesse, o que frequentemente suscita dúvidas, por exemplo, em situações concretas que envolvem tema de competência privativa da União, mas que também são assunto de interesse local<sup>(1)</sup>.

Por fim, competência *concorrente* é a que pode ser exercida por União, Estados e Distrito Federal (art. 24). Compete à União estabelecer normas gerais que serão suplementadas por normas estaduais. Na ausência de lei federal, os estados exercerão competência legislativa plena. Entre os temas de competência concorrente, estão “proteção e defesa da saúde” (art. 24, XII). A principal

dificuldade com relação à legislação concorrente é determinar o que seria uma norma “geral” para delimitar quando termina a competência da União e começa a dos estados e do Distrito Federal<sup>(1)</sup>.

Dadas essas incertezas, e o fato de questões de saúde envolverem os três tipos de competência, disputas em torno de competência federativa ganham centralidade em tempos de COVID-19 e de desacordos entre governo federal e entes subnacionais. Isso, conseqüentemente, traz grande protagonismo ao STF (o órgão responsável por resolver conflitos federativos) para a gestão da crise sanitária.

## 2. DEFERÊNCIA OU AUTOCONTENÇÃO JUDICIAL EM TEMPOS DE COVID-19

Devido à gravidade da pandemia, medidas drásticas foram tomadas por parte de governos, sobretudo em âmbito estadual e municipal. Essas medidas foram muito criticadas tanto por aqueles que as consideravam exageradas e desproporcionais quanto pelos que as consideravam insuficientes ante o risco da pandemia para a saúde pública. Muitas dessas críticas viraram ações judiciais.

Como o Judiciário deveria se portar diante dessas demandas em um contexto tão específico e cheio de incertezas com relação à doença e às conseqüências de curto, médio e longo prazo das medidas para contê-la?

Uma visão defende a atuação muito incisiva do Judiciário. O Ministro Luiz Fux, por exemplo, entende que o Judiciário deve ser a “tábua de salvação para assegurar a restituição do status quo ou a redução dos malefícios da crise”. De acordo com o Ministro, a escolha entre valores conflitantes como saúde e economia deve ser feita pelo Judiciário. Isso justificaria mesmo a “flexibilização do direito” por parte do Judiciário porque “diante da necessidade, deve cessar a letra fria da lei”<sup>(2)</sup>. Trata-se de uma defesa do ativismo judicial sustentada em uma visão heroica do Judiciário, que teria capacidade de identificar a melhor resposta para problemas sociais complexos e legitimidade para impor suas preferências, mesmo aquelas contrárias ao direito e às escolhas de Executivo e Legislativo.

Uma posição oposta foi defendida por mim e por Carlos Ari Sundfeld<sup>(3)</sup>. Ao invés de ativismo, propusemos que o contexto pede maior autocontenção por parte do Judiciário. O combate à COVID-19 envolve *trade-offs* complexos entre diferentes interesses e valores, e há o receio de que juizes, decidindo com base em sua própria análise do cenário presente e futuro, acabem privilegiando alguns grupos que chegaram à Justiça em detrimento de esforços coletivos de combate à pandemia.

Existem quatro razões principais para a autocontenção judicial e maior deferência às decisões do Executivo nesse cenário. Primeiro, ao Judiciário, falta conhecimento científico (medicina, estatística, epidemiologia etc.) se comparado a corpos técnicos dedicados a estudar a questão e encontrar uma solução coletiva.

Segundo, gerir grande volume de recursos, pessoas e instituições, em busca de objetivos de curto, médio e longo prazo, requer conhecimentos e habilidades de gestão pública que fogem à capacidade do Judiciário. Aquilo que parece ideal no papel pode ser difícil de executar e possivelmente contraproducente na prática.

Terceiro, em um contexto de incerteza, a resposta à crise demanda velocidade e flexibilidade para tomar e mudar decisões. Essa agilidade e flexibilidade são comprometidas quando decisões judiciais vedam ou impõem ações estatais porque o tempo da política pública fica retido pelo tempo do processo judicial.

Por último, decisões sobre como equilibrar diferentes objetivos públicos e distribuir riscos e perdas durante a pandemia são inevitavelmente políticas. Por isso, devem ser tomadas por instituições que tenham maior *pedigree* democrático, o que tende a faltar ao Judiciário desenhado para estar insulado de responsabilização política.

Juízes, portanto, deveriam ser tanto mais deferentes quanto mais especializado o conhecimento necessário para resolver uma questão, maior a necessidade de resposta governamental rápida, e quanto mais sensíveis e complexos os *trade-offs* envolvidos. Isso não significa a abstenção total do controle judicial das respostas à COVID-19. O Judiciário tem a importante função de trazer segurança jurídica por meio da aplicação clara e consistente das normas; garantir que ações governamentais respeitem as normas legais e sejam transparentes e fundamentadas; e exigir que as fundamentações sejam razoáveis e racionais, o que inclui embasamento em evidência científica robusta.

### 3. JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Como visto, o Judiciário é um espaço ao qual chegam questões relativas a quem decide e ao mérito das decisões sobre políticas de combate à pandemia. Portanto, a forma como o STF resolve disputas de competência federativa e controla medidas administrativas e legislativas relacionadas com a COVID-19 pode, em grande medida, determinar a direção e a efetividade da resposta do Brasil à pandemia.

Os casos que chegam ao STF durante a pandemia podem ser contados aos milhares. Por razões de escopo, este artigo analisará a jurisprudência do STF em três temas de central importância para gestores públicos: medidas restritivas para prevenção de contágio, requisição de bens e responsabilização de agentes públicos.

#### 3.1 MEDIDAS RESTRITIVAS PARA PREVENÇÃO DE CONTÁGIO

Medidas restritivas para prevenção de contágio (fechamento de comércio, proibição de aglomerações etc.) são centrais para o enfrentamento da pandemia. Porém, também trazem grande impacto para a economia e podem limitar algumas liberdades individuais. A controvérsia

em torno dessas medidas foi acentuada no Brasil porque estados e municípios que tentavam implementá-las encontraram resistência por parte do Executivo federal. Essa disputa entre entes federativos chegou ao STF.

Um dos casos mais importantes foi a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341<sup>(4)</sup>. Nesse caso, questionava-se a Medida Provisória 926/2020, que dava ao Presidente da República o poder de determinar quais seriam os serviços públicos e atividades essenciais que poderiam funcionar mesmo quando decretadas medidas restritivas. A essa MP, seguiram-se os Decretos 10.282/20, 10.292/20 e 10.344/20, que listaram esses serviços e atividades, incluindo alguns controversos, como lotéricas, atividades religiosas, salões de beleza e academias.

Essas normas federais suscitaram a questão se estados e municípios poderiam obrigar o fechamento de serviços e atividades considerados essenciais pelo governo federal. Estaria o governo federal exercendo sua competência para editar uma norma geral sobre saúde ou estaria invadindo uma seara que, devido às especificidades regionais e locais, deveria ser deixada para estados e municípios?

Nessa decisão, o STF entendeu que, embora a União tenha competência para legislar sobre vigilância epidemiológica, isso não exclui a competência concorrente dos estados de suplementá-la com normas que respondam a especificidades locais. Ademais, a realização de serviços da saúde – inclusive para determinar medidas de isolamento, quarentena e suspensão de atividades – decorre da competência comum na saúde (art. 23, II da CF). Portanto, estados e municípios podem tomar suas próprias decisões sobre essas medidas considerando suas necessidades e capacidades locais.

O STF também deixou claro que, mesmo em um contexto de emergência sanitária, a discricionariedade do Estado está sujeita a controle e que suas ações precisam ser justificadas. Um dos limites ao exercício dessa discricionariedade é o dever de adotar medidas que privilegiem o conhecimento técnico-científico expresso, por exemplo, nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A ADI 6343<sup>(5)</sup>, um caso similar que tratava sobre medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local, foi julgada no mesmo sentido de garantir a esfera de atuação concorrente de estados e municípios e de exigir que todos os entes atuem de forma fundamentada em informações e dados científicos, incluindo recomendações da OMS.

A ADPF 672<sup>(6)</sup>, por sua vez, questionava o Executivo federal por não tomar medidas necessárias para o combate à pandemia e, ainda, impor obstáculos a que estados e municípios adotem medidas de distanciamento social. O STF, nesse caso, decidiu que: (1) em razão da separação de poderes, não poderia o Judiciário determinar ao Executivo a realização de medidas administrativas específicas; porém, (2) cabe ao Judiciário verificar a coerência de uma medida com a situação concreta (justificação fática); e (3) deve ser preservada a autonomia de governos estaduais, distritais e municipais para adotar medidas restritivas (como

distanciamento social, quarentena, suspensão de atividades) apontadas pela OMS e entidades científicas como eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos.

Outra decisão relevante foi a proferida pelo STF nas ADPF 668<sup>(7)</sup> e 669<sup>(8)</sup>. Essa decisão suspendeu a campanha “O Brasil Não Pode Parar”, em que o governo federal parecia pretender diminuir a gravidade da pandemia e conclamar pessoas a retomarem suas atividades. O STF argumentou que a necessidade de medidas de prevenção de contágio (distanciamento social, interdição de atividades etc.) é praticamente unanimidade na comunidade científica nacional e internacional (inclusive a OMS). Portanto, uma campanha publicitária oficial insinuando o contrário é um risco para a saúde pública e viola princípios da administração como a legalidade, a moralidade e a eficiência. O STF entendeu que não suprimir medidas de prevenção de contágio não é uma escolha política, em que cabe uma atuação autocontida do Judiciário, mas uma decisão tecnicamente equivocada a ser corrigida judicialmente.

As decisões acima discutidas são muito relevantes porque são feitas em sede de controle abstrato de constitucionalidade (isto é, seus efeitos aplicam-se para todo o ordenamento jurídico). Porém, não dão uma resposta pronta para toda e qualquer divergência quanto à imposição de medidas restritivas. Outros casos chegaram ao STF em decorrência de conflitos entre normas municipais e estaduais ou de pedidos para que determinados serviços ou atividades pudessem funcionar a despeito de normas que mandavam seu fechamento. Muitas dessas demandas não tiveram sucesso por razões processuais<sup>(9-14)</sup>, mas outras merecem ser mencionadas pela forma como o STF aplicou seus precedentes.

Nas Suspensão de Tutela Provisória (STP) 448<sup>(15)</sup> e Suspensão de Liminar (SL) 1340<sup>(16)</sup>, municípios buscavam flexibilizar as medidas restritivas impostas por normas estaduais alegando a sua competência para legislar sobre assuntos locais e que suas circunstâncias particulares justificariam um tratamento legal diferente. O STF, porém, indeferiu esses pedidos por entender que acatá-los violaria a necessária articulação entre os diferentes entes exercida pelo governo estadual.

Na Suspensão de Segurança (SS) 5377<sup>(17)</sup>, o STF derrubou uma decisão da Justiça de São Paulo que permitia a abertura de uma academia de tênis, que não constava entre as atividades essenciais em lei. De acordo com o STF, não cabe ao Judiciário abrir exceções às restrições estabelecidas pelas autoridades competentes no exercício de seu poder discricionário, sob o risco de criar privilégios e colocar em risco as ações públicas de contenção à pandemia. Um caso similar é a SS 5383<sup>(18)</sup>, que discutia se norma estadual e municipal poderia obrigar fechamento de uma barbearia, a despeito de ser atividade considerada essencial por norma federal (Decreto 10.344/20). O STF entendeu, com fundamento na ADI 6341, que a barbearia não poderia funcionar enquanto vigesse a proibição estadual e municipal.

Em síntese, os casos relacionados com a restrição de atividades apontam para uma jurisprudência que: (I) busca proteger a autonomia de entes subnacionais – particularmente os estados – para impor medidas restritivas e (II) exige que a decisão de as impor ou flexibilizar esteja embasada em consensos científicos, sobretudo aqueles expressados pela OMS.



### 3.2 REQUISIÇÃO DE BENS

A velocidade com a qual a COVID-19 se espalhou forçou o SUS a aumentar enormemente sua capacidade de atendimento em um período muito curto. Isso demandava recursos como respiradores de UTI e equipamentos de proteção individual em um volume muito maior que em situações normais. Uma solução encontrada por alguns gestores foi a requisição de bens privados.

A requisição é uma medida para situação de iminente perigo público prevista na Constituição Federal, na Lei 8.080/90, na Lei 13.979/20 e em diversas leis estaduais e municipais promulgadas a partir do início da pandemia. Embora tenha base legal clara, ela suscitou diversos questionamentos que chegaram ao Judiciário.

Um caso relevante foi a ADPF 671<sup>(19)</sup>. A pandemia deixou ainda mais explícita a desigualdade em saúde no Brasil. Estimativas sobre a distribuição de leitos de UTI mostraram que, além da insuficiência desse recurso central para salvar a vida de pessoas infectadas, há também enormes desigualdades regionais, e entre o SUS e o sistema privado. A média de 15,6 leitos de UTI por 100 mil habitantes no Brasil em março de 2020 caía para 7,1 se contados apenas os leitos SUS<sup>(20)</sup>. Em outras palavras, menos da metade das vagas de UTI no Brasil estavam disponíveis para o sistema público de saúde, do qual 75% da população brasileira depende exclusivamente.

Como medida para resolver o problema da desigualdade e da escassez no setor público, a ADPF 671<sup>(19)</sup> pedia que o Judiciário obrigasse o SUS (União, estados, Distrito Federal e municípios) a assumir integralmente a gestão de todos os hospitais e profissionais de saúde, nos setores público e privado, para criar uma fila única de vagas em que o acesso se daria pela necessidade, e não pela capacidade econômica.

A ADPF 671<sup>(19)</sup> não teve sucesso. O STF entendeu que já existem as bases legais para a requisição caso os entes públicos julgassem oportuno e conveniente fazê-lo. Violaria a separação dos poderes se o Judiciário determinasse uma medida de tal magnitude. O STF também entendeu que tal medida deve ser tomada com base em evidência científica, nas circunstâncias concretas de cada caso (por exemplo, a disponibilidade de vagas e a demanda em cada estado) e avaliando alternativas menos gravosas. Tais tarefas, de acordo com o STF, pertencem às autoridades públicas, e não ao Judiciário, que carece de instrumentos adequados para tanto.

A ADI 6362<sup>(21)</sup>, por sua vez, buscou colocar limites ao poder de estados e municípios de requisitarem bens privados. Pedia-se ao STF a declaração de que entes subnacionais somente poderiam requisitar bens privados com autorização do governo federal. O argumento era de que, para garantir a coordenação nacional na resposta à pandemia e evitar prejuízos a particulares, seria preciso concentrar o poder de requisição na União.

O STF julgou improcedente essa ação. Fazendo referência à decisão na ADI 6341<sup>(4)</sup>, entendeu que a competência comum para realizar políticas de saúde e a competência concorrente para legislar nessa matéria não permitem que se exija autorização para entes subnacionais empre-



enderem as medidas necessárias para o enfrentamento da emergência de saúde pública. Também entendeu que a requisição é uma decisão discricionária das autoridades, exigindo-se apenas que se caracterize o perigo público iminente e que haja fundamentação científica. Por fim, e com base em manifestação da própria União, o STF mostrou ceticismo quanto à viabilidade prática de que todo pedido de requisição seja avaliado em tempo pelo Ministério da Saúde.

A ADI 6362 pedia, ainda, que, para a requisição, fosse exigido que a Administração demonstrasse o esgotamento de outros meios, que os serviços prestados pelo particular não seriam embaraçados e que se ouvisse previamente o atingido pela medida. O STF também negou esse pedido por entender que as exigências acabariam frustrando o propósito da requisição, que é a rápida atuação perante um perigo iminente.

Houve também no STF disputas entre União e entes subnacionais em torno de requisição de bens. As Ações Cíveis Originárias (ACO) 3385<sup>(22)</sup> e 3393<sup>(23)</sup> foram movidas, respectivamente, pelos Estados do Maranhão e do Mato Grosso para impedir a requisição, pela União, de ventiladores pulmonares que haviam sido comprados por esses governos estaduais. O STF julgou em favor dos Estados nos dois casos por entender que a requisição da União violava o pacto federativo, a autonomia dos entes estaduais e sua competência comum para adotar medidas de proteção à saúde pública. Ademais, em regra, um ente tem apenas o poder de requisitar bens de privados, e não bens de outros entes. O STF determinou que os ventiladores fossem entregues aos Estados, e não à União.

Em síntese, o STF evitou interferir em questões de mérito sobre a decisão de requisitar bens privados, buscou garantir a autonomia de entes públicos para se valerem desse instituto contra tentativas de particulares de imporem obstáculos e reafirmou a tese de que um ente não pode requisitar bens pertencentes a outro.

### 3.3 RESPONSABILIZAÇÃO DE AGENTES PÚBLICOS

A pandemia força gestores a fazerem escolhas trágicas<sup>(24)</sup>. Escolhas que, caso se mostrem equivocadas, podem custar a vida e a saúde de centenas de milhares de pessoas. A chance de erro também aumenta dada a urgência das medidas e as incertezas em torno da pandemia. Isso cria um risco real, para gestores, de responsabilização jurídica pelas consequências de suas decisões.

Por receio das possíveis consequências jurídicas para gestores, foi editada a MP 966/2020. Ela estabelece que, com relação às medidas de enfrentamento da COVID-19, os agentes públicos somente poderão ser responsabilizados nas esferas civil e administrativa se agirem ou se omitirem com dolo ou erro grosseiro (art. 1º). Erro grosseiro foi definido como o “o erro manifesto, evidente e inescusável praticado com culpa grave, caracterizado por ação ou omissão com elevado grau de negligência, imprudência ou imperícia”. Diversas ações foram impetradas no STF contra essa MP 966/2020 por entenderem que ela traz uma blindagem excessiva a gestores e que pode gerar impunidade<sup>(25-31)</sup>.

Em sua decisão, o STF reconheceu que esse caso envolvia um equilíbrio difícil entre, de um lado, responsabilizar agentes que agiram de forma incorreta e, de outro, impedir que administradores de boa-fé acabem levados à paralisia por medo de serem responsabilizados por controladores (como tribunais de contas e Judiciário) que julgam sem entender as condições menos que ideais enfrentadas na gestão pública.

Por fim, o STF julgou essas ações apenas parcialmente procedentes. O texto da MP foi mantido. Porém, o STF fixou o entendimento de que erro grosseiro é o ato que viola direito à vida, à saúde, ao meio ambiente equilibrado ou que impacta adversamente à economia por inobservância (i) de normas e critérios científicos e técnicos estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas, com destaque para as recomendações da OMS; ou (ii) dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção para que, na dúvida, privilegie-se a saúde da população.

Ademais, as autoridades devem exigir que tais normas, critérios científicos e princípios sejam respeitados pelas opiniões técnicas que embasam suas decisões. Se não o fizerem, poderão ser corresponsáveis pelos danos decorrentes de suas decisões.

Em suma, o STF buscou preservar um espaço de atuação para gestores trabalharem ao defender a necessidade de avaliar sua atuação considerando as dificuldades, as urgências e as incertezas que enfrentam em um contexto tão particular quanto o da pandemia. Por outro lado, o STF, mais uma vez, ressaltou o dever de gestores de seguirem as evidências científicas, sobretudo aquelas providas da OMS.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou duas questões complexas e que são frequentemente objetos de grande controvérsia no Direito – conflitos de competência entre entes federativos e controle judicial sobre a discricionariedade administrativa – em um contexto de pandemia em que elas previsivelmente se agravariam.

A partir da análise da jurisprudência do STF em três temas centrais para gestores públicos – medidas restritivas para prevenção de contágio, requisição de bens e responsabilização legal de gestores –, percebe-se que o Tribunal buscou (I) preservar a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo Estados, para responderem à pandemia; (II) respeitar o espaço de decisão dos gestores, evitando impor medidas administrativas ou reavaliar decisões discricionárias, e entendendo que as dificuldades práticas enfrentadas por eles precisam ser consideradas em eventual tentativa de responsabilização legal; mas (III) obrigar gestores a observar a evidência científica e o conhecimento técnico produzido pela comunidade científica e órgãos internacionais.

Sobre o ponto III, é interessante notar a frequente referência do STF às recomendações da OMS. Isso significa que recomendações de uma organização internacional acabam, em alguma

medida, vinculando a Administração Pública brasileira. Gestores que contrariam as recomendações da OMS podem ver suas decisões revistas pelo Judiciário e serem responsabilizados caso a não observância das recomendações gere danos à saúde da população.

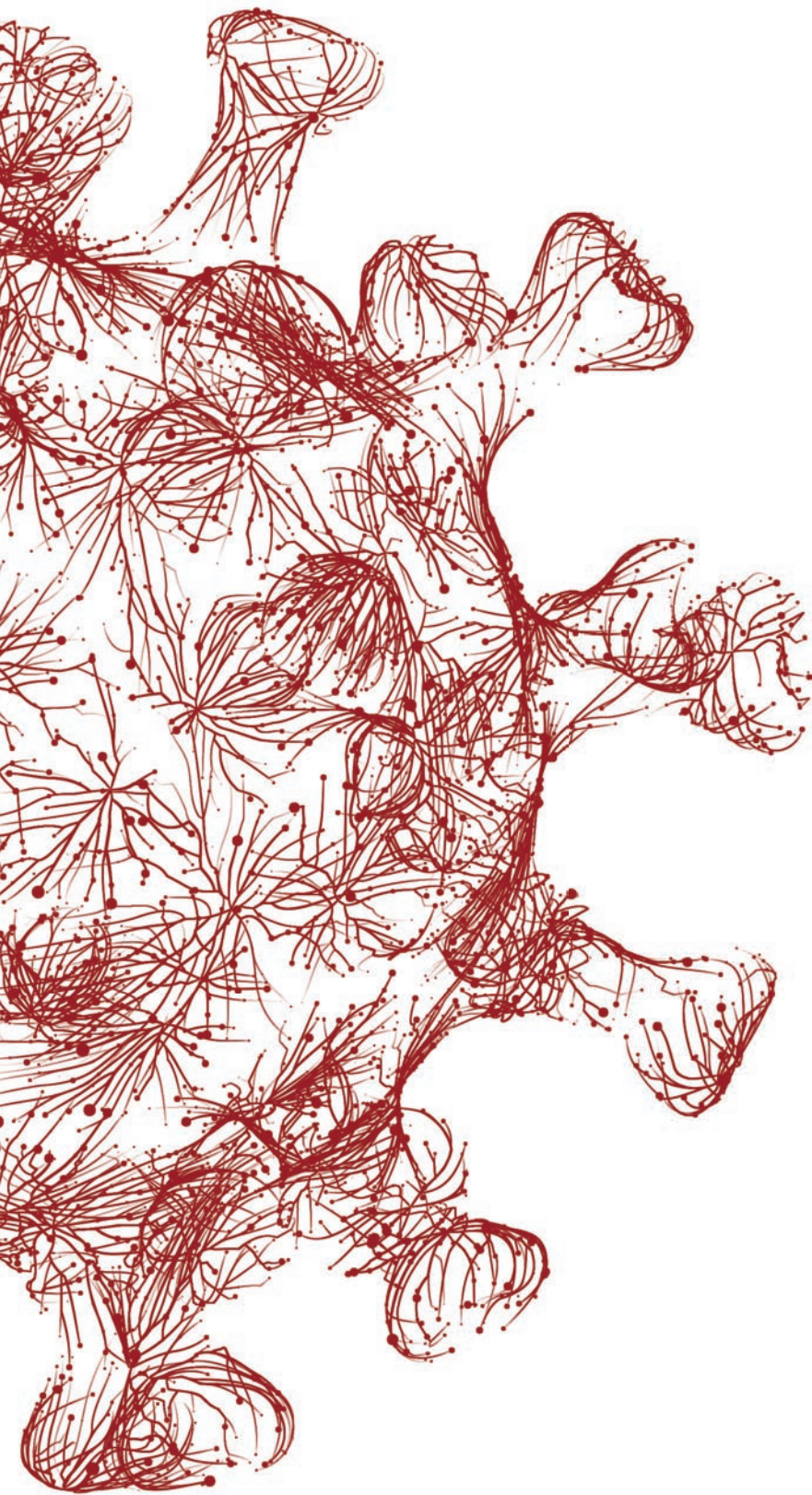
Em conclusão, é preciso ressaltar que este texto analisa a jurisprudência de um momento específico da pandemia, em que o quase consenso de especialistas em torno de medidas de distanciamento social veio conjugado com uma visão crítica do STF quanto ao manejo da crise pelo governo federal. A jurisprudência do STF parece ter sido talhada para permitir a atuação, sobretudo, de governos estaduais para imporem as medidas consideradas necessárias. Futuras pesquisas dirão se (ou quanto) a jurisprudência do STF mudará à medida que muda o contexto da pandemia e das respostas governamentais a ela (inclusive por parte de entes subnacionais).

## REFERÊNCIAS

1. Silva VA. Federalismo e Articulação de Competências no Brasil. In: Peters BG, Pierre J, editores. Administração Pública: Coletânea, ENAP e Edi. São Paulo & Brasília; 2010.
2. Fux L. A Lição de Santo Agostinho. Folha São Paulo. 2020; published online April 10.
3. Wang DW, Sundfeld CA. Qual o papel do judiciário no combate à COVID-19? JOTA. 2020; published online April 13.
4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, rel. min. Marco Aurélio, julg. 15/04/2020, acórdão não publicado.
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.343, rel. min. Marco Aurélio, julg. 07/05/2020, acórdão não publicado.
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672, rel. min. Alexandre de Moraes, julg. 09/04/2020.
7. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 668, rel. min. Roberto Barroso, julg. 31/03/2020.
8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 669, rel. min. Roberto Barroso, julg. 31/03/2020.
9. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 41.186/BA, rel. min. Roberto Barroso, julg. 05/06/2020.
10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 39.790/ES, rel. min. Luiz Fux, julg. 20/04/2020.
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 40.112/PA, rel. min. Roberto Barroso, julg. 28/04/2020.
12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 40.035/SP, rel. min. Edson Fachin, julg. 19/04/2020.
13. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança 5.404/SP, reg. min. Dias Toffoli, julg. 17/06/2020.
14. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 40.342/MG, rel. min. Rosa Weber, julg. 28/08/2020.
15. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Provisória 448/SP, reg. min. Dias Toffoli, julg. 08/07/2020.
16. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Liminar 1.340/MG, rel. min. Dias Toffoli, julg. 24/06/2020, public. 26/06/2020.

17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Segurança 5.377/SP, reg. min. Dias Toffoli, julg. 06/05/2020.
18. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança 5.383/SE, rel. min. Dias Toffoli, julg. 19/05/2020, public. 21/05/2020.
19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 671, rel. min. Ricardo Lewandowski, julg. 03/04/2020.
20. Rache B, et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota técnica n. 3. São Paulo; 2020.
21. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.362, rel. min. Ricardo Lewandowski, julg. 02/09/2020, acórdão não publicado.
22. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tutela Provisória na Ação Cível Originária 3.385/MA, rel. min. Celso de Mello, julg. 20/04/2020.
23. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Referendo na Medida Cautelar na Ação Cível Originária 3.393/MT, rel. min. Roberto Barroso, julg. 19/06/2020, public. 08/07/2020.
24. Calabresi G, Bobbit P. Tragic Choices. New York: Norton; 1978.
25. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.421, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
26. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.422, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
27. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.424, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
28. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.425, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
29. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.427, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
30. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.428, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.
31. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.431, rel. min. Roberto Barroso, julg. 21/05/2020, acórdão não publicado.





# POLÍTICAS DE ISOLAMENTO NA PANDEMIA: CONFRONTAÇÃO FEDERATIVA, DISPUTAS DISCURSIVAS E CONSEQUÊNCIAS POLÍTICO-SANITÁRIAS

Sonia Fleury<sup>1</sup>

**RESUMO:** O artigo busca demonstrar que o modelo de governança construído ao longo da institucionalização do SUS, em consonância com o modelo constitucional de um federalismo compartilhado e com finalidade social, não resistiu à conjuntura crítica que juntou a pandemia ao estilo autoritário da liderança populista no poder, dando origem a um modelo de federalismo de confrontação, com sérias consequências para a democracia e para a saúde pública. Foram levantadas as principais disputas discursivas em relação às políticas de isolamento social, suas consequências sanitárias e políticas, identificando os principais atores envolvidos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Isolamento Social. Governadores. Falas do Presidente. Disputas Simbólicas.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciência Política, Pesquisadora Sênior do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642>. [profsoniafleury@gmail.com](mailto:profsoniafleury@gmail.com)





## I. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 afirmou o federalismo como cláusula pétrea, introduzindo um modelo no qual todos os entes federados – União, Estados e Municípios – são dotados de autonomia e responsabilidades, atuando de forma articulada em sistemas de políticas públicas em defesa da democracia, saúde, assistência e combate à pobreza e marginalização (art. 23). Associou, indelevelmente, nosso federalismo à democracia social, expandindo competências e recursos para os entes federados subnacionais, comprometendo-os com a execução de políticas públicas que materializam os direitos da cidadania.

A área de saúde foi a que mais avançou em relação a esse desenho federativo, construindo os instrumentos de gestão compartilhada que ficaram pendentes de legislação infraconstitucional (art.23 Parágrafo Único). As Comissões Bipartites e a Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde, as Normas Operacionais e o Pacto pela Vida são arranjos institucionais que operacionalizam os processos de articulação, negociação e pactuação federativos.

O Ministério da Saúde (MS) exerceu, nas últimas décadas, crescente papel de indutor de políticas inovadoras<sup>(1)</sup>, o que permitiu manter o sistema de saúde unificado, buscando atenuar disparidades regionais na rede de serviços, além de manter políticas e sistemas nacionais de informações e vigilância. O aumento da capacidade técnica dos municípios foi coetâneo ao fortalecimento de sua representação política pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), enquanto os incentivos à regionalização adensaram o papel dos estados na coordenação das suas redes e sua representação política pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A recente articulação horizontal dos Secretários e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em Consórcios Regionais reafirma a vitalidade desse processo.

No entanto, assistimos ao crescente estrangulamento da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde (SUS), atingido pelo subfinanciamento crônico como consequência de políticas econômicas de austeridade como a Lei de Responsabilidade Fiscal, a perda dos recursos da CPMF e manutenção da DRU, além da sistemática campanha da mídia contra os serviços prestados no SUS. Culminando com a EC 95 (Teto de Gastos), cujo estabelecimento já foi responsável pela drenagem de recursos do orçamento do SUS, minando a capacidade operacional do sistema. Consequentemente, reforçando a tendência ao aumento da participação relativa dos entes subnacionais no financiamento da prestação de serviços.

Os desafios impostos pela pandemia de COVID-19 ampliaram significativamente a extensão das demandas por ações, serviços e recursos das esferas da federação, tensionaram os mecanismos regulatórios das relações intergovernamentais, intensificaram conflitos e a necessidade de mediação. Exigiram medidas emergenciais de suplementação do financiamento, de fortalecimento dos mecanismos de coordenação, normatização e pactuação, colocando à prova o modelo de governança e autoridade sanitária existentes.

Mesmo sendo também um acontecimento global, toda epidemia é sempre um evento local que afeta a vida dos cidadãos no território, requerendo ação coordenada em redes político-administrativas para organizar fluxos, compras, conhecimentos. Necessita do aumento da transparência e da comunicação assertiva das autoridades com o público para aumentar a confiança e a responsabilização, com definição clara de uma linha de conduta voltada para assegurar o bem público, justificada com base em pressupostos científicos e avaliação permanente.

Na ausência de tratamentos eficazes e vacinas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que medidas de distanciamento físico deveriam ser tomadas, juntamente com a higiene das mãos e o uso de máscaras. Mesmo considerando os custos socioeconômicos, medidas não farmacológicas foram consideradas a principal forma de evitar o contágio. Essas medidas foram seguidas pelos governadores com o constante boicote do Presidente da República, por meio de discursos, ações públicas, retaliações materiais.

Nossa hipótese é que o modelo de governança construído ao longo da institucionalização do SUS, em consonância com o modelo constitucional de um federalismo compartilhado com finalidade social, não resistiu à conjuntura crítica que juntou a pandemia ao estilo autoritário da liderança populista no poder, dando origem a um modelo de federalismo de confrontação, com sérias consequências para a democracia e para a saúde pública.

## 2. MÉTODOS

O objetivo do artigo é analisar o conflito federativo desenvolvido a partir da questão do distanciamento social, envolvendo os principais atores considerados como parte da autoridade política e sanitária durante a pandemia. Foram consideradas medidas adotadas e discursos enun-

ciados, bem como suas consequências político-sanitárias. Foram consultados artigos científicos, pesquisas de opinião e os principais jornais nacionais, no período de março a agosto de 2020.

Utilizaram-se técnicas qualitativas para identificar os principais conflitos e atores envolvidos. Os dados foram analisados desde a perspectiva neoinstitucionalista, combinando o institucionalismo histórico<sup>(2)</sup> para compreensão da trajetória do SUS e a atual conjuntura crítica; o institucionalismo da escolha racional para tratar as estratégias utilitárias empregadas pelos atores políticos<sup>(3)</sup>; até o institucionalismo sociológico<sup>(4)</sup> para explicar o significado da ação dos agentes enquadrados pelas estruturas institucionais. O institucionalismo discursivo<sup>(5)</sup> foi utilizado na compreensão de como discursos e ideias, em seus conteúdos e processos interativos, são capazes de provocar mudanças e reenquadramentos em uma situação de disputa de poder simbólico e material.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O MS, em fevereiro, declarou (Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020) Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, e o Congresso aprovou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 dispondo sobre medidas de emergência em saúde pública, como o isolamento social e a quarentena, a realização de exames médicos e outras medidas profiláticas, além de restrições à mobilidade. Em março, a OMS decretava o status de pandemia, e o MS declarava o estado de transmissão comunitária em todo o território nacional.

Seguindo orientação da OMS para países com transmissão comunitária, os governadores assumiram protagonismo na promulgação de medidas legais que assegurassem o distanciamento social e a redução da mobilidade, com vistas a diminuir a velocidade da transmissão, provocando assim o achatamento da curva epidêmica e a redução da pressão sobre os sistemas locais e regionais de saúde.

Estudo do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes)<sup>(6)</sup> mostra que, em março, todos os estados já haviam adotado algumas medidas de isolamento social, majoritariamente relativas à proibição de eventos, concentrações em espaços públicos e em ambientes educacionais, fechamento ou alteração da rotina de empreendimentos públicos e privados não essenciais (80% das unidades federativas – UF). Algumas modificações na rotina do transporte coletivo urbano foram decretadas em 48% das UF. O DF foi o primeiro a decretar o fechamento das atividades educacionais em março; e o estado do Maranhão, o primeiro a decretar *lockdown* em quatro cidades em maio.

A assimetria entre as medidas adotadas pelos estados foi objeto de estudo<sup>(7)</sup> que as classificou como *políticas brandas* (restrições a eventos e aglomerações – MS, TO e BA), *rigorosas* (inclui também restrições a atividades comerciais – SP, AM, RR, AC, AL, MG, PA, CE, RN, PE, PR, ES, SE, PB, PI e MA) e *rigorosas com tendência à flexibilização* (AP, MT, RO, GO, DF, RJ, RS e SC).

As diferenciações observadas já apontavam, nos meses iniciais da pandemia, ausência de coordenação federativa nacional que estabelecesse parâmetros comuns para medidas não farmacológicas. Porém, ao analisar se tais diferenças se deviam a fatores técnicos relativos à capacidade da rede de serviços ou ao alinhamento político do governador com o Presidente da República, o estudo concluiu que pesaram mais, nas decisões dos governadores, os aspectos técnicos e sua autonomia:

Corroboram, portanto, estudos recentes que apontam que a produção de políticas públicas nos entes subnacionais é marcada pela autonomia dos líderes locais e pela racionalização do processo a partir da influência técnica de uma burocracia profissionalizada <sup>(8-10:691)</sup>.

A coordenação horizontal dos governadores por meio de Consórcios Regionais acrescidos dos Comitês Científicos se tornou um importante recurso durante a pandemia para a ação articulada entre os estados, possibilitando aquisições conjuntas, trocas de experiências, pressão política e produção de evidências.

Atores da sociedade civil apoiaram as medidas de isolamento e criticaram as falas do Presidente, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS); diferentes entidades da saúde, como Abrasco e Cebes <sup>(11)</sup>, e representantes da sociedade civil, como a CNBB, SBPC, OAB, ABI <sup>(12)</sup>. Já entidades de representação empresarial como CNI <sup>(13)</sup> e grandes empresários <sup>(14)</sup> defenderam o “isolamento vertical” e a flexibilização.

O Conass ganhou protagonismo e reconhecimento midiático por sua ação na representação dos gestores estaduais de saúde na defesa do isolamento, recusando qualquer tipo de recuo nessa medida <sup>(15)</sup>.

As ações adotadas pelos governadores em relação ao combate à pandemia passaram a ser cada vez mais atacadas pelo Presidente, gerando disputas de poder que se manifestaram tanto no plano simbólico quanto material. Passaremos a analisar os principais conflitos a partir da identificação dos núcleos discursivos de confrontação das autoridades sanitárias pelo Presidente da República.

#### **4. DISPUTA – UMA GRIPEZINHA NÃO VAI ME DERRUBAR <sup>(16)</sup>. NEM AO BRASILEIRO QUE PULA ESGOTO <sup>(17)</sup>**

Nas primeiras semanas de março, os pronunciamentos presidenciais buscaram minimizar os riscos e acusar os governadores e a mídia de causarem um clima de histeria. Além disso estende seu negacionismo e bravata aos brasileiros: “Ele não pega nada. Você vê o cara pulando em esgoto ali, sai, mergulha, tá certo? E não acontece nada com ele” (26/3).

Além do apelo à normalidade em plena pandemia, o Presidente escolheu seus inimigos: os governadores e a mídia. “O povo saberá que foi enganado pela mídia e pelos governadores” (20/3)<sup>(18)</sup>. “Devemos voltar à normalidade” (25/3).

Termina associando as medidas preventivas aos fracos, como idosos, pacientes com comorbidades, até jornalistas, com uma insinuação subliminar própria do machismo à falta de coragem para enfrentar a COVID-19, em frases como: “Tá com medinho?” (2/4).

## **5. DISPUTA – QUEM MANDA SOU EU<sup>(19)</sup>**

Rebatendo declaração do Vice-Presidente de que a posição do governo seguia sendo pelo isolamento (26/3), Bolsonaro afirmou em coletiva que os ministros seguiam suas orientações, deslegitimando assim a autoridade sanitária do Ministro da Saúde. Pediu também o fim do confinamento em massa e passou a defender o “isolamento vertical”<sup>(20)</sup>, no qual apenas idosos e pessoas com comorbidades deveriam ficar em casa. Recusou-se a seguir as recomendações do Ministro da Saúde (Luiz Henrique Mandetta) de evitar aglomerações e contatos físicos, passando a ser visto frequentemente em aglomerações no palácio, em manifestações de seguidores contra o Congresso Nacional e o Supremo Tribunal Federal (STF), em contato com populares. Tais imagens, que falam mais que palavras, foram amplamente divulgadas nas redes sociais.

Após intensos conflitos com o Presidente Bolsonaro em torno do isolamento social, Mandetta foi demitido (26/04), no auge da sua popularidade. Foi substituído por Nelson Teich (17 abril-15 maio), que aceitou a imposição do General Eduardo Pazuello para ser o secretário-geral e a missão de programar a flexibilização. Pediu demissão após 29 dias, em função de divergência com o Presidente sobre o uso da cloroquina, sendo atropelado em plena entrevista com a notícia de que Bolsonaro decretara a liberação de lista de serviços ditos essenciais. Novamente esvaziando a autoridade sanitária.

Com a troca de dois ministros em pleno agravamento da crise sanitária, começou a ocupação militar do MS, substituindo quadros técnicos da direção por 28 militares, sem qualquer familiaridade com a área de saúde e gestão do SUS, mas obedientes às determinações do chefe hierárquico. A pouca importância da autoridade sanitária ficou patente na prolongada interinidade do General Pazuello (efetivado em 16/9). Ele liberou o uso da cloroquina no tratamento da COVID-19, demitiu funcionários que mencionaram em nota o aborto legal e técnicos que incluíram a COVID-19 na lista das doenças ocupacionais.

## **6. DISPUTA – VAI MORRER GENTE?<sup>(21)</sup> E DAÍ? QUER QUE EU FAÇA O QUÊ? EU NÃO SOU COVEIRO<sup>(22)</sup>**

Diante do número crescente de casos e de óbitos, as declarações presidenciais passaram a adotar um tom fatalista, desresponsabilizando-se do ocorrido. Declarações sobre mortes ine-

vitáveis como “Todo mundo vai morrer um dia” (29/3) <sup>(23)</sup>, ou sua sarcástica irresponsabilidade “sou Messias, mas não faço milagres” (28/3) <sup>(24)</sup> foram seguidas de afirmações de que o vírus estava começando a ir embora (12/4) <sup>(25)</sup>, ficando a questão do desemprego.

Vinte e seis governadores assinaram (19/3) carta mostrando sua união na defesa da vida com base em recomendações científicas e requerendo a solidariedade do governo federal em relação ao apoio financeiro necessário ao enfrentamento da pandemia.

Em 20 de março, o Senado decretou Estado de Calamidade Pública <sup>(26)</sup>, o que atendeu às demandas dos governadores e prefeitos para suspensão nos ajustes do endividamento, compensação pela perda de recursos tributários como consequência do isolamento e repasse de recursos extraordinários em função da aprovação de um orçamento de emergência. Na mesma data, Bolsonaro afirmou que ainda não estava no radar do governo federal a decretação do estado de sítio <sup>(27)</sup>, suspendendo as garantias constitucionais por causa da pandemia.

Com a expectativa de queda de cerca de 40% da receita dos impostos estaduais e municipais e a protelação do governo federal para liberação da verba destinada à reposição dessas perdas, a melhor expressão veio com a fala de Wellington Dias, governador do Piauí, ao dizer que os governadores estavam “vivendo no fio da navalha, pois quanto mais alargamos a curva e salvamos vidas humanas, maior é o impacto financeiro” <sup>(28)</sup>.

O plano emergencial (PLP 149/2019) de ajuda aos estados e municípios, aprovado na Câmara, ficou travado no Senado porque o Planalto não queria atender à demanda de governadores do Sudeste, possíveis candidatos à presidência. Mesmo depois de aprovado no Senado (06/05), os recursos não foram integralmente alocados aos estados e municípios. Segundo a Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, ao final de julho, dos R\$ 39,2 bilhões de recursos destinados ao combate do novo coronavírus, 33% se encontravam parados no MS <sup>(29)</sup>.

## **7. DISPUTA – CONCENTRAÇÃO DE PODER NA UNIÃO OU AUTONOMIA DE ESTADOS E MUNICÍPIOS**

O governo federal tentou concentrar em suas mãos o poder para adoção de medidas de restrição do transporte de bens, movimentação de pessoas e manutenção dos serviços durante a pandemia <sup>(30)</sup>. Porém, o STF, interpelado pelo PDT sobre a constitucionalidade da medida, decidiu (15/04) por reafirmar a autonomia dos entes subnacionais em decisões relativas às competências concorrentes. Segundo o Ministro Alexandre de Moraes:

A coordenação das medidas compete ao governo federal, mas, a partir de critérios técnicos, estados e municípios, dentro de seus espaços normativos, podem fixar regras de distanciamento social, suspensão de atividade escolar e cultura, circulação de pessoas <sup>(31)</sup>.

Já o Ministro Gilmar Mendes diz que o Presidente não está autorizado a executar uma política genocida <sup>(32)</sup>. A partir dessa decisão, acirrou-se a confrontação do Presidente perante o Judiciário e os governadores, alegando que o governo federal foi impedido de agir em relação à pandemia.

A estratégia de ameaça de implantação de uma situação de caos ante o empobrecimento da população foi defendida pelo General Mourão e por Bolsonaro, alertando o Ministro da Defesa sobre possíveis situações de saques a supermercados e desobediência civil. As ameaças também envolveram o STF e foram verbalizadas pelo General Augusto Heleno, sobre consequências imprevistas decorrentes de decisões judiciais. Instauraram-se um clima de tensão e enorme risco de desestabilização das instituições democráticas.

## **8. DISPUTA – É GUERRA! TEM QUE JOGAR PESADO COM OS GOVERNADORES <sup>(33)</sup>**

Em reunião com empresários organizada pela Fiesp (14/5), Bolsonaro conclamou-os a jogar pesado para cima dos governadores e, em 7 de maio, levou um grupo de empresários ao STF para pressionar seu presidente em favor da flexibilização.

Estabeleceu-se uma falsa polêmica entre salvar vidas ou salvar a economia, fazer isolamento ou flexibilizar, que terminou sendo uma narrativa convincente para uma grande parcela da população que inicialmente apoiava as medidas restritivas propostas pelos governadores, mas, ao final de mais de cinco meses, e sob apelo constante do Presidente, passou a transgredir as normas de isolamento. Os próprios governadores, submetidos às pressões do empresariado e da população, e sem a coordenação de uma autoridade sanitária nacional que fornecesse parâmetros gerais, iniciaram processos de flexibilização de forma assimétrica, sem correspondência com evidências científicas e com a evolução da curva epidêmica.

## **9. DISPUTA – AUXÍLIO EMERGENCIAL – ÁREA ECONÔMICA VERSUS CONGRESSO**

Em 18 de março, o Ministro Paulo Guedes anunciou que o governo criaria um auxílio de R\$ 200 para trabalhadores informais, estimados em R\$ 38 milhões os *coronavoucher* para serem utilizados em estabelecimentos credenciados.

Enquanto o Congresso elevava o benefício monetário para R\$ 500, o presidente Bolsonaro, em transmissão ao vivo, aumentou-o para R\$ 600, por três meses <sup>(34)</sup>, retirando o protagonismo do Congresso.



Terminou o governo federal sendo identificado como o grande promotor do benefício, que chegou a atingir 65 milhões de pessoas, depois que foram levantadas as absurdas condições iniciais, revelando o tamanho da informalidade, deploravelmente identificados como invisíveis no jargão oficial. Apesar das filas absurdas nas portas das agências da Caixa Econômica Federal, a população beneficiária passou a fazer uma avaliação positiva do Presidente, em especial, em áreas de maior pobreza como no Nordeste.

## 10. DISPUTA – APAGÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Apesar das demandas dos governadores para que o MS centralizasse importações de insumos e equipamentos, efetuando as compras por meio da Organização Pan-Americana da Saúde, negociando melhores preços no mercado inflacionado, isso não ocorreu. O MS passou a usar legislação recente para absorver a produção nacional, e os estados tiveram que disputar as compras com o governo federal no mercado internacional.

A postura negacionista adotada pelo Presidente da República confrontou-se em todos os momentos com as evidências científicas que embasaram orientações das autoridades sanitárias contra o uso da cloroquina, liberada após a militarização do MS. Em diversas outras ocasiões, o Presidente manifestou publicamente desconfiança em relação ao número de óbitos divulgados pelas autoridades sanitárias, atribuindo o elevado número ao inchamento artificial promovido pelos governadores com objetivos políticos. Em 12 de junho, o Presidente chegou a conclamar seus seguidores a invadir os hospitais para filmar leitos vagos e desmentirem a superlotação<sup>(35)</sup>.

A comunicação dos dados sobre contágios e óbitos foi uma marca da gestão Mandetta, intensificando-se, posteriormente, um processo de descrédito em relação ao papel do MS na produção de dados confiáveis sobre a pandemia. Atrasos, site fora do ar, criação de um indicador de pessoas recuperadas que mais se assemelha a propaganda, sem correspondência com outros países, acabaram por gerar um apagão de dados. Terminou com a substituição do MS por um consórcio de jornais que divulgam dados diretamente produzidos pelas SES. O MS apareceu manobrando para reduzir os dados sobre óbitos, desacreditando um dos pilares do SUS, seu sistema de informações.

Em resposta à afirmação do secretário do MS que os estados manipulavam dados sobre a pandemia, o presidente do Conass, Beltrame, assinou nota de forte teor crítico: “Sua declaração grosseira, falaciosa, desprovida de qualquer senso ético, de humanidade e de respeito, merece nosso profundo desprezo, repúdio e asco”<sup>(36)</sup>.

## II CONSIDERAÇÕES FINAIS

A confrontação aos governadores foi fruto de lógica política utilitária, por parte do Presidente, com o objetivo de atribuir àqueles os custos socioeconômicos inevitáveis da pandemia.

Maximizou, assim, seus ganhos com a redução do prestígio político de possíveis adversários nas próximas eleições presidenciais. Além das disputas discursivas, foram também utilizados recursos materiais, como a postergação da liberação dos recursos para os estados e a ausência de coordenação por parte do MS na compra e suprimento de insumos.

Por outro lado, a falta de transparência na gestão estadual levou à criminalização dos responsáveis pelos processos de compras hospitalares. Já a ausência de estratégias preventivas, envolvendo as unidades de atenção primária e o apoio aos prefeitos em programas voltados para periferias e favelas, evidenciou problemas de gestão não equacionados pelos governos subnacionais. Por fim, as pressões econômicas e sociais implicaram medidas de flexibilização dissimilares e sem fundamento em evidências científicas.

Pesquisas de opinião <sup>(37)</sup> mostram tendência inversa em relação à popularidade dos governadores e do presidente, sendo que, no auge da crise federativa, os governadores obtiveram elevada aprovação (44% em março), declinante a partir do final de abril, atingindo 33% em agosto. A narrativa de culpar os governadores, associada à distribuição do auxílio emergencial, promoveu movimento inverso, com a avaliação do governo em ruim e péssimo atingindo 50% em maio e descendo para 37% em agosto, enquanto a avaliação de ótimo e bom subia de 25% em maio para 37% em agosto.

A organização federativa e a capilaridade do SUS foram consideradas essenciais para o enfrentamento da pandemia <sup>(38)</sup>. No entanto, a ausência de coordenação, o descrédito em relação às autoridades sanitárias, além da trajetória institucional de permanente subfinanciamento, foram fatores que atuaram para que os serviços públicos de saúde fossem incapazes de atender à explosão da demanda nessa conjuntura crítica. Comprova-se, assim, nossa hipótese de que o modelo de governança institucionalizado no SUS, consoante com o desenho constitucional de um federalismo social compartilhado, foi incompatível com a mudança para o federalismo autoritário de confrontação. O governo Bolsonaro assumiu uma visão dualista <sup>(39)</sup> de relações intergovernamentais, com a centralização na União das questões nacionais, ao mesmo tempo que se desobriga de atribuições na redução das desigualdades regionais e no apoio a governos subnacionais, com sérias consequências:

O confronto e a descoordenação intergovernamentais, provocados pela falta de liderança da União, geraram desperdício de recursos, sobreposição de ações, redução dos ganhos de escala oriundos da coordenação federativa e prejuízos à garantia dos direitos sociais construída ao longo dos anos <sup>(39)</sup>.

O esgarçamento do federalismo provocado pela omissão do governo federal e pela dispersão das políticas adotada pelos estados é tema também nos EUA, como aponta Ktell <sup>(40)</sup>. As consequências dessa discrepância desestabilizam os fundamentos da democracia, relativos à igualdade e a equidade entre estados.

Sobre o impacto sanitário das declarações presidenciais contrárias ao isolamento, pesquisas apontam que o efeito de tais declarações não se restringe aos seus apoiadores<sup>(41)</sup>, ainda que as mortes evitáveis possam ser em maior número entre estes<sup>(42)</sup>. Essa afirmação baseia-se em estudo ainda não publicado, no qual pesquisadores de três renomadas universidades relacionaram o descumprimento ao isolamento com as falas presidenciais e encontraram maior número de óbitos em municípios onde o Presidente obteve maior votação. Outro estudo em publicação prévia<sup>(43)</sup>, utilizando um índice de distanciamento social por meio de telefones celulares, corrobora a afirmativa de que as falas presidenciais expuseram a população a situações de risco, especialmente nos municípios com mais altos níveis de penetração da mídia, presença de contas ativas no Twitter e grande proporção de evangélicos. A conclusão dos autores é que as declarações de líderes são mais que palavras, provocando ações e comportamentos.

Se as ideias e palavras importam, como explicar a popularidade de Bolsonaro, que em seis meses emitiu 1.414 frases sobre a pandemia, das quais o observatório Aos Fatos<sup>(44)</sup> identificou 653 como falsas ou distorcidas, principalmente para defender a cloroquina e atacar a OMS, os governadores e o STF?

Estudos sobre democracia buscam compreender os governos populistas, encontrando traços comuns como o discurso antielitista e contrário aos poderes instituídos, que mobilizam eleitores insatisfeitos com o sistema político, especialmente em situações de crise econômica e descrédito político. Eleito democraticamente, o populista no poder torna-se uma ameaça à democracia, agindo de forma autoritária e intolerante, deslegitimando as oposições e minando as instituições. Considera-se portador da verdade, o que o conecta diretamente aos seus seguidores, com os quais mantém permanente comunicação, enquanto os demais eleitores são vistos como inimigos<sup>(45)</sup>. Inverdades e desprezo pela vida não parecem ser importantes neste contexto discursivo.

Em se tratando de uma relação baseada na fé e na identificação, a racionalidade deixa de ser importante, substituída pelo valor moral da autenticidade. Melo<sup>(46)</sup> afirma que a maior ameaça ao populismo de Bolsonaro se encontra na sua dependência atual dos políticos tradicionais do Centrão, que podem fazer ruir a aparente autenticidade na qual sua popularidade se assenta. Outro fantasma que ronda sua popularidade é o aumento da fome e da miséria provocadas pelas políticas de austeridade, que, segundo o IBGE, atinge a cifra de 13,5 milhões de miseráveis<sup>(47)</sup>. Sem democracia social e federalismo solidário, o SUS encontra-se ameaçado, ainda que mais reconhecido.

## REFERÊNCIAS

1. Fleury, Sonia Democracia e Inovação na Gestão local de Saúde. Rio de Janeiro: Cebes Fiocruz; 2014.
2. Pierson P. “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics.” *Am. Political Sci. Rev.* 2000;94(2):251-267.
3. Hall P. Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policy – making in Britain. *Comp. Polit.* 1993;25(3):275-96.
4. Hall PA, Taylor R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua nova.* 2003;(58):193-223.
5. Schmidt VA. Discursive institutionalism: the explanatory power of ideas and discourse”. *Annu. Rev. Political Sci.* 2008;11:303-326.
6. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil, Análise dos decretos estaduais no primeiro mês [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio\\_cepedes\\_gestao\\_riscos\\_covid19\\_final.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf).
7. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Rev. de Adm. Publica.* 2020;54(4):678-696.
8. Cardoso Al, Marengo A. Qualidade Burocrática e Performance Estatal: desvendando a caixa preta do município. *APGS [internet].* 2009 [acesso 2020 nov 22];11(4):1-21. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/6318>.
9. Sátyro NG. Política estadual e desigualdade: por que alguns estados redistribuem mais do que outros? *Dados.* 2013;56(3):497-530.
10. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Rev. de Adm. Publica.* 2020;54(4):678-696.
11. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. A pandemia do coronavírus e o Brasil – Carta Aberta à Presidência da República, Governadores e Congresso Nacional [Internet]. 18 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-pandemia-do-coronavirus-e-o-brasil-carta-aberta-a-presidencia-da-republica-governadores-e-congresso-nacional/45789/>.
12. Rede Brasil Atual. ABI, CNBB, OAB, SBPC: Bolsonaro ‘é grave ameaça à saúde’ [Internet]. 28 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2020/03/abi-cnbb-oab-sbpc-fiquem-em-casa/>.

13. Lima B. Para pesquisadores, isolamento pode reduzir casos de Covid-19 pela metade Correi Braziliense [Internet]. 27 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: [https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/27/internas\\_economia,840769/cni-propoe-isolamento-vertical-na-industria-contr-a-COVID-19.shtml](https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/27/internas_economia,840769/cni-propoe-isolamento-vertical-na-industria-contr-a-COVID-19.shtml).
14. Vieira AG. 32 grandes empresários defendem plano similar ao de Bolsonaro para isolamento. Valor investe [Internet]. 27 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2020/03/27/32-grandes-empresarios-defendem-plano-similar-ao-de-bolsonaro-para-isolamento.gh.html>.
15. Metr p les. Saúde reage a Bolsonaro e quer ampliar isolamento no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/saude-reage-a-bolsonaro-e-quer-ampliar-isolamento-no-brasil>.
16. Uribe G, Chaib J, Coletta RD. Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar’, diz Bolsonaro sobre coronavírus. Folha de S. Paulo [Internet]. 20 mar 2020 [2020 nov 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/nao-vai-ser-uma-gripezinha-que-vai-me-derrubar-diz-bolsonaro-sobre-coronavirus.shtml>.
17. Gomes PH. Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada, diz Bolsonaro em alusão a infec o pelo coronavírus. O Globo [Internet]. 26 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/26/brasileiro-pula-em-esgoto-e-nao-acontece-nada-diz-bolsonaro-em-alusao-a-infeccao-pelo-coronavirus.gh.html>.
18. Salda a P. Popula o saber  que foi enganada por governadores e imprensa sobre coronavírus, diz Bolsonaro. Folha de S. Paulo [Internet]. 22 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/povo-sabera-que-foi-enganado-por-governadores-e-imprensa-sobre-coronavirus-diz-bolsonaro.shtml>.
19. Gazeta do povo. “O presidente sou eu”, diz Bolsonaro sobre fala de Mourão em defesa do isolamento [Internet]. 26 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/republica/breves/o-presidente-sou-eu-diz-bolsonaro-sobre-fala-de-mourao-em-defesa-do-isolamento/>.
20. Velela R. Bolsonaro pede em rede nacional o fim do “confinamento em massa”. Metr p les [Internet]. 24 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/bolsonaro-pede-em-rede-nacional-o-fim-do-confinamento-em-massa>.
21. Maia G. Está morrendo gente? T . Lamento. Mas vai morrer muito mais se a economia continuar sendo destroçada’, diz Bolsonaro. O Globo [Internet]. 14 maio 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/esta-morrendo-gente-ta-lamento-mas-vai-morrer-muito-mais-se-economia-continuar-sendo-destrocada-diz-bolsonaro-1-24426281>.

22. Gomes PH. ‘Não sou coveiro, tá?’, diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. O Globo [Internet]. 20 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>.
23. G1. Após provocar aglomeração durante passeio em Brasília, Bolsonaro volta a se posicionar contra o isolamento social. O Globo [Internet]. 29 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/29/apos-provocar-aglomeracao-durante-passeio-em-brasilia-bolsonaro-volta-a-se-posicionar-contr-o-isolamento-social.ghtml>.
24. Uol. Sou Messias, mas não faço milagres, diz Bolsonaro sobre recorde de mortes [Internet]. 28 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/videos/2020/04/28/sou-messias-mas-nao-faco-milagres-diz-bolsonaro-sobre-recorde-de-mortes.htm>.
25. Cury T, Lellis L. “Parece que está começando a ir embora a questão do vírus”, diz Bolsonaro. CNN Brasil [Internet]. 12 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/04/12/religiosos-relembam-isolamento-em-celebracao-de-pascoa-online-com-bolsonaro>.
26. Brasil. Senado Federal. Senado vota decreto de calamidade pública em resposta à covid-19 na sexta. Senado Notícias [Internet]. 19 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/19/senado-vai-votar-projeto-de-decreto-de-calamidade-publica-nesta-sexta>.
27. Portal Gazeta Web. Para STF, estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento. 15 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: [https://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2020/04/para-stf-estados-e-municipios-tem-poder-para-definir-regras-sobre-isolamento\\_103015.php](https://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2020/04/para-stf-estados-e-municipios-tem-poder-para-definir-regras-sobre-isolamento_103015.php).
28. Brasil 247. Governadores do nordeste temem colapso na saúde por falta de verba federal. Facebook [Internet]. 09 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.facebook.com/Brasil247/posts/vivemos-no-fio-da-navalha-quanto-mais-alongamos-a-curva-e-salvamos-vidas-humanas/3398920393494277/>.
29. Conselho Nacional de Saúde. [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim\\_2020\\_0722\\_T1\\_2\\_3\\_G1\\_ate\\_21\\_RB-FF-CO\\_com\\_resumo.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0722_T1_2_3_G1_ate_21_RB-FF-CO_com_resumo.pdf).
30. Amato F. Coronavírus: MP concentra no governo federal poder para restringir circulação de pessoas. O Globo [Internet]. 21 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/21/coronavirus-mp-concentra-no-governo-federal-poder-para-restringir-circulacao-de-pessoas.ghtml>.

31. Portal Gazeta Web. Para STF, estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento. 15 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: [https://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2020/04/para-stf-estados-e-municipios-tem-poder-para-definir-regras-sobre-isolamento\\_103015.php](https://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2020/04/para-stf-estados-e-municipios-tem-poder-para-definir-regras-sobre-isolamento_103015.php).
32. Martins L, Peron I. Presidente não dispõe de poderes para política de caráter genocida, diz Gilmar. Valor Econômico [Internet]. 15 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/presidente-nao-dispoe-de-poderes-para-politica-de-carater-genocida-diz-gilmar.ghtml>.
33. Coletta RD, Caram B, Uribe G. É guerra, tem que jogar pesado com governadores, diz Bolsonaro a empresários. Folha de S. Paulo [Internet]. 14 maio 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/e-guerra-tem-que-jogar-pesado-com-governadores-diz-bolsonaro-a-empresarios.shtml>.
34. Mazieiro G. Bolsonaro aumenta valor após fala de Maia e propõe R\$ 600 a trabalhadores. Uol [Internet]. 26 mar 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/26/bolsonaro-aumenta-valor-apos-fala-de-maia-e-propoe-r-600-a-trabalhadores.htm>.
35. Uribe G. Bolsonaro estimula população a invadir hospitais para filmar oferta de leitos Folha de S. Paulo [Internet]. 11 jun 2020 [acesso 2020 nov 22]. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/06/bolsonaro-estimula-jun-populacao-a-invadir-hospitais-para-filmar-oferta-de-leitos.shtml>.
36. Rodrigues L. Secretários de Saúde dizem que governo tenta inviabilizar mortos pela Covid-19. Uol [Internet]. 06 jun 2020 [acesso 2020 jun 22]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/06/06/secretarios-de-saude-dizem-que-governo-tem-tentativa-de-invisibilizar-mortos-pela-COVID-19.htm>.
37. Juliboni M. Veja a pesquisa XP/Ipespe que mostra aprovação de Bolsonaro maior que desaprovção. Moneytimes [Internet]. 14 set 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.moneytimes.com.br/veja-a-pesquisa-xp-ipespe-que-mostra-aprovacao-de-bolsonaro-maior-que-desaprovacao/>.
38. Croda J, et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 22];53:e20200167.
39. Abrucio F, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de desco-ordenação intergovernamental. RAP [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 22];54(4):663677. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122020000400663&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122020000400663&script=sci_arttext).



40. Kettl DF. States Divided: The Implications of American Federalism for COVID-19. *Public Adm. Rev* [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 22];596-602. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/puar.13243>.
41. Lupion B. Estudo aponta evidências de que bolsonaristas violam mais a quarentena. *DW* [Internet]. 15 maio 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/estudo-aponta-evid%C3%AAsncias-de-que-bolsonaristas-violam-mais-a-quarentena/a-53443459>.
42. Canzian F. Falas de Bolsonaro contra isolamento podem ter matado mais seus eleitores, aponta estudo. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 30 jun 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: [www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/falas-de-bolsonaro-contra-isolamento-podem-ter-matado-mais-seus-eleitores-aponta-estudo.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/falas-de-bolsonaro-contra-isolamento-podem-ter-matado-mais-seus-eleitores-aponta-estudo.shtml).
43. Ajzenman N, Cavalcanti T, Da Mata D. More than Words: Leaders' Speech and Risky Behavior During a Pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 25]. Disponível em: [https://iepecdg.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ACDM\\_4\\_20201.pdf](https://iepecdg.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ACDM_4_20201.pdf).
44. Ribeiro A, Cunha AR. Bolsonaro deu 653 declarações falsas ou distorcidas sobre Covid-19 em seis meses de pandemia. *Aos Fatos* [Internet]. 11 set 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.aosfatos.org/noticias/bolsonaro-deu-656-declaracoes-falsas-ou-distorcidas-sobre-covid-19-em-seis-meses-de-pandemia/>.
45. Urbinati N. Political Theory of Populism. *Annu. Rev. Political Sci.* 2019; 22:111–127.
46. Melo MA. A política da autenticidade: o calcanhar de Aquiles do populismo. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 4 out 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/marcus-melo/2020/10/a-politica-da-autenticidade-o-calcanhar-de-aquiles-do-populismo.shtml>.
47. Silveira D. Fome no Brasil: em 5 anos, cresce em 3 milhões o nº de pessoas em situação de insegurança alimentar grave, diz IBGE. *O Globo* [Internet]. 17 set 2020 [acesso 2020 nov 22]. <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/09/17/fome-no-brasil-em-5-anos-cresce-em-3-milhoes-o-no-de-pessoas-em-situacao-de-inseguranca-alimentar-grave-diz-ibge.ghtml>.

# AS COMPETÊNCIAS FEDERATIVAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO EM FACE DAS DECISÕES DO STF DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Maria Paula Dallari Bucci<sup>1</sup>

**RESUMO:** Na oportunidade da pandemia, a inflexão política do governo Bolsonaro em relação ao arranjo federativo combinou-se com a potencialização de tensões, em razão das divergências de estratégias de condução da crise sanitária entre governadores, prefeitos e o governo federal. O artigo examina como essas divergências desafiaram a cooperação federativa que caracteriza o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado de seu processo de construção. No momento agudo da crise da COVID-19, as tensões federativas se converteram em conflitos judicializados perante o Supremo Tribunal Federal. A análise das principais decisões demonstra que a atuação vigorosa da Corte não representou uma ruptura ou inovação no padrão de relações federativas no campo da saúde, mas, ao contrário, teve um papel de preservação do seu funcionamento tradicional e, dessa maneira, do SUS como legado institucional do Estado social brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito da Saúde. Políticas de Saúde. STF. Estado Social. Legado Institucional.

---

<sup>1</sup> Doutora e Livre Docente pela Faculdade de Direito da USP. Foi Secretária de Educação Superior e Consultora Jurídica do MEC. É professora da Faculdade de Direito da USP, Departamento de Direito do Estado. <http://lattes.cnpq.br/5277262878389044>. [mariapaula@usp.br](mailto:mariapaula@usp.br).



## **I. TENSÕES FEDERATIVAS CONVERTIDAS EM CONFLITOS JUDICIALIZADOS SOBRE A COVID-19**

A pandemia da COVID-19 no Brasil se traduziu em várias crises simultâneas: a de saúde, a econômica, a social e a política. Esta última se expressou em divergências entre as principais lideranças, especialmente na resistência do governo federal em reconhecer que a disseminação do vírus e sua letalidade não permitiam alternativa à quarentena e ao distanciamento social, com impactos na queda da economia, conforme o padrão observado no mundo. A divergência entre atender o clamor imediato da saúde ou tentar preservar o funcionamento das empresas e da economia se refletiu em respostas contraditórias em estados e municípios. O padrão de relações federativas das últimas décadas, com atuação cooperativa dos entes subnacionais e papel coordenador da União, passou a ser questionado, convertendo-se depois em conflito aberto.

O mote dessa inflexão era o bordão “Mais Brasil, menos Brasília”, adotado pelo governo Bolsonaro para indicar a redução da presença do governo federal, ainda que com tintas peculiares, como anotaram professores da FGV-SP:

A ideia-chave do ‘Mais Brasil, Menos Brasília’ é estabelecer uma outra forma de funcionamento da Federação que combina a defesa de maior autonomia dos governos subnacionais com a redução da responsabilidade do Governo Federal no campo das políticas públicas, mas que, num aparente paradoxo, pretende instituir isso desconsiderando os estados e municípios, a fim de enfraquecer a participação destes entes federativos na deliberação e controle das decisões tomadas em Brasília <sup>(1)</sup>.

Admitindo que se trata de política de governo, proposta nos limites do processo eleitoral, em tese, isso se ajustaria ao figurino do presidencialismo, em que se espera que o governante formule plataforma a seus eleitores e, uma vez eleito, tenha condições de executá-la.

No entanto, a questão é mais profunda e revela os limites das políticas de governo diante das chamadas políticas de Estado. Em que pese ter-se banalizado esse chavão — em geral acionado como apelo retórico para distinguir as políticas que interessam a quem fala (as “de Estado”) daquelas que não lhe interessam (as “de governo”)—, nesse caso, a utilização do dualismo tem pertinência. Isso porque o que está em questão é exatamente a institucionalização das relações de cooperação federativa, isto é, os modos como esse padrão se organizou no campo da saúde pública, com base em regras jurídicas, operando-se a despersonalização que caracteriza a instituição<sup>(2)</sup>.

Em políticas públicas institucionalizadas, a ação das lideranças políticas passa a ser limitada por regras de organização, não como mera decorrência de seu aspecto jurídico-formal, mas pela legitimação que emana do funcionamento efetivo do arranjo. O atributo “política de Estado” decorre desse fator e da permanência que ele confere ao conjunto organizado de regras e práticas. Um programa ou ação de governo se transforma em política de Estado na medida em que seu grau de institucionalização penetre de tal forma nas normas e na organização jurídica que as alterações passam a exigir uma justificação segundo a racionalidade de conjunto do sistema.

A mudança no padrão de relacionamento federativo, o “menos Brasília”, implicaria desconstituir o histórico de cooperação federativa construído sob a Constituição Federal de 1988 (CF 88). Ainda que o texto constitucional estivesse longe da clareza ao combinar competências materiais comuns (art. 23, II), competências legislativas concorrentes (art. 24, XII) e descentralização do sistema de saúde (art. 198, I)<sup>(3)</sup>, na prática, ao longo do tempo, construiu-se um modelo cooperativo<sup>(4)</sup>, resultado de iniciativas de diferentes gestões governamentais, sob distintas formas jurídicas, como a Emenda Constitucional 29/2000 (governo Fernando Henrique Cardoso), que previu recursos mínimos para o financiamento da saúde; a Lei 12.466/2011 (governo Dilma Rousseff), que previu: “As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (art. 14-A); e disposições infralegais, como a Norma Operacional Básica (NOB SUS/1996, Portaria MS 2.203/1996), que antecipava e encaminhava o padrão de articulação federativa formalizado na lei quinze anos depois: “O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)”. Portanto, esse padrão, hoje positivado em texto legal, compreende direção operativa vivenciada por gestores municipais, estaduais e federais no SUS há mais de duas décadas<sup>(4)</sup>.

Com a eclosão da pandemia, entretanto, as tensões federativas subjacentes a esse modelo, que nunca deixaram de integrá-lo, especialmente em virtude de restrições ao fi-

nanciamento da saúde em estados e municípios, ganharam outra escala. A retirada da União da função coordenadora, que fora decisiva para prevenir o alastramento de crises sanitárias anteriores, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003, deu à agenda de descentralização o caráter de verdadeira desresponsabilização, na linha do “menos Brasília”, com o sentido político acima destacado:

[...] a concepção federativa que os republicanos dos Estados Unidos, desde Nixon, advogam, qual seja, a ideia dos *devolution powers*: é preciso repassar todas as funções e responsabilidades das políticas públicas aos governos locais, retirando a União e o ‘governo interventor’ que ela representa desse jogo. Esse tipo de federalismo ganhou força a partir da presidência de Ronald Reagan [...].”<sup>(1)</sup>

Por outro lado, arrogou-se à União o exercício de poderes excepcionais, invadindo o âmbito próprio de estados e municípios em matéria de circulação de pessoas e serviços públicos e atividades essenciais.

As controvérsias terminaram se transformando em conflitos judicializados perante o Supremo Tribunal Federal (STF), de proporções inéditas, considerando a amplitude da questão.

Destarte, este artigo se propõe a analisar e compreender o saldo dessa judicialização, em termos do balanço federativo brasileiro, procurando responder ao questionamento se a pandemia representou uma inflexão para um novo arranjo federativo, em que os entes subnacionais adquirem maiores responsabilidades e maior protagonismo, os quais passam a ser proporcionalmente reduzidos da União. Alternativamente, a resposta negativa implica assumir que as decisões do STF, ainda que reconheçam de maneira mais definida os papéis dos entes subnacionais, reforçam o sentido de cooperação federativa que veio sendo construído, tanto jurídica como politicamente, ao longo de processo de estruturação do SUS desde a promulgação da CF 88.

A pergunta poderia ser posta em outros termos, para saber se as decisões do STF alteraram a configuração do sistema de saúde, que passaria a ser entendida como política de governo, isto é, com maior amplitude de ação a cada estado ou município e suas lideranças políticas, ou se confirmaram seu caráter de política de Estado, reafirmando as práticas de cooperação federativa experimentadas até aqui.

Para responder a essa pergunta, este artigo se divide em três partes, incluindo esta primeira. Na segunda parte, será feita uma resenha das decisões mais importantes do STF sobre os conflitos federativos em função da pandemia. Na terceira parte, serão analisadas as decisões no conjunto, procurando compreender o sentido geral das decisões do STF na pandemia sobre a dinâmica federativa na gestão de ações e serviços de saúde.

## 2. AS DECISÕES DO STF SOBRE AS RESPONSABILIDADES FEDERATIVAS NA PANDEMIA

Dada a quantidade de ações propostas durante a crise e sua repercussão, este artigo toma por base as principais decisões em Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) e Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) que versam sobre conflitos federativos de forma mais direta, deferidas, total ou parcialmente, conforme painel do STF sobre a COVID-19<sup>(5)</sup>, sintetizadas no quadro abaixo e a seguir analisadas, segundo a ordem cronológica da propositura das ações, para que se tenha ideia do movimento que levou à construção do entendimento sintetizado nas decisões mais recentes.

Tipo, relator e resumo	Objeto	Decisão
ADI 6341/DF, rel. Min. Marco Aurélio.  Competência e responsabilidade constitucional de Estados e municípios para executar medidas sanitárias, epidemiológicas e administrativas relacionadas ao combate ao novo coronavírus.	Relatório: ADI ajuizada em face de dispositivos da Lei nº 13.979/2020 (incisos I, II e VI e os §§ 8º, 9º, 10 e 11 do artigo 3º), com as alterações da Medida Provisória nº 926, de 20/03/2020, sobre “isolamento, quarentena e restrição de locomoção (art. 3º, I, II e VI) e interdição de serviços públicos e atividades essenciais (art. 3º, § 8º) e de circulação de pessoas e cargas (art. 3º, § 11), bem como quem e de que modo pode determiná-las (art. 3º, §§ 8º a 10)”.  Argumenta-se: (i) que a matéria exigiria lei complementar e não medida provisória e (ii) ofensa à autonomia federativa (CF, art. 18), uma vez que as normas combatidas teriam subtraído parcela da competência administrativa comum dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para adotarem, <i>sponte propria</i> , medidas de isolamento, quarentena, restrição de locomoção por rodovias, portos e aeroportos e interdição de atividades e serviços essenciais, centralizando essas medidas na “Presidência da República” e no “órgão regulador ou ao Poder concedente ou autorizador”.	Decisão (Liminar Referendada): “O Tribunal, por maioria, referendou a medida cautelar deferida pelo Ministro Marco Aurélio (Relator), acrescida de interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei nº 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais, vencidos, neste ponto, o Ministro Relator e o Ministro Dias Toffoli (Presidente), e, em parte, quanto à interpretação conforme à letra b do inciso VI do art. 3º, os Ministros Alexandre de Moraes e Luiz Fux. Redigirá o acórdão o Ministro Edson Fachin.”  (Decisão de 15/04/2020, publicada no DJe em 07/05/2020).

Tipo, relator e resumo	Objeto	Decisão
<p>ADI 6343/DF, rel. Min. Marco Aurélio. Lei nº 13.979/2020 (Medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019).</p>	<p>Relatório: ADI ajuizada em face de dispositivos da Lei nº 13.979/2020, consideradas as alterações das Medidas Provisórias nº 926 e 927, ambas de 2020, que teriam invadido competências municipais e estaduais (violação ao Pacto Federativo), pois:</p> <p>(i) a MP 926, de 2020, trouxe a limitação de que a restrição de locomoção intermunicipal seja condicionada à recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia federal e à autorização do Ministério da Saúde.</p> <p>(ii) A MP 927, de 2020 teria estabelecido para essa restrição a necessidade de disposição em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Infraestrutura.</p>	<p>Decisão (Liminar referendada em parte): “O Tribunal, por maioria, concedeu parcialmente a cautelar para i) suspender parcialmente, sem redução de texto, o disposto no art. 3º, VI, b, e §§ 6º e 7º, II, a fim de excluir estados e municípios da necessidade de autorização ou observância ao ente federal; e ii) conferir interpretação conforme aos referidos dispositivos no sentido de que as medidas neles previstas devem ser precedidas de recomendação técnica e fundamentada, devendo ainda ser resguardada a locomoção dos produtos e serviços essenciais definidos por decreto da respectiva autoridade federativa, sempre respeitadas as definições no âmbito da competência constitucional de cada ente federativo, nos termos do voto do Ministro Alexandre de Moraes, Redator para o acórdão, vencidos o Ministro Marco Aurélio (Relator), que trazia a referendo o indeferimento da medida liminar, e, em parte, os Ministros Edson Fachin e Rosa Weber, que deferiam parcialmente a medida cautelar para conferir interpretação conforme ao inciso II do § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979/2020.”</p> <p>(Decisão de 06/05/2020, publicada no DJe em 29/05/2020).</p>



Tipo, relator e resumo	Objeto	Decisão
<p>ADPF 672/DF, rel. Min. Alexandre de Moraes.</p> <p>Atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados no contexto da crise de saúde pública decorrente da pandemia do COVID-19 (Coronavírus).</p>	<p>Relatório: Trata-se de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil em face de atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados no contexto da crise de saúde pública decorrente da pandemia do COVID-19 (Coronavírus).</p>	<p>Decisão (Liminar Parcialmente Deferida): “(...) CONCEDO PARCIALMENTE A MEDIDA CAUTELAR na arguição de descumprimento de preceito fundamental, ad referendum do Plenário desta SUPREMA CORTE, com base no art. 21, V, do RISTF, para DETERMINAR a efetiva observância dos artigos 23, II e IX; 24, XII; 30, II e 198, todos da Constituição Federal na aplicação da Lei 13.979/20 e dispositivos conexos, RECONHECENDO E ASSEGURANDO O EXERCÍCIO DA COMPETÊNCIA CONCORRENTE DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DISTRITAL E SUPLEMENTAR DOS GOVERNOS MUNICIPAIS, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios, para a adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, tais como, a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outras;</p> <p>INDEPENDENTEMENTE DE SUPERVENIÊNCIA DE ATO FEDERAL EM SENTIDO CONTRÁRIO, sem prejuízo da COMPETÊNCIA GERAL DA UNIÃO para estabelecer medidas restritivas em todo o território nacional, caso entenda necessário. Obviamente, a validade formal e material de cada ato normativo específico estadual, distrital ou municipal poderá ser analisada individualmente. Intimem-se e publique-se.”</p> <p>(Decisão de 09/04/2020, publicada no DJe em 15/04/2020)1. *</p> <p>Decisão referendada em 09/10/2020, por unanimidade, no plenário virtual, convertido o julgamento cautelar em deliberação de mérito.</p>

\*Destaques em maiúscula no original.

É interessante contextualizar essas ações, agora que o tempo permite algum distanciamento, recuperando o embate de forças diante da resistência do presidente em tomar a frente de medidas mais claramente protetivas da coletividade recomendadas pelas autoridades internacionais da saúde. A leitura das peças judiciais nem sempre é suficiente para recuperar o grau de tensão entre governantes, representantes institucionais dos Poderes Legislativo e Judiciário e a sociedade, naquele momento de medo e angústia, com milhares de mortes diárias em países do mundo desenvolvido. Por isso, vale trazer relato da imprensa, que, em março de 2020, mês em que ocorreu a primeira morte por COVID-19 no Brasil, noticiava disputas entre o presidente e governadores<sup>(6,7)</sup>.

“Parece que o Rio de Janeiro é um outro país”, disse o presidente Jair Bolsonaro na sexta-feira<sup>(20)</sup> ao comentar o decreto do dia anterior assinado por Wilson Witzel (PSC). O governador do Rio havia decidido suspender o transporte aéreo e terrestre da capital, além da entrada de navios de cruzeiro provenientes de estados ou países onde haja circulação do coronavírus.[...]<sup>(6)</sup>

Estão tomando medidas, no meu entender, exageradas. Fecharam o aeroporto do Rio de Janeiro. Não compete a ele, meu Deus do céu! A Anac [Agência Nacional de Aviação Civil] está à disposição, é uma agência autônoma que está aberta para todo mundo, para conversas. [...] Você tem uma federação, disse Bolsonaro.<sup>(6)</sup>

As iniciativas de Witzel no Rio marcam um acirramento da relação entre governos estaduais e o federal no combate ao coronavírus. Em São Paulo, o governador João Dória (PSDB) anunciou [...] o fechamento de shoppings e academias na região metropolitana. Nesta sexta [...] suspendeu as atividades do Poupatempo e do Detran, além do fechamento de 102 parques estaduais. No sábado instituiu uma quarentena de terça-feira (24) até 7 de abril, com fechamento de estabelecimentos comerciais não essenciais.<sup>(6)</sup>

Em meio aos anúncios do governo paulista, Bolsonaro afirmou que “remédio quando em excesso pode não fazer bem” e que a economia dos estados precisava “funcionar, caso contrário as pessoas vão ficar em casa sem ter com o que se alimentar”.<sup>(7)</sup>

Doria rebateu. “Nós estamos fazendo aquilo que ele não faz: liderar o processo, a luta contra o coronavírus, estabelecer informações claras, não minimizar processos, compreender a importância de respaldo da informação científica, da área da medicina”, disse.<sup>(7)</sup>

Esse conjunto de divergências, contribuindo para a deterioração das condições de conduzir a resposta à COVID-19, desaguou no STF.

## 2.1 ADI 6341 E 6343

As ADI 6341 e 6343, de autoria, respectivamente, do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e da Rede Sustentabilidade (Rede), ambas relatadas pelo Ministro Marco Aurélio, questionaram a constitucionalidade da Medida Provisória (MP) 926, em 20 de março de 2020, convertida na Lei 14.035, de 11 de agosto de 2020, para alterar a Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (“Lei da Pandemia”), em vista da ofensa ao pacto federativo.

No caso da ADI 6341 inicial, em 23 de março de 2020, questionava:

[...] a redistribuição de poderes de polícia sanitária feita pela MP nº 926/2020 na Lei Federal nº 13.979/2020 interferiu nos contornos do regime de cooperação entre os entes federativos, pois confinou à ‘Presidência da República’ (art. 3º, §§ 8º e 9º) ou ao ‘órgão regulador ou ao Poder concedente ou autorizador’ (art. 3º, §§ 10º) as prerrogativas de isolamento (art. 3º, I), quarentena (art. 3º, II), interdição de locomoção (art. 3º, VI), de serviços públicos e atividades essenciais (art. 3º, § 8º) e de circulação (art. 3º, § 11). À primeira vista, talvez essa concentração administrativa pareceria possível, desde que fosse operada por lei complementar, mas não por legislação ordinária e nunca por meio de medida provisória.

[...] tanto a medida provisória em tela se imiscuiu no campo reservado à lei complementar – no caso, a cooperação em saúde – que abertamente condicionou a atuação dos demais entes federativos quanto à execução de serviços públicos e atividades essenciais, para que o façam ‘desde que *em articulação prévia com o órgão regulador ou o Poder concedente ou autorizado* (art. 3º, § 10) <sup>(5, grifo nosso)</sup>.

O problema é que aqui o termo “articulação”, caro ao regime de cooperação federativa, na prática, traduzia-se em usurpação de competências de estados e municípios pela União, desrespeitando o interesse predominante e específico em cada esfera. O pedido de liminar requeria que fosse resguardada “a autonomia de polícia sanitária dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para implementar as referidas providências de competência administrativa comum” (CF, arts. 18; 23, II; 198, I, e 200, II).

A medida cautelar foi deferida em parte, em 24 de março de 2020, afirmando que a MP 926 “não afasta a competência concorrente, em termos de saúde, dos Estados e Municípios”. Entendeu o relator não ser caso de ofensa à reserva de lei complementar, uma vez que a urgência da pandemia justificava o uso da medida provisória, mas decidiu “tornar explícita, *no campo pedagógico* e na dicção do Supremo, a competência concorrente” <sup>(7)</sup>.

Contra essa decisão, a União brande o argumento reverso, sustentando que a usurpação de competências teria sido praticada pelos entes subnacionais, frustrando o poder coordenador da União.

[...] a medida liminar ensejou a *pulverização irrestrita da autoridade normativa* a ser exercida no campo da saúde pública em momento de calamidade deflagrada, frustrando os pressupostos de coesão social, harmonia federativa e de operabilidade mínima dos serviços federais — premissas jurídicas que estão na base do poder de edição de “normas gerais” — e, com isso, *permitiram a usurpação das competências legislativa e materiais da União*. A decisão embargada permite interpretações equivocadas, que poderão gerar instabilidade federativa e desabastecimento de insumos básicos à subsistência no território nacional <sup>(5, grifo nosso)</sup>.

Diante da controvérsia, na oportunidade de referendo da liminar, em 15 de abril de 2020, o Plenário decidiu “explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais”, restando vencido o relator.

A ADI 6343, proposta pela Rede Sustentabilidade em 23 de março de 2020, em sua petição inicial corrobora a posição dos estados e municípios trazida na ADI 6341:

[...] diversos governadores dos Estados e do Distrito Federal haviam adotado medidas para combater a propagação do coronavírus em seus territórios. No entanto, em patente demonstração de queda de braço com os Estados e como forma de conter tais medidas, o Presidente da República, no seu afã intransigente de entender o Coronavírus como uma “gripezinha” fácil de resolver, editou a citada medida provisória [926/2020] com o fim deliberado de lhe subordinar a competência constitucionalmente atribuída aos entes federados, ou seja, uma verdadeira inversão do pacto federativo. Como se não bastasse tal medida limitadora de Poder advindo da Constituição Federal, verifica-se que a junção dessa alteração à Lei nº 13.979, de 2020, acabou por formar uma tríplice limitação, já que houve uma complementação pela recentíssima Medida Provisória nº 927, de 2020, publicada em 22/03/2020. De fato, a MP 926, de 2020, trouxe a limitação de que a restrição de locomoção intermunicipal seja condicionada à recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia federal. Por outro ponto, pela posição topográfica dessa mesma alteração na Lei 13.979, de 2020, fica exigida a autorização do Ministério da Saúde para adotar a restrição supra. Já no que toca à MP 927, de 2020, estabelece-se para essa restrição a necessidade de disposição em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Infraestrutura. Um verdadeiro emaranhado de exigências com o fim único de corromper a essência do pacto federativo brasileiro. Força-se, em momento de crise,

um calhamaço de medidas extremamente burocráticas de modo a impossibilitar uma ação rápida e efetiva conforme verificado no território de cada ente federativo. Cabe, assim, aos demais Poderes, limitar o anseio autoritário do Presidente, em especial a esse Eg. STF, guardião último da Constituição Cidadã, [...] <sup>(6)</sup>.

Quanto à fundamentação constitucional, além dos arts. 18, 23, II, e 24, XII, a inicial acrescenta os dispositivos que tratam da partilha de competências em matéria de transportes, art. 21, XII, *c, d e e*, e art. 22, incisos I e XI, referindo as competências residuais dos Estados e as próprias dos Municípios, em razão do interesse local.

A liminar é negada poucos dias depois, em 25 de março de 2020, com base em dois argumentos principais: a abrangência nacional da pandemia e o respeito à esfera decisória do Poder Legislativo para apreciar as medidas provisórias em questão, 926 e 927:

O momento é de crise aguda envolvendo a saúde pública. Tem-se política governamental nesse campo, com a peculiaridade de tudo recomendar o tratamento abrangente, o tratamento nacional. Sob essa óptica, há de considerar-se princípio implícito na Constituição Federal – o da razoabilidade, na vertente proporcionalidade. As alterações promovidas na Lei nº 13.979/2020 devem ser mantidas em vigor, até o crivo do Congresso Nacional, sob pena de potencializar-se visões político-partidárias em detrimento do interesse público. <sup>(8)</sup>

A decisão do Plenário sobre a cautelar foi concluída em 6 de maio de 2020, assegurando as competências dos entes subnacionais, ainda que sem diminuir o papel da União, mas reforçando a determinação de uso harmônico do conjunto de atribuições, em função do objetivo comum de combate à pandemia.

[...] estados e municípios, no âmbito de suas competências e em seu território, podem adotar, respectivamente, medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local durante o estado de emergência decorrente da pandemia do novo coronavírus, sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde para a decretação de isolamento, quarentena e outras providências. [...] a União também tem competência para a decretação das mesmas medidas, no âmbito de suas atribuições, quando houver interesse nacional. [...] a adoção de medidas restritivas relativas à locomoção e ao transporte, por qualquer dos entes federativos, deve estar embasada em recomendação técnica fundamentada de órgãos da vigilância sanitária e tem de preservar o transporte de produtos e serviços essenciais, assim definidos nos decretos da autoridade federativa competente.

Em seu voto-vista [...] o presidente do STF, ministro Dias Toffoli, entendeu que devem ser observadas as competências concorrentes e suplementares de estados e municípios para a adoção das medidas. Ele destacou a necessidade de que as providências estatais,

em todas as suas esferas, devem se dar por meio de ações coordenadas e planejadas pelos entes e órgãos competentes. Segundo Toffoli, essas medidas devem estar fundadas, necessariamente, em informações e dados científicos, ‘e não em singelas opiniões pessoais de quem não detém competência ou formação técnica para tanto’.

A fim de evitar eventuais excessos dos entes federados, o presidente propôs que essa exigência fosse explicitada na decisão. O objetivo é resguardar a locomoção dos produtos e dos serviços essenciais e impedir quaisquer embaraços ao trânsito necessário à sua continuidade. ‘A competência dos estados e municípios, assim como a da União, não lhes conferem carta branca para limitar a circulação de pessoas e mercadorias com base, unicamente, na conveniência e na oportunidade do ato’, afirmou<sup>(8)</sup>.

## 2.2 ADPF 672

A ADPF 672 foi proposta em 31 de março de 2020 pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), num contexto de acirramento da tensão, com o avanço do presidente sobre as competências federativas dos entes subnacionais. O relator, Ministro Alexandre Moraes, concedeu a medida liminar, em 8 de abril de 2020, em momento que antecede em cerca de um mês o referendo da ADI 6343 acima referido.

O relatório da cautelar dá a dimensão do confronto de direções na condução das medidas de enfrentamento da pandemia por governadores e pelo presidente.

O Requerente afirma que o ‘governo nem sempre tem feito uso adequado das prerrogativas que detém para enfrentar a emergência de saúde pública, atuando constantemente de forma insuficiente e precária’, mas, ao contrário, praticado ‘ações irresponsáveis e contrárias aos protocolos de saúde aprovados pela comunidade científica e aplicados pelos Chefes de Estado em todo mundo’. Afirma que o Presidente da República, em especial, tornou-se um ‘agente agravador da crise’.

Relata que, a partir de estudos científicos e da experiência de países com estágio mais avançado de disseminação do COVID-19, a Organização Mundial de Saúde, OMS, em colaboração com autoridades de todo o mundo, indicou o distanciamento social como o protocolo de prevenção e contenção da escala de contágio da pandemia, especialmente no estágio de transmissão comunitária, em que se encontra o Brasil desde 20/3/2020 (Portaria 454/2020 do Ministério da Saúde). A finalidade dessa medida seria ‘achatar a curva de contágio da doença’, preservando a capacidade operacional do sistema de saúde, que, de outro modo, ficaria sobrecarregado com o aumento abrupto do número de infectados. Vários governos estaduais efetivaram medidas de contenção do avanço da contaminação – suspensão de aulas, recomendação de adoção

de trabalho remoto, fechamento de shoppings, comércios e parques, interrupção de atividades culturais e recreativas, entre outras [...]. O Presidente da República age para esvaziar e desacreditar políticas adotadas por outros entes federativos com fundamento em suas respectivas competências constitucionais [...]. O Requerente formula pedido de concessão de medida cautelar para determinar ao Presidente da República que se abstenha de praticar atos contrários às políticas de isolamento social adotadas pelos Estados e Municípios [...]<sup>(8)</sup>.

As informações da Advocacia-Geral da União (AGU), no aspecto de fundo, refutam a matéria de fato, informando que o governo federal estava comprometido com o isolamento social, além de estar dando “suporte aos órgãos estaduais de saúde, como a transferência de recursos e insumos, especialmente a remessa de equipamentos de proteção individual, EPIs”.

No entanto, a parte dispositiva da cautelar não subscreve essa descrição. Invocando as cláusulas pétreas do federalismo e da separação de poderes, alude à faculdade de utilização preventiva do mecanismo da ADPF para evitar conduta do poder público que possa colocar em risco preceitos fundamentais ou “abusivo comportamento governamental” (ADPF 45).

Em momentos de acentuada crise, o fortalecimento da união e a ampliação de cooperação entre os três poderes, no âmbito de todos os entes federativos, são instrumentos essenciais e imprescindíveis a serem utilizados pelas diversas lideranças em defesa do interesse público, sempre com o absoluto respeito aos mecanismos constitucionais de equilíbrio institucional e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, que devem ser cada vez mais valorizados, evitando-se o exacerbamento de quaisquer personalismos prejudiciais à condução das políticas públicas essenciais ao combate da pandemia de COVID-19. Lamentavelmente, contudo, na condução dessa crise sem precedentes recentes no Brasil e no Mundo, mesmo em assuntos técnicos essenciais e de tratamento uniforme em âmbito internacional, é fato notório a grave divergência de posicionamentos entre autoridades de níveis federativos diversos e, inclusive, entre autoridades federais componentes do mesmo nível de Governo, acarretando insegurança, intranquilidade e justificado receio em toda a sociedade. [...].

Nas últimas semanas, várias questões relacionadas ao enfrentamento da pandemia chegaram, em sede de Jurisdição Constitucional, ao conhecimento da Corte, tendo sido proferidas inúmeras decisões, nas quais se reconhece a grandeza dos efeitos que podem se originar da pandemia e a *extrema necessidade de coordenação*<sup>(8)</sup> [...].

A presente ADPF deve ser analisada [...] *afastando-se, preventivamente, desnecessários conflitos federativos*, que somente iriam ampliar a gravidade da crise no País. [...] “para que seja determinado o respeito às determinações dos governadores e prefeitos quanto ao funcionamento das atividades econômicas e as regras de aglomeração”. A adoção



constitucional do Estado Federal gravita em torno do princípio da autonomia das entidades federativas, que pressupõe repartição de competências legislativas, administrativas e tributárias [...] devendo, ainda, ser considerada a descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde (art. 198, CF, e art. 7º da Lei 8.080/1990), com a conseqüente descentralização da execução de serviços e distribuição dos encargos financeiros entre os entes federativos, inclusive no que diz respeito às atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (art. 6º, I, da Lei 8.080/1990). [...] Dessa maneira, não compete ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotaram ou venham a adotar, no âmbito de seus respectivos territórios, importantes medidas restritivas [...]<sup>(8)</sup>.

Por fim, a decisão projeta seu alcance no tempo, alertando que seus efeitos devem ser observados “independentemente de superveniência de ato federal em sentido contrário”. A contundência dessa decisão e a clareza de seus argumentos dão o tom do conflito posto e, certamente, pesaram sobre a orientação do STF que se estabeleceu ao longo dos vários julgamentos sobre a matéria. O referendo da cautelar, concluído em 9 de outubro de 2020, é emblemático, por ter sido unânime, superando as divergências havidas nas primeiras decisões. O voto consolida os argumentos da Corte nas várias ações em que se desdobrou o enfrentamento da COVID-19, mencionando não apenas a ADI 6343, acima analisada, mas também as ADI 6347, 6351, 6357, que suspenderam a eficácia de restrição à Lei de Acesso à Informação no período da pandemia; a ADPF 669, em que foi vedada a produção e circulação da campanha “O Brasil Não Pode Parar”, e a ADPF 690, na qual se determinou ao Ministério da Saúde que mantivesse a divulgação diária dos dados epidemiológicos relacionados à pandemia com os números acumulados de ocorrências.

Além dessas, também poderiam ser referidas as Ações Cíveis Originárias (ACO) que decidiram sobre o fornecimento de ventiladores pulmonares comprados pelos Estados do Maranhão (ACO 3385), Mato Grosso (ACO 3393) e Rondônia (ACO 3398) e disputados pela União (problema que alcançou outros estados, como São Paulo, embora sem judicialização), em vista do que se reforçou a jurisprudência de proteção do “equilíbrio federativo” (ACO 3393), excluindo a incidência da requisição administrativa sobre equipamentos adquiridos pelos estados para atendimento de suas populações, determinando-se a entrega dos bens aos entes subnacionais.

### **3. A REAFIRMAÇÃO DO MODELO DE COOPERAÇÃO FEDERATIVA NA SAÚDE PELO STF**

A análise dos julgados em conjunto demonstra que a atuação do STF não consubstancia inovação jurídico-institucional no relacionamento federativo em matéria de saúde, mas

ao contrário, consiste em reafirmação não apenas do princípio federativo, mas das diretrizes de cooperação e articulação que balizam o funcionamento do SUS, conforme avaliam ministros<sup>(3)</sup>. Para o Ministro Gilmar Mendes:

[...] o Supremo Tribunal Federal, baseado no federalismo cooperativo que permeia nossa Constituição, afirmou a competência concorrente dos entes da Federação para implementar as medidas de contenção da pandemia e destacou a necessária articulação entre eles para o seu êxito. Dessa forma, garantiu-se aos Estados e Municípios a possibilidade de adoção de medidas restritivas, sem se afastar a necessária e devida atuação da União, seja coordenando as ações dos outros entes, seja implementando políticas de contenção do vírus, especialmente em casos de interesse nacional.<sup>(3)</sup>

Durante cerca de um mês, que vai de 23 de março, data da propositura das primeiras ADI, a 15 de abril, quando o Plenário confirma a liminar na ADI 4363, o STF foi desafiado ao máximo e exerceu papel decisivo de apelo à razão, impedindo o aprofundamento do desgoverno e assegurando o compartilhamento de atribuições na federação, em nome da proteção à saúde. Para rememorar a enorme tensão do período, documentada nas peças processuais, basta lembrar que, em 16 de abril, seria demitido o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que procurava conferir alguma coordenação às medidas de resposta à COVID-19 em entrevistas diárias e enfrentava polêmica interna no governo do “isolamento vertical” contra o isolamento mais abrangente recomendado pela OMS<sup>(9)</sup>.

O processo legislativo, na apreciação dessa matéria nas MP 926 e 927, (que caducou aos 19 de julho de 2020), também expressou a posição de equilíbrio sustentada pelo STF, num testemunho de que, nesse caso, as instituições funcionaram. Ainda que o número de mortes evitáveis na pandemia seja algo nunca suficientemente lamentado, em certos momentos, projetavam-se resultados ainda mais desastrosos caso os freios e contrapesos federativos não tivessem sido preservados.

Ademais, se algumas condutas pessoais foram fundamentais para esse desfecho, um aspecto importante de sua explicação reside na noção de legado institucional<sup>(10)</sup>, há muito utilizada na literatura de políticas públicas para compreender os processos de mudança política e permanência institucional<sup>(11)</sup>. Ela procura explicar como certas decisões, que constituíram determinado padrão de relações, seguirão influenciando consistentemente os passos seguintes naquela política. Portanto, não é casual que tenha havido a sustentação judicial de um modelo cooperativo de relações federativas que não se extrai completamente do texto constitucional. Ela se deve não apenas à atividade interpretativa estritamente jurídica, mas também ao reconhecimento do sentido legitimador de um sistema que funciona de forma cooperativa, com base em decisões passadas, das quais resultou um legado social importante a defender<sup>(12)</sup>.

O SUS configura esse legado institucional. Como sistema estruturante da política de saúde, com resultados consistentes, ainda que desiguais e insuficientes, no acesso e

qualidade <sup>(4)</sup>, compõe um dos pilares do Estado social brasileiro <sup>(13)</sup>. Seu maior desafio foi se organizar enquanto “rede regionalizada e hierarquizada” constituindo um sistema único e descentralizado, na expressão do art. 198 da CF. O campo do direito ainda busca compreender exatamente o significado da noção de rede <sup>(14)</sup> e sua melhor tradução em normas e procedimentos jurídicos aplicáveis; mas essa tradução vem sendo realizada com relativo sucesso, o que explica sua permanência enquanto política de Estado. À medida que os programas que o compõem foram sendo institucionalizados, eles geraram o que Pierson chama de “retornos crescentes”, que dificultam a reversão de caminhos, especialmente quando envolvem configurações complementares de organizações e instituições <sup>(15)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Abrucio LF, et al. Mais Brasil, Menos Brasília: o sentido do federalismo bolsonarista e seu impacto no combate à Covid 19. Estadão [Internet]. 12 abr 2020 [citado 2020 nov 22]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/mais-brasil-menos-brasilia-o-sentido-do-federalismo-bolsonarista-e-seu-impacto-no-combate-a-covid-19/>.
2. Romano S. O Ordenamento Jurídico. Tradução de Dal Ri Jr A. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2008.
3. Mendes G. O Supremo Tribunal Federal e a pandemia da Covid-19. Conjur [Internet]. 26 set 2020 [citado 2020 out 20]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-set-26/observatorio-constitucional-supremo-tribunal-federal-pandemia-covid?pagina=2>.
4. Menicucci T. Política de saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: As políticas da política Arretche M, Marques E, Faria CAP, organizadores. São Paulo: Editora Unesp; 2019; p. 191-216.
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Principais decisões relacionadas à Covid-19 [internet]. 2020 [citado 20 out 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=resumocovid&pagina=resumocovid>.
6. G1. Primeira morte por coronavírus no Brasil aconteceu em 12 de março, diz Ministério da Saúde [internet]. G1, 27 jun 2020 [citado 20 out 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/27/primeira-morte-por-coronavirus-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco-diz-ministerio-da-saude.ghhtml>
7. Henrique G. Os desencontros de Bolsonaro e governadores na pandemia. Nexo Jornal [internet]. 20 mar 2020 [citado 20 out 2020]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/20/os-desencontros-de-Bolsonaro-e-governadores-na-pandemia>.
8. Supremo Tribunal Federal. STF conclui julgamento de MPs que regulamentam competência para impor restrições durante pandemia [internet]. 6 maio 2020 [citado 2020 out 11]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442816>.
9. Souza R, Soares I. Mandetta cai e Nelson Teich assumirá o Ministério da Saúde. O Correio Brasiliense [internet]. 16 abr 2020 [citado 2020 out 14]. Disponível em: [https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/16/interna\\_politica,845273/mandetta-cai-e-nelson-teich-assumira-o-ministerio-da-saude.shtml](https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/16/interna_politica,845273/mandetta-cai-e-nelson-teich-assumira-o-ministerio-da-saude.shtml).
10. Esping-Andersen G. As três economias políticas do welfare state. Azevedo DA (trad). Lua Nova: Revista de Cultura e Política; 1991. p. 85-116.

11. Souza MS. Educação e trabalho como pressupostos das políticas públicas de educação profissional e tecnológica [dissertação]. São Paulo – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2020.
12. Bucci MPD. Três lições sobre políticas públicas a partir da aprovação do Fundeb. Nexo Jornal [internet]. 10 ago 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2020/3-li%C3%A7%C3%B5es-sobre-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-a-partir-da-aprova%C3%A7%C3%A3o-do-Fundeb>.
13. Draibe S, Riesgo M. Estados de Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimentismo em gestação? Sociologias. 2011;13(27):220-254.
14. Teubner G. Fragmentos constitucionais. Constitucionalismo social na globalização. Coord. Ricardo Campos. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2020. p. 25-32.
15. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. Am Political Sci Rev. 2000;94(2):251-167.

# ATUAÇÃO DO PARLAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Carmen Zanotto<sup>1</sup>

**RESUMO:** O Poder Legislativo compreende três importantes representantes: a Câmara dos Deputados, o Senado Federal e o Tribunal de Contas da União; e cumpre papel importantíssimo para a democracia no país. Ainda que estejamos vivenciando uma crise de saúde ocasionada pelo SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, cuja propagação criou diversas modificações na população mundial, a atividade do parlamento é essencial para o enfrentamento da pandemia. A pandemia de COVID-19 obrigou a Câmara dos Deputados a mudar a rotina e driblar o distanciamento imposto para controlar a propagação do vírus. Para manter a atividade legislativa em dia, está em funcionamento o Sistema de Deliberação Remota (SDR), que permitiu a continuidade dos trabalhos de discussão e votação durante o período de isolamento exigido pela pandemia de COVID-19. A base de dados da Câmara dos deputados, consultada em 15 de outubro de 2020, somou um total de 1.718 propostas legislativas. Dentro das propostas votadas no plenário, foram transformadas em leis 29 medidas provisórias, 29 propostas legislativas, 2 projetos de emendas à constituição e 1 projeto de resolução da câmara. As novas regras englobam leis penais, Lei Geral de Proteção de Dados, leis trabalhistas, Lei dos Planos de Saúde, lei consumerista, Lei de Locação e outras leis e diplomas legais vigentes no país. O Congresso tem conseguido manter-se ativo e fazer entregas à sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Covid-19. Pandemia. Poder Legislativo. Câmara dos Deputados. Emergência Sanitária.

---

<sup>1</sup> Enfermeira especialista em Administração hospitalar; Administração em saúde pública e recursos humanos, Deputada Federal – Câmara dos Deputados.



## I. INTRODUÇÃO

O Poder Legislativo compreende três importantes representantes: a Câmara dos Deputados, o Senado Federal e o Tribunal de Contas da União. Ele cumpre papel importantíssimo para a nação, pois tem três funções essenciais para a realização da democracia no País, que são elas: representatividade da população, legislar para o interesse nacional e fiscalizar a utilização dos recursos públicos.

O planeta está vivenciando uma crise de saúde ocasionada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19 (2019-nCoV), cujo alcance e propagação criaram diversas modificações comportamentais na população mundial. No Brasil não foi diferente. O número de infectados e o número de óbitos em decorrência da COVID-19 indicaram um aumento veloz na propagação da doença, e os números de vítimas da COVID-19 estão sempre em atualização crescente.

A COVID-19 foi declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde em 12 de março de 2020<sup>(1)</sup>. A pandemia de COVID-19 transbordou diferentes impactos sanitários, sociais e econômicos no mundo que repercutiram em mudanças significativas nas rotinas diárias de famílias, empresas e governos.

O Brasil é um país latino-americano populoso, extenso, economicamente relevante e desigual. O cenário político pandêmico é diferente nas diversas regiões do país e do mundo, pois a forma de sociedades e governos lidarem com as medidas de enfrentamento da COVID-19 não é linear.

Devido à peculiaridade de transmissão e propagação rápida da COVID-19, novas leis, emendas constitucionais, medidas provisórias, decretos, resoluções e atos infralegais advindos das diversas fontes dos estados e do Distrito Federal passaram a fazer parte do novo cenário das normas nacionais.



## 2. MÉTODOS

Este artigo analisou os primeiros dez meses de trajetória da atuação do parlamento brasileiro, representado pela Câmara dos deputados, de acordo com as transformações geradas e necessárias para a continuidade dos trabalhos e quantitativos de normas geradas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 com o objetivo de diminuir os impactos causados pelo novo coronavírus.

A ferramenta utilizada para os dados aqui apresentados foi de pesquisa dentro do portal digital da Câmara dos Deputados, que se mantém constantemente atualizado quanto à atuação deste componente do Poder Legislativo, com coleta documental e de dados somada à pesquisa bibliográfica, com viés descritivo.

O propósito central é compreender a condução nacional do poder legislativo no período da pandemia expressado em transformações na atuação do Estado, que se tornaram imediatamente necessárias à consolidação de atendimento emergencial para a população. O referencial utilizado para caracterizar tal trajetória se ancorou na literatura e pesquisa sobre análise de políticas públicas para o enfrentamento da pandemia, assim como a importância de manter em ação os atores políticos na Câmara dos Deputados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No país, o número de infectados e o número de óbitos em decorrência da COVID-19 indicaram um aumento veloz na propagação da doença. O aumento significativo foi apontado pela pesquisa Evolução da Prevalência de Infecção por COVID-19 no Brasil (Epicovid-19-BR)<sup>(2)</sup>, realizada pela Universidade Federal de Pelotas.

Os governos nacionais estabeleceram diversas medidas para tentar conter a escalada de novos casos, e uma das principais delas, e adotada pela grande maioria dos países com casos confirmados, é a medida do isolamento social, implementada com diversos graus de rigidez.

É possível que a quarentena tenha sido adotada tardiamente para os brasileiros<sup>(3)</sup>, e a taxa de adesão a ela varia conforme o estado e o município. Apesar de ser um dos principais recursos de governos para barrar a expansão da COVID-19, essa medida tem o potencial de gerar custos razoáveis para governos, empresas e famílias. Caso a quarentena se estenda por muito tempo, é possível, por exemplo, que pessoas percam seus trabalhos, as famílias deixem de realizar as atividades que lhes geram renda e meios de se manterem. Nesse contexto, a articulação política pelo bem do Brasil, em um movimento político, precisa dar assistência para a população brasileira, assim como também dividir responsabilidade com o equilíbrio fiscal e pronto crescimento.

O contexto da pandemia de COVID-19 trouxe novas dinâmicas e desafios aos parlamentos; sendo instituições que concentram funções essenciais ao funcionamento das democracias<sup>(4)</sup>.

Tal como fez em todos os setores da sociedade brasileira, a pandemia de COVID-19 obrigou a Câmara dos Deputados a mudar a rotina e driblar o distanciamento entre as pessoas, imposto para controlar a propagação do vírus, para manter a atividade legislativa em dia.

Desde 25 de março de 2020, está em funcionamento o Sistema de Deliberação Remota (SDR), que permitiu a continuidade dos trabalhos de discussão e votação em Plenário durante o período de isolamento social exigido pela pandemia de COVID-19.

A quantidade de novas regras e novas normas está sendo constante e de grande alcance; tanto que, no âmbito federal, o site do Planalto <sup>(5)</sup> e, no âmbito legislativo, da Câmara dos Deputados mantêm uma atualização constante das portarias, medidas provisórias, decretos e outros atos editados em razão do enfrentamento do novo coronavírus.

A difusão multilateral da pandemia do SARS-CoV-2, causador da doença denominada COVID-19 <sup>(6-7)</sup>, tem repercutido em uma crescente curva exponencial de contágio em todo o globo, em contraposição à recessão econômica, requerendo uma imediata ação do Estado para conter tal surto, bem como os efeitos que a crise epidemiológica gera à economia <sup>(8-9)</sup>.

Pode-se estimar que nenhum país passará imune aos efeitos da pandemia, ainda que em diversidade de proporções, percebendo-se desequilíbrio em diversos setores, com impacto em pilares da sociedade, como saúde, economia e educação <sup>(10)</sup>.

Chefes de Estado, em praticamente todos os países, promulgaram instrumentos legais para a proteção financeira e fiscal a segmentos específicos da população, em prol de atender às necessidades e manter os serviços essenciais <sup>(11)</sup>.

No Brasil não foi diferente, e tivemos o Congresso Nacional como protagonista para que os instrumentos legais fossem rapidamente analisados e votados. A base de dados da Câmara dos Deputados, consultada em 15 de outubro de 2020, somou um total de 1.718 propostas legislativas apresentadas pelos Deputados Federais de todo o país, sendo dividido em áreas temáticas como apresentado na **Tabela 1**.

**TABELA 1:** Quantitativo de propostas legislativas apresentadas por área temática.

Área Temática	Quantidade
Agropecuária	26
Cidades e Transportes	147
Consumidor	129
Direitos Humanos	35
Economia	252
Educação	139
Política e Administração Pública	132

Área Temática	Quantidade
Saúde	298
Segurança	66
Trabalho, Previdência e Assistência Social	300
Outros	194

Fonte: Portal da câmara dos deputados.

Dentro das propostas já votadas no plenário da Câmara dos Deputados, foram transformados em leis, 29 medidas provisórias, 29 propostas legislativas, 2 projetos de emendas à constituição e 1 projeto de resolução da câmara. Estão aguardando votação no senado 20 propostas legislativas, assim como 3 medidas provisórias e um projeto de lei aguardam sansão presidencial e 2 projetos de lei aguardam análise de veto.

As novas regras tiveram reflexos nas leis penais, na Lei Geral de Proteção de Dados, nas leis trabalhistas, na Lei dos Planos de Saúde, na lei consumerista, na Lei de Locação e em várias outras leis e diplomas legais vigentes no país.

Os dados obtidos mostram que grande parte dos dispositivos normativos teve como foco a área econômica, com medidas ligadas principalmente ao trabalho e à importação/regulação de produtos. Ao que tudo indica, o objetivo maior desses instrumentos foi flexibilizar as condições de trabalho durante a crise sanitária, bem como facilitar a entrada de bens farmacêuticos e hospitalares necessários para o combate ao vírus.

Entre os principais instrumentos legislativos aprovados, está a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 10/2020, denominada de “Orçamento de Guerra”. Em outras palavras, tal instrumento possibilitará que o governo federal adote processos simplificados de contratação de pessoal, obras, serviços e compras. Além disso, autorizará o Banco Central (BC) a comprar e a vender títulos, e assim permitir liquidez no mercado <sup>(12)</sup>.

Outra medida extremamente importante que foi tomada, com amplo alcance, foi a obrigatoriedade do uso de máscara facial protetora, não apenas como Equipamento de Proteção Individual (EPI) voltada aos profissionais <sup>(13-15)</sup>, mas, como forma de proteção a todos os indivíduos <sup>(13-14)</sup>.

Atuando de forma preventiva, o Ministério da Saúde (MS) lançou sua primeira orientação, de forma não compulsória, com a Nota Informativa nº 3/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS, sugerindo a produção de máscaras caseiras para uso geral da população <sup>(13)</sup>.

Já na atuação do parlamento em conjunto com o presidente, foi promulgada a Lei nº 14.019/20, que, entre outros pontos, dispõe que as máscaras podem ser artesanais ou industriais. A obrigatoriedade do uso da proteção facial engloba vias públicas e transportes públicos coletivos,

como ônibus e metrô, bem como táxis e carros de aplicativos, ônibus, aeronaves ou embarcações de uso coletivo fretadas<sup>(14)</sup>.

A principal norma criada no contexto da crise de COVID-19 foi a Lei nº 13.979/2020, que pode ser considerada um exemplo de instrumento legal com finalidade substantiva e procedimental. Além de definir as principais medidas que poderão ser adotadas pelas autoridades no combate à pandemia – como, por exemplo, a quarentena e o isolamento de pessoas contaminadas –, a lei também dispõe de outra série de procedimentos quanto à gestão. Uma parte importante do texto engloba as licitações para aquisição de bens e serviços necessários ao combate do novo coronavírus. A lei ainda aborda os procedimentos relativos ao compartilhamento de dados e à Lei de Acesso à Informação<sup>(14)</sup>.

Em resposta à COVID-19, muitos países do hemisfério não apenas tomaram medidas para fortalecer seus sistemas de saúde e serviços sociais, mas também fizeram uso de pacotes de emergência de importância crucial para os meios de subsistência imediatos das pessoas, como sua capacidade de manter o emprego e pagar mantimentos, moradia e despesas médicas.

Os parlamentares brasileiros têm função crucial de avaliar e aprovar rapidamente legislação de emergência para aprovar fundos nacionais e atender às necessidades das populações. O auxílio emergencial de R\$ 600,00, aprovado pelo Congresso Nacional, em lugar dos R\$ 200,00 propostos pelo governo federal, é destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados, como forma de dar proteção emergencial durante a crise causada pela pandemia de COVID-19<sup>(16)</sup>.

O parlamento assumiu o seu papel e um protagonismo para construir a melhor proposta possível. Ela ainda tem limitações, mas esse foi o passo possível. A aprovação resultou de um acordo feito após intensas articulações envolvendo todos os grupos políticos da Casa.

Além do Plenário, as necessidades decorrentes da COVID-19 também são examinadas por uma comissão externa da Câmara. Um colegiado de parlamentares que vêm atuando desde o início de fevereiro de 2020, ainda antes de a pandemia de COVID-19 ter atingido o país. Sua criação foi aprovada pelo Plenário da Câmara e tem recebido apoio de vários deputados, de lideranças partidárias, da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Primeira Secretaria e da Presidência da Câmara dos Deputados, que, mesmo num posterior contexto de isolamento social, promoveu inovações e não paralisou as atividades da Casa, adotando, inclusive, sessões virtuais de deliberação<sup>(19)</sup>.

A Comissão Externa tem desempenhado o papel de interlocutora entre os Poderes, a comunidade científica, os Conselhos de gestores e de categorias profissionais. Tem acompanhado o desenvolvimento da pandemia em outros países para apontar os rumos em solo brasileiro. Entraves como equipamentos e insumos, recursos humanos e orçamentários, pesquisa e produção constituíram objeto de intervenções<sup>(19)</sup>.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da maior crise sanitária já enfrentada pelo Brasil, os poderes e agentes públicos tiveram que agir e prestar soluções rapidamente na tentativa de mitigar os prejuízos às vidas da nossa população.

Graças ao Sistema de Deliberação Remota, a Câmara já aprovou mais de 80 propostas legislativas relativas ao novo coronavírus, das quais pouco mais de 50 foram transformadas em leis, e duas outras em emendas constitucionais.

O protagonismo do Congresso se acentuou no governo atual como resultado natural da configuração política produzida pela última eleição, com um presidente minoritário e com preferências muito distantes da maioria parlamentar.

As primeiras respostas legislativas da União à crise da COVID-19 confirmam essa caracterização. Enquanto o presidente defendia medidas conflitantes com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo Monetário Internacional (FMI)<sup>(17)</sup>, as lideranças parlamentares deram uma demonstração de capacidade de articulação e cooperação, aprovando, em tempo recorde, uma série de medidas alinhadas com tais recomendações, construindo consenso independentemente de ideologia política ou partidária. Na atuação, vários instrumentos estão em operação simultaneamente no âmbito de diversas áreas das políticas<sup>(18)</sup> públicas para alcançar as necessidades tão heterogêneas que o nosso país demanda.

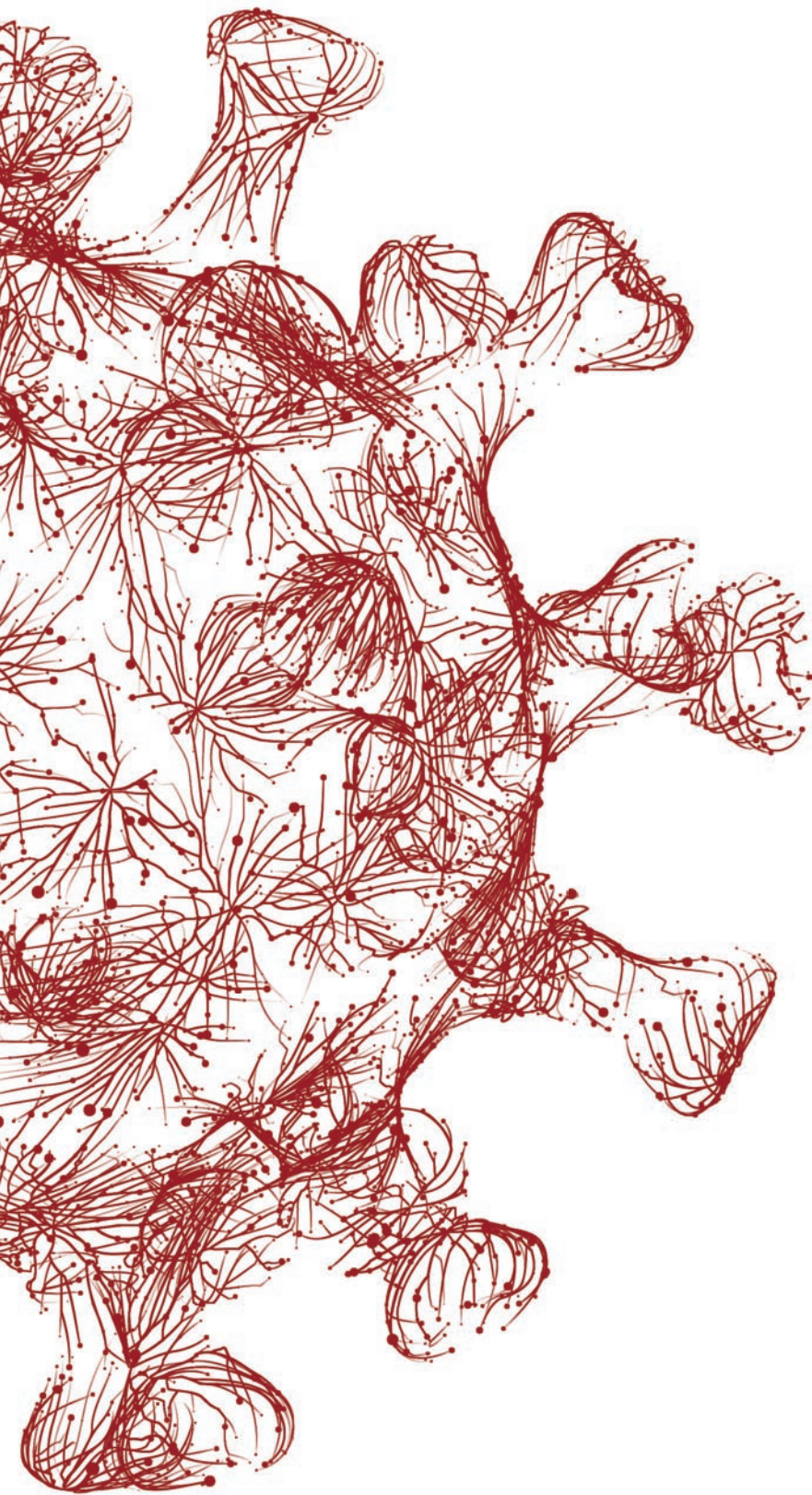
O Congresso tem conseguido manter-se ativo e fazer entregas à sociedade, ainda que os parlamentares não possam estar juntos fisicamente para os debates. Tem sido possível avançar para um modelo que permitiu ao parlamentar debater e votar propostas remotamente sem colocar a população em risco e sem participar de aglomerações.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic [Internet]. World Health Organization Regional Office for Europe, 12 mar 2020 [acesso 2020 set 26]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
2. Barros AJ, et al. Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Brasil: estudo de base populacional [Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2020 [acesso 2020 out 09]. Disponível em: <https://epidemiologia-ufpel.org.br>.
3. Watanabe M. Para Especialistas, Medidas são Tardias e Insuficientes. Valor Econômico, Política [Internet]. 24 mar. 2020. [acesso 2020 abr 16]. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/03/24/para-especialistas-medidas-sao-tardiase-insuficientes.ghtml>.
4. Leston-Bandeira C. Parliamentary petitions and public engagement: an empirical analysis of the role of e-petitions. Policy Politics. 2019;1-22.
5. Brasil. Legislação COVID-19. Portal Legis [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <https://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-covid-19>.
6. Senhoras EM. Coronavírus e Educação: Análise dos Impactos Assimétricos. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2020;2(5).
7. Senhoras EM. A pandemia do novo coronavírus no contexto da cultura pop zumbi. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2020;1(3).
8. Maranhão R, Senhoras EM. Pacote econômico governamental e o papel do BNDES na guerra contra o novo coronavírus. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2020;2(4).
9. Senhoras EM. Novo coronavírus e seus impactos econômicos no mundo. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2020;1(2).
10. Diniz MC, et al. Crise global coronavírus: monitoramento e impactos. Cadernos de Prospecção [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29];13(2):359-77. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nit/article/view/35937>.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. BRA/Covid-19/20-050. Combate à pandemia de COVID-19 reunião de alto nível dos ministros da saúde [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52041/OPASBRACOV1920050\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52041/OPASBRACOV1920050_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
12. Brasil. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 10, de 2020 - Orçamento de guerra. Portal Eletrônico do Senado Federal [Internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br>.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais [Internet]. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador-epi4>.
14. Neves J. Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura da resposta a esta epidemia. Epsjv/Fiocruz Entrevista [Internet]. 7 abr 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/profissionais-de-saude-precisam-estar-protetidos- pois-fazem-parte-da5>.
15. Luciano LS, Massaroni L. A falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e para além deles: a emergência do trabalho dos profissionais de saúde [Internet]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://coronavirus.ufes.br/conteudo>.
16. Brasil. Legislação Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-covid-19>.
17. Georgieva K, Ghebreyesus TA. Some say there is a trade-off: save lives or save jobs – this is a false dilemma. The Telegraph [Internet]. 3 abr. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2XjXE4d>.
18. Brecho R, Campelo R. Covid-19, complexidade dos fatos e suspensão de obrigações tributárias pelo Poder Judiciário. Revista Juris Poiesis. 2020;23(32):140-66. ISSN 2448-0517.
19. Brasil. Câmara dos Deputados. Enfrentamento da pandemia da Covid-19. Portal eletrônico da câmara dos deputados [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/externas/56a-legislatura/enfrentamento-pandemia-covid-19>.





# CONASS E CONASEMS: ATUAÇÃO DOS CONSELHOS REPRESENTATIVOS

Armando Martinho Bardou Raggio<sup>1</sup>

Para Viviane Rocha de Luiz  
(1958-2020)

**RESUMO:** O presente ensaio visou resgatar a atuação dos conselhos representativos dos entes subnacionais no contexto da pandemia de COVID-19, desde as primeiras tratativas na reunião com pauta única da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde, realizada em 6 de março de 2020, em consequência do alerta internacional feito pela Organização Mundial da Saúde, que se configurou em emergência de saúde pública, reconhecida como pandemia em 11 de março de 2020, desde a cidade de Wuhan-China, com a infecção de seres humanos por um novo coronavírus, denominada Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus, codificada como SARS-Cov-2, enfermidade COVID-19. Reconhecendo a importância da gestão tripartite do Sistema Único de Saúde entre União – Estado/ Distrito Federal – Município, buscam-se evidências da atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, de modo a demonstrar a contribuição de ambas as representações dos entes subnacionais na atuação dialogada e cooperativa quanto às providências relativas às medidas de diagnóstico, tratamento e controle epidemiológico da doença importada inicialmente por casos de viajantes em retorno da Ásia e da Europa até que a transmissão autóctone se instaurasse imprimindo o contágio e a infecção em razão crescente desde o centro às periferias urbanas e ao interior imediato, mediato e remoto, espalhando-se por todo o país em não mais que 100 dias. Conclui-se que, na expectativa de vacinação a ser alcançada em 2021, desde que se cumpra a conclusão dos projetos em fase III de diversas vacinas contra a COVID-19, seguindo-se a produção, haverá muito o que fazer em cuidar da população já infectada e curada, dos sequelados e dos que deixaram de ser atendidos de outras afecções crônicas e mesmo agudas, e mais que tudo, cuidar da relação tripartite, republicana e democrática para o êxito do enfrentamento da pandemia que já ultrapassa mais de 5 milhões de infectados e mais de 150 mil óbitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conselhos de Saúde. Pandemias. Gestão de Saúde. Infecções causadas pelo Coronavírus tipo 2. Informação em Saúde.

---

1 Notório Saber em Políticas Públicas em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2015), graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1976). Coordenador da Comissão de Residência Médica da Escola de Governo Fiocruz Brasília. FIOCRUZ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7782273430072398>. [armando.raggio@fiocruz.br](mailto:armando.raggio@fiocruz.br).



## I. INTRODUÇÃO

É inalienável a importância do papel dos entes federados subnacionais<sup>(1)</sup>, em especial de sua representação com relação à autoridade nacional de saúde no colegiado de definição estratégica e tática, no enfrentamento de um novo coronavírus humano<sup>(2-3)</sup>. Situação que se configurou em fins de 2019 em Wuhan, na China, ao iniciar o ano sanitário de 2020, alastrou-se rapidamente por todos os continentes<sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, ainda que tarde, reconheceu que o novo coronavírus, codificado SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus tipo 2), causador da enfermidade de nome COVID-19, tratava-se do segundo dessa família viral a causar uma pandemia<sup>(5)</sup>.

No Brasil, a primeira fatalidade foi confirmada em 17 de março, 21 dias após a notificação do primeiro caso confirmado. Logo em seguida, foi anunciada, pelos órgãos sanitários, a transmissão da doença em todo o território nacional<sup>(6)</sup>.

Nesse cenário, os gestores das três instâncias reuniram-se, em 6 de março de 2020, com pauta única sobre o alerta internacional e as medidas relativas ao diagnóstico, cuidados de saúde caso a caso, investigação epidemiológica da provável contaminação, contatos e providências clínicas e de controle, tendo-se estabelecido os encaminhamentos, tais como o envio dos planos de contingência estaduais ao Ministério da Saúde, a habilitação de leitos de retaguarda, atenção à classificação de risco, os fluxos de encaminhamentos e protocolos de atendimento<sup>(7, 8)</sup>.

Então, uma eventualidade de modificações na plataforma com os dados da pandemia no país por arbítrio da autoridade sanitária nacional estabeleceu um cenário de perplexidade nas mídias nacionais e internacionais, tal que seus atores decidiram pela criação de um consórcio próprio, independente da sistemática a ser adotada pelo Ministério.

Isto se deu pela apreensão generalizada causada pela primeira mudança de ministro – que ocorreria 40 dias após supracitada reunião e seus encaminhamentos – e nova mudança em meados de maio por demissão a pedido do segundo ministro, a apenas 28 dias da sua posse.

Sob tal contexto, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) tomaram iniciativa de criar e manter registros de modo que as informações indispensáveis ao esforço de controle da pandemia no território nacional não se perdessem. Desde então, como resultado da atuação desses conselhos representativos, o conjunto de informações pode ser considerado retrospectivamente pelos entes municipais e estaduais no concerto institucional federativo<sup>(8)</sup>.

Sem a pretensão de fazê-lo de maneira absoluta e esgotativa, sobretudo por estarmos num contexto em que a pandemia ainda é uma realidade, já cabe apontar, se não os frutos da atuação, ao menos a materialidade da atuação propriamente dita dos conselhos, que, ao se exercerem nas ações e intervenções que os configuram como tais, operariam principalmente nas frentes de Informação e Gestão em Saúde especificamente.

## 2. MÉTODOS

Consulta e exploração bibliográfica do registro oficial das instâncias colegiadas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) quanto nas suas correspondentes comissões bipartites (CIB) entre estados e municípios, bem como materiais referentes às suas assembleias específicas, de secretários estaduais e de secretários municipais, além de sessões especialmente convocadas dos conselhos de saúde, observação da notificação sistemática adotada pela CIT a cada Semana Epidemiológica (SE) e seus gráficos de acompanhamento até a semana de 28 de setembro a 4 de outubro de 2020 e, igualmente, consulta e exploração bibliográfica de registros extraoficiais, com preferência aos de natureza científica e informativa baseados em evidências<sup>(2)</sup>.

Elencamento não esgotativo de parte demonstrativa dos dados de caráter público compilados e publicizados pelo Conass e Conasems, relativos à pandemia de COVID-19.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protagonismo das autoridades estaduais e municipais, inclusive do Distrito Federal, possibilitou as ações pertinentes ao enfrentamento da propagação da infecção, incluindo o provimento de instalações, insumos e profissionais para o tratamento das vítimas necessitadas de leitos hospitalares de enfermagem e de cuidados intensivos, malgrado a descoordenação que se estabeleceu com a primeira demissão ministerial, principalmente por intervenções aleatórias do chefe do executivo nacional, desconhecendo a gravidade de uma doença que se alastrava rapidamente, considerando que se tratasse de uma simples gripe, ou por convocações paralelas de profissionais atuantes por conta própria para

recomendar adoção de formas terapêuticas sem qualquer comprovação, desconsiderando que o risco acrescido poderia ser mais danoso que o efeito preventivo, atenuante ou curativo da infecção. Ao perceber que não seria tão simples a doença como também não seria simples superar a influência intempestiva do chefe do governo brasileiro, parlamentares responsáveis recorreram ao Supremo Tribunal Federal (STF), questionando decretos publicados por sobre o poder das autoridades estaduais e municipais, governadores e prefeitos e seus secretários de saúde, de serviço social, de educação, de administração e finanças e demais. Ao que o STF, em sessão plenária de seus membros, concluiu pelo reconhecimento de que a autoridade nacional em saúde deve ser compartilhada com os poderes locais e regionais, e não subordinativa como expresso em atos do executivo nacional<sup>(9,10)</sup>.

Em junho de 2020, o Conasems convocou o seu primeiro Congresso *on-line*, a ocorrer de 10 de julho a 20 de novembro de 2020, sobre o tema “Enfrentamento à COVID-19”, iniciando-se com a “1ª Mostra Virtual Brasil Aqui Tem SUS”. O Congresso em questão é corrente e de acesso público, feito por meio de *lives*, webinários e *webdocs*<sup>(11)</sup>.

Além disso, um sem-número de publicações, painéis de informação e decupação de dados, normas técnicas, guias, documentos com caráter de orientação, entre outros, foram resultado de ação direta do Conass e do Conasems. De maneira não esgotativa, e em ordem arbitrária e sem significado pretendido, seguem alguns exemplos:

### 3.1 PAINEL: COVID-19

No início do mês de junho, o site com os dados oficiais da COVID-19, repassados pelos estados ao Ministério da Saúde, ficaram momentaneamente indisponíveis para acesso, e posteriormente publicizados com informações reduzidas e divergentes.

Isso provocou uma série de críticas por parte da população, dos veículos de comunicação e de cientistas do cenário nacional e internacional. Os dados de imediato interesse tanto ao gestor quanto ao cidadão brasileiro comum são relativos à quantidade e, conseqüentemente, gravidade do quadro da pandemia de COVID-19, dos casos e óbitos confirmados, assim como as taxas de incidência e mortalidade (quantidade relativa a cada 100 mil cidadãos), e taxa de letalidade (percentual de óbitos dentre os acometidos).

A relação dessas taxas com o decorrer do tempo, e a capacidade de acessá-los no total nacional, por região ou, mais localizadamente, por unidade federativa estadual, é matéria em potencial para uma gama de estudos ou estimativas. Em resposta tempestiva, o Conass começa a publicar no seu portal os dados da epidemia de COVID-19, com amplo apoio e divulgação do Conasems, reforçando a toda comunidade o pacto de transparência dos conselhos nos processos que interferem no fortalecimento do SUS<sup>(12)</sup>.

Dados referentes à habilitação e concomitante transferência de verbas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, municipais e distrital de saúde, dos chamados “Leitos UTI CO-



VID-19”, como publicados no portal virtual do Diário Oficial da União (DOU). Em prioridade de difícil conjectura, são publicadas as portarias, com ritmo que varia de diária a semanalmente. Cada portaria de habilitação fornece o número de leitos habilitados, o valor da verba referente à habilitação, o determinado estabelecimento a que as habilitações destinam essas verbas, o tipo específico do leito (se adulto ou pediátrico), o tipo de gestão sob o qual o estabelecimento se submete, o nome e código do município onde está situado o estabelecimento e em qual estado se encontra tal município.

Até certa extensão, trata-se de um painel que visa monitorar as publicações no DOU, uma vez que estas são publicadas, mas não há um dado disponível que as contabilize na plataforma, ou que rastreie a prorrogação de fornecimento de verbas para leitos em que o numerário fora esgotado (“leitos vencidos”), entre outras funções<sup>(13)</sup>.

### **3.2 PAINEL: ANÁLISE DO EXCESSO DE MORTALIDADE POR CAUSAS NATURAIS NO BRASIL EM 2020**

Para interpretar grandes diferenças no excesso de mortalidade entre as regiões do país, é necessário considerar as taxas médias de infecção nas semanas anteriores e o risco médio de mortalidade pela COVID-19 e, também, a qualidade do sistema de saúde em cada local. Um estudo promovido pela *Vital Strategies*, por meio da análise do excesso de mortes no Brasil, regiões, estados e capitais, segundo sexo e faixa etária, com objetivo de estimar o impacto da COVID-19 na mortalidade por causas naturais, entre a 12<sup>a</sup> e a 23<sup>a</sup> SE de 2020, evidenciou o excesso de 22% de mortes naturais em relação ao estimado com base no ocorrido de 2015 a 2019, mais de 62 mil mortes por doenças, em apenas 12 semanas, de 15 de março até 6 de junho de 2020. Ao monitorar a mortalidade geral, o estudo identifica desigualdades na carga de mortalidade entre grupos geográficos e demográficos, e, com isso, pode evidenciar as mortes que aconteceram indiretamente por meio do contexto gerado pela pandemia<sup>(14, 15)</sup>.

### **3.3 PAINEL: LEGISLAÇÕES FEDERAIS - COVID-19**

Grande é a importância do acompanhamento das produções legislativas ligadas à saúde, sob a premissa de que o SUS tem sua origem e dependência na esfera das políticas públicas marcadas pelo crivo do Legislativo. Tantas outras são as implicações para o gestor e para o pesquisador que se veem na necessidade de congruir, de um lado, dados de pesquisa e literatura relevante e, de outro, a produção legislativa contemporânea ou tempestiva aos obstáculos enfrentados pelo SUS.

Em outras palavras, é de natureza metodológica a questão que envolve a sobreposição de fontes de dados numerosos e complexos, a dizer, a extensa produção científica sobre o tema intrincado que é o SUS, e o escopo formado pela maciça quantidade de proposições legislativas sob o filtro temático da saúde.

A realização de cruzamento e classificação de informação obtida por meio de uma alimentação de dados oriundos de portais públicos desembaraçados: este painel é fruto da pretensão por um novo instrumento compilado, confiável e devidamente filtrado ao tema da COVID-19, na produção legislativa <sup>(16)</sup>.

### **3.4 COVID-19: GUIA ORIENTADOR PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – 1ª E 2ª EDIÇÃO**

Cientes das dificuldades que os gestores e trabalhadores estavam enfrentando no dia a dia, o Conass e o Conasems elaboraram esse Instrumento Orientador, abordando as ações e as atividades a serem realizadas nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) como na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e na Atenção Hospitalar (AH). Esse Instrumento agrega as atividades dos pontos de atenção, de uma forma simples, prática e objetiva, utilizando os diversos materiais recém-produzidos pelo Ministério da Saúde, sociedades científicas e pesquisadores, enfatizando que a Vigilância à Saúde e a Assistência Farmacêutica perpassam todos os níveis de atenção. Os tópicos apresentados devem ser analisados e complementados com aspectos e definições operacionais da RAS em cada estado e região de saúde, como sistemas logísticos e de apoio, entre eles regulação, informação em saúde e governança com o funcionamento das comissões estaduais ou regionais.

As estratégias adotadas para enfrentamento da COVID-19, na atenção primária, na ampliação de leitos de retaguarda, leitos clínicos, leitos de enfermaria e de terapia intensiva, e/ou na compra de insumos e equipamentos necessários, devem ser tripartites, com a participação dos municípios, do estado a que pertencem e do Ministério da Saúde, destacando-se pontos importantes para o debate regional:

- i. Estruturar a APS, fluxo assistencial da COVID-19 e outros agravos, monitorar síndrome gripal;
- ii. Fluxo de pacientes COVID-19 a leitos clínicos e UTI, para leitos de retaguarda às altas de UTI;
- iii. Protocolo de medicamentos e insumos para usuários COVID-19 em leitos de enfermaria e UTI;
- iv. Reforçar serviços de gestão estadual para assistência de pediatria e neonatologia em COVID-19;
- v. Disponibilização pelas secretarias estaduais de medicação para tratar portadores de COVID-19;
- vi. Aquisição solidária de equipamentos de proteção individual, respiradores e outros insumos;
- vii. Identificar leitos de retaguarda e leitos clínicos ativos para atendimento exclusivo a COVID-19;
- viii. Levantar necessidade de ampliação da oferta de leitos conforme a demanda de cada região;
- ix. Verificar referências micro e macrorregional em leitos de retaguarda e de UTI, para COVID-19;



- x. Identificar necessidade de leitos clínicos em hospitais de campanha, ou por readequação de leitos desativados ou por expansão de serviços já funcionando para atendimento em COVID-19;
- xi. Identificar necessidade de recursos humanos capacitados a operar essas novas estruturas;
- xii. Verificar a necessidade de capacitação das equipes profissionais quanto ao manejo clínico em atenção primária, secundária ou terciária ao cuidar usuários em tratamento para COVID-19;
- xiii. Discutir o financiamento tripartite, por parte de municípios, estados e Ministério da Saúde.

Na segunda edição do Guia Orientador, foram acrescentadas informações consideradas relevantes e atualizadas para subsidiar gestores e profissionais da saúde, sendo revistas definições de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); atualizadas notas técnicas relativas à abordagem da infecção e medidas de prevenção da doença, alinhadas com a autoridade nacional de saúde; ampliadas as abordagens de idosos albergados em instituições de longa permanência, da população em situação de rua e da população indígena; introduzidas as novas estratégias constantes de portarias ministeriais com ênfase nos centros de atendimento em comunidades, centros de referência e hospitais de campanha. Transtornos mentais na população e entre os trabalhadores, considerados a “quarta onda” da pandemia, são abordados com mais ênfase devido ao seu grande impacto. Como anexo, destaca-se o roteiro para aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) por telefone, a proposta do procedimento operacional padrão (POP) para realização da oximetria, a lista para avaliação da rede de urgência e emergência na pandemia e a proposta de plano de cuidado integrado da alta hospitalar para a atenção primária<sup>(17, 18)</sup>.

### **3.5 NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2020: UTILIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19**

O principal teste laboratorial disponível para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda da COVID-19 é o teste molecular RT-PCR (do inglês *reverse-transcriptase polymerase chain reaction*) em tempo real. Assim se inicia a primeira nota técnica conjunta Conasems-Conass publicada em 15 de abril de 2020. Segue a nota explicando a utilidade dos testes rápidos, indicados então exclusivamente para pacientes trabalhadores ou gestores de saúde em atividade, profissionais de segurança e seus familiares e idosos sintomáticos, cuja coleta deve ser feita a partir do 8º dia de início de sintomas; e em seguimento às suas limitações: resultados não reativos não excluem a infecção por SARS-CoV-2 e resultados reativos não podem ser usados como evidência absoluta de COVID-19. Continua a nota conjunta detalhando aspectos relativos aos grupos de eleição para o uso dos testes rápidos, como os profissionais de saúde e segurança; os idosos não febris, mas com outros sinais e sintomas, e se refere ainda aos critérios de priorização para testagem de pessoas com 60 e mais anos de idade. Conclui informando sobre a previsão das remessas de testes, após validação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade e Saúde (INCQS) e o total de testes a serem assim distribuídos, reportando finalmente o ofício 160/2020 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), constando de indicativo de testes por município, proporcional

ao número de profissionais da atenção à saúde, inclusive os de gestão, vinculados ao SUS, profissionais de segurança pública e população de idosos de cada municipalidade, destacando que a proposta tem caráter informativo, para a ciência tripartite dos gestores, e não se impõe ante à possibilidade de diálogo, eventuais correções, e a negociação nas instâncias colegiadas do SUS.

A Nota Técnica nº 4/2020 da SAPS/MS esclarece recomendação de realização de testes rápidos para detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2) na população idosa, tendo-se publicado a Nota Técnica nº 11, de 08 de abril de 2020, DESF/SAPS/MS, cujo conteúdo é então retomado e explicado detalhadamente, desde a inclusão compreensiva de profissionais vinculados às atividades assistenciais, de gestão e de segurança pública nos diversos arranjos das redes de atenção à saúde constando de unidades municipais, estaduais e federais, inclusive prestadores de qualquer natureza de modo a contemplar com acesso aos testes todos os profissionais conforme a nominata por base territorial municipal extraída do CNES, bem como seus contatos domiciliares, em consonância com diretrizes internacionais objetivando compor as linhas de resposta estatal vinculadas ao SUS e às equipes de serviços essenciais. Tal se tornando possível pela importação de testes rápidos em atenção aos grupos de maior risco de morte em caso de infecção, devendo incluir na rotina de testes pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, então correspondendo a 75% dos óbitos por COVID-19, recomendando critérios de priorização para a testagem de acordo com a disponibilidade: pessoas com 60 e mais anos residentes em instituições de longa permanência (ILP), seguidas das portadoras de comorbidades de risco e depois as demais sintomáticas. Segue a nota técnica informando como realizar amostra de sangue capilar ou venoso, quem deve fazer a leitura dos resultados, a quantos minutos da sua realização e em quantos dias após o início dos sintomas, seus graus de sensibilidade e especificidade, bem como a não validade diagnóstica do resultado isolado, mas sua utilização associada a informações clínico-epidemiológicas pode qualificar a decisão clínica. Concluindo a nota, reforça-se o pedido de apoio aos estados, municípios e Distrito Federal para a adequada e correta oferta dos testes disponibilizados, a fim de garantir o maior benefício populacional, segurança terapêutica e papel epidemiológico. Assinam diretores de departamento e os secretários de APS e de Vigilância em Saúde <sup>(19)</sup>.

### **3.6 NOTA TÉCNICA JURÍDICA - COVID-19**

A Lei Complementar nº 173, publicada em 28 de maio de 2020 (LC 173) <sup>(20)</sup>, estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (LC 101), e dá outras providências, tendo por finalidade propiciar condições para que os entes públicos possam dispor de recursos e condições visando ao enfrentamento da COVID-19. A LC 173 traz inovações à LC 101, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, e estabelece regramentos que coexistirão a ela, sem alterar-lhe o texto, visando a otimizar as ações voltadas para o combate da pandemia e, concomitantemente, minimizar ou até mesmo eliminar condições e/ou situações fáticas, jurídicas e fiscais que possam obstaculizar a atuação dos gestores públicos que se mostrem incompatíveis ou desassociadas das soluções pertinentes e necessárias à preservação da vida.

Esta introdução é seguida do Parecer Jurídico Pandemia – COVID-19 – Decreto De Calamidade – Efeitos – Lei Complementar 101/00 (LRF) – Despesa Com Pessoal I Calamidade Pública, de autoria de Tadahiro Tsubouchi, OAB/MG 54.221, assessor Jurídico da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, GRANBEL, em 02 de julho de 2020. Abordando os conceitos e as disposições legais sobre (i) Calamidade Pública, (ii) Decretação de Calamidade e Efeitos nos Municípios, (iii) Calamidade Pública e LRF, (iv) LC 173 e Despesa Com Pessoal, (v) Despesa Com Pessoal e Período Eleitoral, (vi) Lei Eleitoral e Contratação de Pessoal e (vii) Conclusões. Nestas, o assessor conclui considerando que todos os registros e evidenciações das tomadas de decisão relativas às despesas com pessoal, nesse momento de pandemia, devem ser destacadas e devidamente motivadas para fins de transparência e acompanhamento pelos órgãos de controle externo<sup>(21)</sup>.

### **3.7 REGISTRO NO PLANO DE SAÚDE (PS) DAS AÇÕES DECORRENTES DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

A nota técnica Nº 7, de 29 de junho de 2020, da Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumento de Planejamento do SUS, versa sobre ajuste no Plano de Saúde (PS) ou na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento da pandemia da COVID-19. Assim, considerando que o PS é um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde, bem como a PAS é um instrumento que representa a operacionalização das intenções expressas no PS, por meio da anualização das metas e do registro da previsão orçamentária, aborda o Digisus Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), situações não previstas inicialmente no planejamento, o procedimento no DGMP com relação à pandemia de COVID-19 e conclui que qualquer alteração no cenário epidemiológico que impacte no planejamento deve ser objeto de revisão e posterior alteração no PS ou na PAS conforme indicado. Se a alteração afetar um único município, ele deverá realizar o ajuste do PS ou na PAS no DGMP e, caso afete um conjunto de municípios de mesma região ou regiões diferentes, o conjunto desses municípios deverá proceder os ajustes; que, no caso da pandemia, todos os entes sendo afetados, deverão proceder ao ajuste no PS e na PAS conforme recomendado no teor da nota, e que o ente é autônomo e responsável para elaborar, adequar e ajustar seus instrumentos de planejamento, o que refletirá no DGMP, repercutindo na prestação de contas, ou seja, no Relatório de Gestão. Assinam o Coordenador-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS e o Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa<sup>(22)</sup>.

### **3.8 NOTA TÉCNICA: NORMAS SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS ESTABELECIDAS EM DECORRÊNCIA DA COVID-19**

De parte do Ministério da Saúde, as orientações técnicas para operacionalização do sistema de informações durante o estado de emergência de saúde pública por coronavírus, tendo em vista as neces-

sidades de serviços ambulatoriais e hospitalares e seu registro no CNES, foram objeto de publicação em 27 de abril de 2020, instruindo gestores e prestadores sobre os encaminhamentos necessários, com base na Lei nº 13.979<sup>(23)</sup>, de 6 de fevereiro de 2020, e na Portaria GM/MS nº 356<sup>(24)</sup>, de 12 de março de 2020, que estabelecem e regulamentam as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional. A abertura de unidades temporárias para assistência hospitalar foi uma estratégia utilizada para ampliar a oferta de leitos e faz parte dos planos de contingência elaborados pelos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal. Tais unidades ficarão ativas no CNES enquanto estejam em funcionamento, sendo desativadas pelo gestor responsável mediante indicadores como a taxa de ocupação e a razão de transmissão do vírus (“R0”). As tendas de testagem ou abrigos criados de forma temporária para triagem de pacientes não devem possuir numeração específica do CNES, sendo sua capacidade adicional informada no cadastro do estabelecimento tecnicamente responsável, no mesmo endereço ou em endereço complementar.

A publicação da Portaria GM/MS 828<sup>(25)</sup>, de 17 de abril de 2020, estabeleceu novos grupos de identificação de transferências federais de recursos da saúde e alterou a nomenclatura dos blocos de financiamento, motivando a expedição da nota técnica do Conasems relativa às novas regras. Assim, a partir de maio de 2020, os recursos destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal, são organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento e continuarão sendo transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada bloco e mantidas em instituições financeiras oficiais federais: Bloco I - Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco II - Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

A nota técnica segue esclarecendo aspectos constantes da portaria e enfatizando os cuidados a serem tomados pelos entes federados, tais como as condições para transferência de recursos federais, o montante de recursos a ser transferido, as regras para utilização dos recursos, enfatizada a vedação quanto à “transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria da programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa”. A destinação dos recursos referentes aos blocos de manutenção das ações e serviços de saúde e de estruturação da rede de serviços públicos de saúde, o monitoramento e controle dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e a sua comprovação mediante relatório de gestão submetido ao respectivo conselho de saúde a apresentado ao Ministério da Saúde, são objetos da nota técnica que se conclui comentando as disposições finais em que os municípios e estados não terão de reorganizar seus orçamentos para execução dos recursos, mas apenas recepcioná-los como repassados por meio da Portaria nº 828/20, classificar sua despesa alinhada aos respectivos planos de saúde e, ao final do exercício, comprovar a vinculação dos recursos com a finalidade definida em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União.<sup>(26)</sup>

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lamentável o constatado por sucessivas frustrações de expectativa, que somos mais dependentes do que éramos, quando do nascimento do nosso SUS. Embora crescendo em cobertura

e inclusão, com resultados exponenciais em quantidade e qualidade, mal podíamos suprir a rede de atenção primária, secundária e terciária para o enfrentamento da pandemia sob a carência de bens e serviços não produzidos pelo parque industrial brasileiro, resultante em grave limitação para a eficiência de toda a rede, em especial a de atenção primária. Ao oligopólio mundial de equipamentos e insumos médico-assistenciais e farmacêuticos, devemos antepor a retomada do almejado complexo industrial da saúde.

De resto, fica demonstrado quanto se pode fazer em um país continental, articulando-se entes governamentais de forma cooperativa e solidária, que a autoridade eleita para o executivo o é para servir a todas as pessoas em todas as situações que lhes ameaçam a integridade física e mental, promovendo a união em torno dos esforços de promoção, prevenção e assistência, reduzindo o dano quando não evitado ou superado o mal e, diante da inexorável fatalidade, cuidar das vítimas e seus afetos, sempre com absoluto respeito e dignidade. Cabe então constatar que o papel desempenhado pelos conselhos dos entes subnacionais foi de intermediar o entendimento e de advertir, e até mesmo contestar, proposta e iniciativas de desrespeito à ordem constitucional estabelecida nos arts. 195 a 2001 da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 <sup>(27-30)</sup>.

Em se encontrando inúmeros projetos em fase III para a criação de vacinas contra a COVID-19, estabeleceram-se negociações para o aporte de cem ou mais milhões de doses no ano entrante, seguidas de transferência de tecnologia para serem produzidas no Brasil. No entanto, daqui até lá, haverá muito o que fazer: desde cuidar que novos infectados sejam detectados e tratados tempestivamente desde a atenção primária, afeta quase exclusivamente aos municípios, mas com recursos diagnósticos e insumos terapêuticos com apoio dos entes estaduais e nacional, além dos repasses já estabelecidos; cuidar dos que sofreram a infecção e foram curados, porém permanecem com sequelas ou agravamento de comorbidades prévias a este adoecimento; cuidar dos que deixaram de ser atendidos por bloqueio de milhões, senão de procedimentos que deixaram de ser realizados, para se dar atenção às pessoas suspeitas ou portadoras de COVID-19, cujo dano teria sido ainda mais avassalador, não fosse o esforço das redes de atendimento em todo o território nacional, especialmente o esforço dos trabalhadores municipais, estaduais e distritais e dos empregados em estabelecimentos beneficentes ou privados, além dos administradores, técnicos e auxiliares, todos sacrificados com jornadas extensivas e exaustivas, que comprometeram suas famílias e sua própria saúde, muitos deles a própria vida. Por fim, cuidar ainda mais, o que não se pode jamais descuidar, da manutenção do diálogo republicano e democrático, com reforço nas ações interfederativas desde as menores localidades até os municípios, os estados, o Distrito Federal e o Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Harzheim E, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(supl.1):2493-2497. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.
2. Fleury S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz CEE [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>.
3. Arrais TP, et al. Relatório: Pandemia COVID-19: o caráter emergencial das transferências de renda direta e indireta para a população vulnerável do Estado de Goiás. *Espaço e Economia: RBG* [Internet] 2020; 9(18):13734. doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13734>.
4. Wang D, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 17;323(11):1061-1069. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo Coronavírus. OPAS: Brasil; 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 33 [Internet]. 26 abr. 2020 [acesso 2020 dez 11]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Boletim-epidemiologico-COVID-33-final.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Resumo Executivo da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <https://www.hmg.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/04/Resumo--CIT-fevereiro-pdf.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: [http://20200327\\_ProtocoloManejo\\_ver06\\_Final.pdf](http://20200327_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Diretrizes Operacionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa Orientações para sua implementação no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
11. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 1º Congresso Virtual do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://congresso-virtual.conasems.org.br/programacao/>.



12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel - COVID-19: Indicadores, Casos e Óbitos Confirmados [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconassCOVID19>.
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel- Monitoramento de Habilitações de Leitos SRAG/UTI COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/leitossrag-uti-COVID-19-monitoramento-de-habilitacoes>.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel - Análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais>.
15. Marinho F, et al. Excess Mortality in Brazil: A Detailed Description of Trends in Mortality During the COVID-19 Pandemic [Internet] 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/resources/excess-mortality-in-brazil-a-detailed-description-of-trends-in-mortality-during-the-COVID-19-pandemic>.
16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel - Legislações Federais relativas à COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/legislacoes-federais-COVID-19/>.
17. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. COVID- 19: Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERSÃO-FINAL-3.pdf>.
18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. COVID- 19: Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. 2 ed. Brasília, DF: Conasems; 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-edição-3ª-revisãoMariana-mesclado-1-1.pdf>.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica Conjunta 01 / 2020: Utilização e Distribuição de Testes Rápidos para COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota\\_0014432584\\_Nota\\_Tecnica\\_n\\_4\\_2020\\_SAPS\\_MS.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota_0014432584_Nota_Tecnica_n_4_2020_SAPS_MS.pdf).
20. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 maio 2020.
21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica Jurídica - COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/nota-tecnica-juridica-COVID-19-05-20](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/nota-tecnica-juridica-COVID-19-05-20).



22. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Registro no Plano de Saúde (PS) das ações decorrentes do enfrentamento à pandemia da COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/registro-no-plano-de-saude-ps-das-acoes-decorrentes-do-enfrentamento-a-pandemia-da-COVID-19](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/registro-no-plano-de-saude-ps-das-acoes-decorrentes-do-enfrentamento-a-pandemia-da-COVID-19).
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 7 fev 2020.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 12 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 12 mar 2020.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Diário Oficial da União. 24 abr 2020.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Normas sobre o financiamento do SUS estabelecidas em decorrência do COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/nota-normas-sobre-o-financiamento-do-sus-estabelecidas-em-decorrencia-do-COVID-19](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/nota-normas-sobre-o-financiamento-do-sus-estabelecidas-em-decorrencia-do-COVID-19).
27. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
28. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.
29. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, 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.
30. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº 8.141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jan 2012.

# META-AVALIAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: PARA QUE SERVEM AS INTERVENÇÕES DA COVID-19?

Zulmira Hartz<sup>1</sup>

Tania Rehem<sup>2</sup>

Isabel Craveiro<sup>3</sup>

**RESUMO:** A pandemia de COVID-19 vem afetando todo o mundo, causando, até o momento, cerca de 33.034.598 casos confirmados, 302.277 novos casos e 996.342 mortes. O Brasil vem investindo em diversas medidas para o enfrentamento da doença, entre as quais um importante investimento em realização de pesquisas. Este ensaio tem como objetivo refletir sobre a realização de meta-avaliação trazendo subsídios para a elaboração do estudo, nos diversos cenários, inclusive em situação de pandemia. Trata-se de um ensaio sobre meta-avaliação, em que as bases teóricas e conceituais foram buscadas em livros e artigos. O Brasil contratou 126 pesquisas, sendo 66,6% relacionadas com avaliação, por meio de Chamada Pública. No contexto atual, no qual foi demandado um quantitativo importante de pesquisas avaliativas para nortear as melhores estratégias no enfrentamento da COVID-19, torna-se de suma importância a realização de estudos de meta-avaliação, a qual pode ser definida como a avaliação da avaliação. O uso da meta-avaliação deve ser incentivado, sendo entendida como uma ferramenta crucial para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do SUS, pois a ausência de avaliar as avaliações permite que práticas avaliatórias inconsistentes possam ser consideradas e que possam induzir ou fundamentar decisões equivocadas por parte dos gestores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Meta-Avaliação. Avaliação. Pandemia. Coronavírus. Política de Saúde

---

1 Professora catedrática e coordenadora da Unidade Curricular de Avaliação em Saúde no Programa de Doutorado em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina da Universidade Nova de Lisboa/Portugal. CV: <http://lattes.cnpq.br/6658303414466015>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9780-9428>. [zhartz@ihmt.unl.pt](mailto:zhartz@ihmt.unl.pt).

2 Professora Associada da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília/DF. CV: <http://lattes.cnpq.br/2598099282441568>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>. [taniarehem@unb.br](mailto:taniarehem@unb.br).

3 Investigadora auxiliar e docente no Departamento de Saúde Pública e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa/Portugal. CV: <http://lattes.cnpq.br/8964435648797176>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4348-1986>. e [Isabelc@ihmt.unl.pt](mailto:Isabelc@ihmt.unl.pt).



## I. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 vem afetando fortemente países em todo o mundo, trazendo à tona e exacerbando as desigualdades sociais, econômicas e políticas preexistentes. Entre outros fatores, a pandemia vem se agravando, em função da elevada facilidade e da alta velocidade de transmissão do novo coronavírus, economias e sociedades fortemente integradas e interdependentes em nível global, associadas ao desconhecimento prévio da história natural da doença e do vírus<sup>(1-2)</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(3)</sup>, foi notificado um total de 33.034.598 casos confirmados, 302.277 novos casos e 996.342 mortes. Desse total, o Brasil notificou 4.717.991 casos confirmados; 141.406 mortes, e 28.378 casos novos.

Segundo dados da Johns Hopkins<sup>(4)</sup>, considerando 188 países/regiões, o Brasil vem ocupando o terceiro lugar em número de casos (4.745.464) e o segundo em número de mortes (142.058), ficando atrás apenas dos Estados Unidos.

Por meio da Portaria nº 1.565, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu, dentre outras medidas para o enfrentamento da doença, orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro<sup>(5)</sup>.

Ainda nessa portaria, fica definido que cabem às autoridades e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da sua rede de atenção à saúde, quanto à retomada das atividades.

A equipe técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana da

Saúde / Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) vem apoiando os gestores de estados e municípios na adoção de medidas de saúde pública, no sentido de reduzir a velocidade de propagação da doença, para evitar o esgotamento dos serviços de saúde.

Nesse sentido, foram elaborados e publicados documentos técnicos, denominados série COVID-19, sendo o primeiro referente à “Estratégia de Gestão: instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia do COVID -19 na esfera local”<sup>(6)</sup>, com o objetivo de oferecer instrumento para apoiar a tomada de decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta à COVID-19. Destaca que a estratégia a ser adotada em cada território deve ser adaptada à sua realidade, considerando as informações disponíveis.

No segundo documento, denominado “Guia Orientador para o enfrentamento da Pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde”<sup>(7)</sup>, foram acrescentadas informações consideradas relevantes e atualizadas para subsidiar gestores e profissionais de saúde, nos vários níveis de atenção, no momento atual da pandemia no Brasil.

Entre os aspectos abordados, no guia orientador, estão a proposta de Protocolo Operacional Padrão (POP) para realização de oximetria, o *checklist* para avaliação da Rede de Urgência e Emergência na Pandemia de COVID-19 e a proposta de Plano de Cuidado Integrado da Alta Hospitalar para a Atenção Primária.

As publicações citadas acima apontam, ainda, para a necessidade de um processo de avaliação contínua, pois esta possibilita identificar melhorias a serem realizadas e fornece uma base de evidências para novas avaliações e respostas a eventos em saúde pública.

Entretanto, para além da necessidade de institucionalização da avaliação, é preciso questionar continuamente a capacidade da avaliação em produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho de suas ações<sup>(8)</sup>. Dessa forma, torna-se fundamental que a própria avaliação seja avaliada.

Diante do exposto, este ensaio tem como objetivo refletir sobre a realização de meta-avaliação trazendo subsídios para a elaboração do estudo, nos diversos cenários, inclusive em situação de pandemia.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um ensaio sobre meta-avaliação, no qual as bases teóricas e conceituais foram buscadas em livros e artigos, publicados entre 1991 e 2020. Para Silveira (1992), um ensaio busca aprofundar o debate sobre um tema, expondo ideias e pontos de vista, de forma original, sem, contudo, explorá-lo de forma exaustiva<sup>(9)</sup>.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 DEMANDA DE PESQUISAS AVALIATIVAS NO BRASIL PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Existe amplo consenso quanto à ideia de que as políticas públicas, incluindo aí as políticas de saúde, devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, como parte da rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas<sup>(10)</sup>.

Corroborando com os aspectos referidos acima, foi aprovado, pelo Senado Federal, Projeto de Lei nº 488, de 2017 (complementar)<sup>(11)</sup>, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública. Ou seja, este projeto altera a Lei da Técnica Legislativa para determinar que as proposições legislativas que instituem políticas públicas contenham a avaliação de impacto legislativo.

No momento atual, em função do insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, gerando incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o seu enfrentamento, o Brasil, assim como o mundo, vem investindo em diversos estudos e pesquisas.

Nessa lógica, houve uma Chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 – “Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves”<sup>(12)</sup>, cujo objetivo é apoiar o desenvolvimento de pesquisas de cunho científico e/ou tecnológico relacionadas com a COVID-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves, contribuindo para o avanço do conhecimento, formação de recursos humanos, geração de produtos, formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Para essa chamada, foram definidos sete temas relacionados com: (i) tratamento, (ii) vacina, (iii) diagnóstico, (iv) patogênese e história natural da doença COVID-19, (v) carga de doença, (vi) atenção à saúde, e (vii) prevenção e controle, totalizando 12 linhas de pesquisa, sendo que, destas, 8 linhas dizem respeito a estudos de avaliação. Foram aprovados 90 projetos de mais de 2 mil propostas submetidas<sup>(12)</sup>.

Em função do quantitativo de propostas submetidas, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCTI) deram um incremento no recurso, de modo a favorecer mais 26 novos projetos apoiados pela chamada pública do enfrentamento da COVID-19. Segundo o CNPq, trata-se de projetos muito meritórios que não puderam ser atendidos no primeiro momento. Eles contemplam cinco das sete linhas previstas na Chamada, quais sejam: (i) Tratamento COVID-19, (ii) Vacinas COVID-19,

(iii) Diagnóstico COVID-19, (iv) Patogênese e História Natural da Doença COVID-19 e (v) Prevenção e Controle COVID-19<sup>(12)</sup>.

Chama atenção a solicitação feita por essa chamada pública, no sentido de que os resultados dessas pesquisas, inclusive os parciais, sejam informados/enviados aos Ministérios ao longo da execução delas, em tempo real, antes das publicações científicas ou quando requisitados<sup>(12)</sup>. São, portanto, pesquisas contratadas para fornecer novas evidências e subsídios para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional e nacional, vivenciada neste momento.

Trata-se de um movimento importante no que diz respeito à translação do conhecimento, que consiste na troca e aplicação do conhecimento com vistas a potencializar os benefícios decorrentes de inovações para fortalecer sistemas de saúde e a melhoria da saúde das populações. O conceito refere-se ao entendimento de que não basta haver conhecimento novo ou sua divulgação, sendo necessário promover sua utilização, na prática<sup>(13)</sup>.

Esse aspecto reforça o quanto a avaliação vem ganhando uma centralidade, particularmente neste momento no Brasil (na chamada pública Nº 07/2020, das 12 linhas, 66,7% delas tratam de avaliação), onde os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19.

Somam-se a isso a existência de um contexto de grande desigualdade social e suas consequências, os reconhecidos e persistentes problemas enfrentados pelo SUS, particularmente com relação ao subfinanciamento, comprometendo a sua capacidade em cumprir com os compromissos constitucionais com consequentes impactos sobre a saúde da população, particularmente neste momento.

Nessa perspectiva, considerando o grau de desconhecimento e a gravidade da situação atual ante a pandemia, bem com os recursos investidos em tais pesquisas, considera-se recomendável a realização da avaliação destas pesquisas, tema que será abordado adiante.

### **3.2 AVALIAÇÃO E META-AVALIAÇÃO**

Existem diversas definições de avaliação, entre as quais, aquela que se refere a um julgamento de valor, a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Nesse sentido, a avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas<sup>(14)</sup>.

Ainda segundo os autores acima, pode-se considerar que a avaliação tem os seguintes objetivos: (i) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; (ii) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; (iii) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; (iv) e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Apesar do crescente interesse pela temática da avaliação, segundo Furtado e Laperrière, ainda há muito a se caminhar para o estabelecimento da avaliação como prática incorporada na gestão e, sobretudo, como forma de prestar contas à sociedade dos recursos investidos na área social. Para que isso ocorra, torna-se fundamental garantir que as avaliações forneçam achados e conclusões confiáveis, que as práticas de avaliação se qualifiquem cada vez mais, e que as instituições administrem sistemas de avaliação eficientes e eficazes<sup>(15)</sup>.

Nesse particular, ganha relevância a realização de meta-avaliação, termo introduzido em 1969, por Michael Scriven, para se referir à sua avaliação no Relatório de Produtos Educacionais do seu plano de avaliação<sup>(16)</sup>.

Para Stufflebeam<sup>(17)</sup>, considerando as dimensões apontadas pelo *Joint Committee*, a meta-avaliação é um processo de delinear, obter e aplicar informação descritiva e de julgamento sobre a utilidade, a viabilidade, adequação e precisão de uma avaliação. Deve ser feita com competente conduta, integridade, honestidade, respeitabilidade e responsabilidade social para orientar a avaliação e relatar publicamente seus pontos fortes e fracos.

Segundo Scriven<sup>(16)</sup>, trata-se de um sistema institucionalizado de auxílio à tomada de decisão nos diversos campos, incluído o da saúde, uma vez que as avaliações podem ser falhas por foco inadequado, critérios inadequados, erros técnicos, custos excessivos, abuso de autoridade, implementação inadequada, relatórios tardios, entre outras questões. Ou seja, a realização de meta-avaliação permite saber se as informações produzidas pela avaliação possibilitam aos atores melhorar suas decisões e eficiência do sistema de cuidados<sup>(18)</sup>.

Assim como nas avaliações, a meta-avaliação também pode ser formativa e somativa. De acordo com Stufflebeam, a meta-avaliação formativa é empregada durante o processo de desenvolvimento da avaliação e auxilia avaliadores a planejar, conduzir, melhorar, interpretar e comunicar os seus estudos de avaliação. Já as abordagens somativas ocorrem após o término da avaliação, depois que todo o processo avaliativo já aconteceu. Nesse tipo de abordagem, o meta-avaliador lida com relatórios prontos, podendo também utilizar bancos de dados coletados, documentação analisada, registros feitos, depoimentos, enfim, todo o material disponível que diz respeito e retrata a avaliação desenvolvida<sup>(17)</sup>.

A literatura apresenta várias possibilidades para a condução de meta-avaliações, tais como a utilização da Lista-Chave de Verificação da Avaliação de Scriven (Key Evaluation Checklist); Critérios Fundamentais de Davidson, Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe; e Joint Committee on Standards for Educational Evaluations (JCSEE)<sup>(19)</sup>.

Entretanto, o marco referencial mais conhecido é o proposto pelo JJCSEE, o qual oferece padrões não só para elaboração e execução de avaliação como também de meta-avaliações. Esses padrões representam um esforço conjunto e prolongado de várias organizações e associações norte-americanas e canadenses, ligadas à educação e à avaliação que inspiraram fortemente as sociedades suíça, africana e alemã<sup>(8)</sup>.



O processo de construção e publicação dos padrões da JCSEE, descrito por Elliot<sup>(19)</sup>, refere que a primeira edição data de 1981, intitulada *Standards for Evaluations of Educational Programs, Project, and Materials*, tendo como finalidade produzir, em uma linguagem clara e de fácil apreensão, diretrizes que pudessem tanto servir de orientação para a elaboração de projetos avaliativos de programas ou de outros objetos de avaliação, quanto para a execução deles próprios, e até para a meta-avaliação.

Após uma década de uso e de aceitação internacional dos padrões, o JCSEE ampliou o escopo dos padrões, voltando-se para a avaliação de programas em diversas áreas e procedeu a ajustes e acréscimos necessários a essa finalidade.

Em 1994, a segunda edição foi publicada com o título de *The Program Evaluation Standards* (padrões de avaliação de programas), e em 2004, 10 anos após a publicação da segunda edição dos padrões, foi iniciado o processo de desenvolvimento para a publicação da terceira edição.

Este processo passou por várias etapas, entre outras, envolvendo comentários e sugestões de mais de 300 *stakeholders*, mais de 75 revisores nacionais e internacionais, seis audiências nacionais, testes de campo realizados por 50 usuários, validação por um painel em 2008, revisão geral pelo JCSEE em 2009, sendo então considerados prontos para a certificação final como padrões de avaliação de programas concedida pelo American National Standards Institute (Instituto Americano de Padrões Nacionais).

O JCSEE definiu 30 padrões, os quais podem ser adaptados às questões específicas de cada processo avaliativo, contemplando cinco grandes princípios ou atributos, quais sejam: utilidade, viabilidade, propriedade, acurácia/precisão e responsabilidade<sup>(20)</sup>.

A escolha dos padrões depende de exigências profissionais e governamentais, da cultura organizacional ou do próprio avaliador, mas todos têm em comum as seguintes características: envolvimento dos atores interessados; manutenção de independência e explicitação dos conflitos de interesse; credibilidade e suficiência das evidências apresentadas para dar suporte aos resultados, conclusões e recomendações; proteção de informações confidenciais; uso de processos que garantam qualidade; apresentação de relatórios equilibrados e manutenção dos registros de demonstração do uso apropriado da metodologia<sup>(8)</sup>.

Malta et al.<sup>(21)</sup>, contextualizando a influência das avaliações por meio de um ensaio meta-avaliativo, com ênfase na utilidade e responsabilidade, sistematizaram os passos metodológicos a serem seguidos, quais sejam: (i) planejar a meta-avaliação, (ii) levantamento do material a ser meta-avaliado, (iii) avaliar a qualidade dos estudos, (iv) sintetizando as conclusões da avaliação. Em seguida, citam, como exemplo, um estudo de meta-avaliação que foi conduzida na avaliação do Plano de Desenvolvimento Sanitário da República de Guiné-Bissau, concluindo que a meta-avaliação pode ser uma ferramenta útil, em especial em contextos que já avançaram na produção de avaliações prévias.

Os padrões de avaliação originais alcançaram um elevado consenso no conjunto das Américas para os diferentes setores de políticas, entretanto, eles não devem ser considerados uma receita, cabendo a cada meta-avaliador fazer as devidas adaptações. Portanto, é preciso entender o papel da meta-avaliação além da mera aplicação dos padrões e critérios, compartilhando o aprendizado individual e coletivo ao se privilegiar estratégias coerentes com esta intencionalidade<sup>(8)</sup>.

### 3.3 A META-AVALIAÇÃO NO BRASIL

Não existem normas nacionais para realização de meta-avaliação. Neste momento, a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação, de forma pioneira, vem trabalhando na construção de Diretrizes para a prática da Avaliação no Brasil, as quais buscam dialogar com referências, guias, padrões, orientadores, diretrizes e normas.

O Brasil vem realizando estudos de meta-avaliação nas diversas áreas, incluindo a da saúde. Dentre os estudos realizados, podemos citar a *Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde*<sup>(8)</sup>, resultando na primeira publicação nacional voltada para a meta-avaliação em saúde e, portanto, de grande interesse para pesquisadores, gestores, estudantes de pós-graduação e profissionais de saúde. Nessa meta-avaliação, foram adotados os padrões de utilidade, exequibilidade, propriedade, precisão ou acurácia.

Outras meta-avaliações foram realizadas, dentre as quais: (i) meta-avaliação de uma extensão universitária: estudo de caso<sup>(22)</sup> que teve como objetivo refletir sobre quais aspectos da avaliação podiam contribuir para a formação dos estudantes – foram utilizados, como referencial, os padrões de utilidade, viabilidade, propriedade e precisão; (ii) meta-avaliação de auditorias de natureza operacional do Tribunal de Contas da União<sup>(23)</sup>, cujo objetivo foi propor um modelo de meta-avaliação e aplicá-lo à auditoria de natureza operacional (ANOP) do Tribunal de Contas da União, meta-avaliando seus critérios, padrões, validade e confiabilidade dos procedimentos e resultados das ANOPs; (iii) meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em Ubirajara-Ce: um estudo de caso<sup>(24)</sup> utilizando os padrões de Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão; e (iv) meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de saúde com foco no padrão de “utilidade”<sup>(25)</sup>.

Ainda sobre a importância da realização de meta-avaliação, chama atenção a criação de uma disciplina com esse tema, tornando-a obrigatória em curso de pós-graduação em uma instituição brasileira<sup>(26)</sup>. Além dessa iniciativa, essa mesma instituição lançou a “Revista Meta: Avaliação”, passando a ter quatro edições (publicação trimestral) a partir do ano de 2020, dedicada à divulgação da prática e da teoria da avaliação no Brasil e no mundo, dando ênfase especial às áreas de educação, saúde e sociedade, caracterizando sua disciplina multidisciplinar.

Ao analisar os artigos publicados nessa revista, nos últimos três anos, observa-se uma predominância daqueles relacionados com a área de ensino e educação, além de predominância de estudos de avaliação <sup>(26)</sup>.

No ano de 2018, a revista publicou uma edição específica com dez estudos de meta-avaliação, envolvendo as diversas áreas, adotando padrões e critérios referidos anteriormente, sendo dois artigos voltados para a área de saúde, com os seguintes temas: (i) Meta-avaliação do relatório de avaliação de execução de Programas do Governo nº 8: programa de saúde da família <sup>(27)</sup>, no qual foi realizada uma meta-avaliação somativa, embasada nas Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe; e (ii) Meta-avaliação da avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso <sup>(28)</sup>, com objetivo de meta-avaliar um relatório avaliativo elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) envolvendo outras parcerias, em que também foram utilizadas as mesmas diretrizes acima.

## 4. A META-AVALIAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

O pressuposto de que as avaliações devem apoiar os processos decisórios parece ser consensual como um princípio geral. Entretanto, como tal, não é suficiente para promover mudanças na gestão, sendo também evidente o quão distante esse princípio se encontra das atuais práticas dos sistemas de saúde <sup>(18)</sup>.

A chance de utilização dos relatórios de avaliação, para tomada de decisão, está relacionada com o valor da verdade e da utilidade <sup>(29)</sup>. O primeiro diz respeito à qualidade do estudo e sua correspondência com o entendimento e experiência prévia de quem potencialmente utilizaria. O segundo diz respeito se a avaliação atendeu à demanda dos interessados. Ou seja: a avaliação foi útil?

A tradução de um material de avaliação em decisões políticas percorre, geralmente, uma longa trajetória, e muitas vezes nem são utilizadas para tal. No contexto atual da pandemia, mais especificamente tratando-se do Brasil, onde foi demandado um quantitativo importante de pesquisas avaliativas para nortear as melhores estratégias no enfrentamento da COVID-19, torna-se de suma importância a realização de estudos de meta-avaliação. Isto é, avaliar estas avaliações.

Para Hartz e Contandriopoulos <sup>(8)</sup>, existe concordância entre os diversos autores, no sentido de que a meta-avaliação seja introduzida, preferencialmente, com a pesquisa avaliativa ainda em curso, o que se constitui uma meta-avaliação formativa. Dessa forma, buscará trazer contribuições para o aperfeiçoamento do estudo ainda em execução, aumentando a probabilidade, por exemplo, da sua utilidade.

Segundo Pollitt apud Fernandes e Medina <sup>(29:104)</sup>, cinco grupos de variáveis são determinantes da probabilidade de utilização da avaliação pelos gestores: (i) relevância, em relação às preocupações imediatas dos gestores; (ii) comunicação entre produtores da informação e potenciais usuários; (iii) processo de informação, no que diz respeito ao estilo e clareza; (iv) credibilidade, que consiste na percepção

de como os usuários percebem os produtores de informação; (v) envolvimento do usuário e *advocacy* – como os gestores se sentem em relação ao processo de produção das informações; em que medida puderam direcioná-la em virtude do atendimento de suas necessidades.

O Brasil, mediante a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), publicou a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina, sendo entendida como o exercício da medicina mediado por tecnologias para diversos fins, incluindo a pesquisa<sup>(30)</sup>. Esta lei vai ao encontro da Estratégia de Saúde Digital (ESD), que, segundo a OMS, tem como um dos principais objetivos o monitoramento da saúde populacional.

Segundo o MS<sup>(32)</sup>, a ESD compreende o uso de recursos de tecnologia de Informação e Comunicação para produzir e disponibilizar informações confiáveis, particularmente neste momento, no qual a pandemia da COVID-19 evidenciou de forma cristalina a importância da informação oportuna e precisa como instrumento de operação de tomada de decisão para as necessidades de curto, médio e longo prazos em saúde.

Dessa forma, a pandemia ampliou a possibilidade de divulgação de diversos estudos na internet, incluindo os de avaliação, que estão publicizados, mas que não estão publicados nas bases de dados tradicionais, tanto nacionais como internacionais. Esse fato leva a várias consequências, entre as quais, estudos publicizados e que não são do conhecimento da comunidade científica, inclusive dos pesquisadores que trabalham com avaliação; bem como estudos de avaliação que podem ser publicizados sem a qualidade e segurança devidas para adoção das suas conclusões pelos gestores e demais profissionais.

É de fundamental importância, portanto, o estabelecimento de estratégias e metodologias para avaliar os estudos de avaliação (meta-avaliação), que estão disponíveis, considerando este novo momento de produção científica, tornado público por meio da internet.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A meta-avaliação se constitui uma ferramenta importante para ajudar, entre outros aspectos, a evitar a aceitação de conclusões avaliativas inválidas, levando os gestores a tomarem decisões equivocadas. Embora tenham sua origem na área de educação, elas são necessárias em todos os tipos de avaliação, conforme referido anteriormente.

Acredita-se que o uso da meta-avaliação deve ser incentivado, sendo esta entendida como uma ferramenta crucial para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do SUS, pois a ausência de avaliar as avaliações permite que práticas avaliatórias inconsistentes possam ser consideradas e que possam induzir ou fundamentar decisões equivocadas por parte dos gestores. Tais decisões podem, além de proporcionar o mau uso dos recursos públicos, ter sérias consequências negativas sobre a saúde da população, particularmente neste momento de pandemia no qual existe um desconhecimento prévio da história natural tanto da doença quanto do vírus.

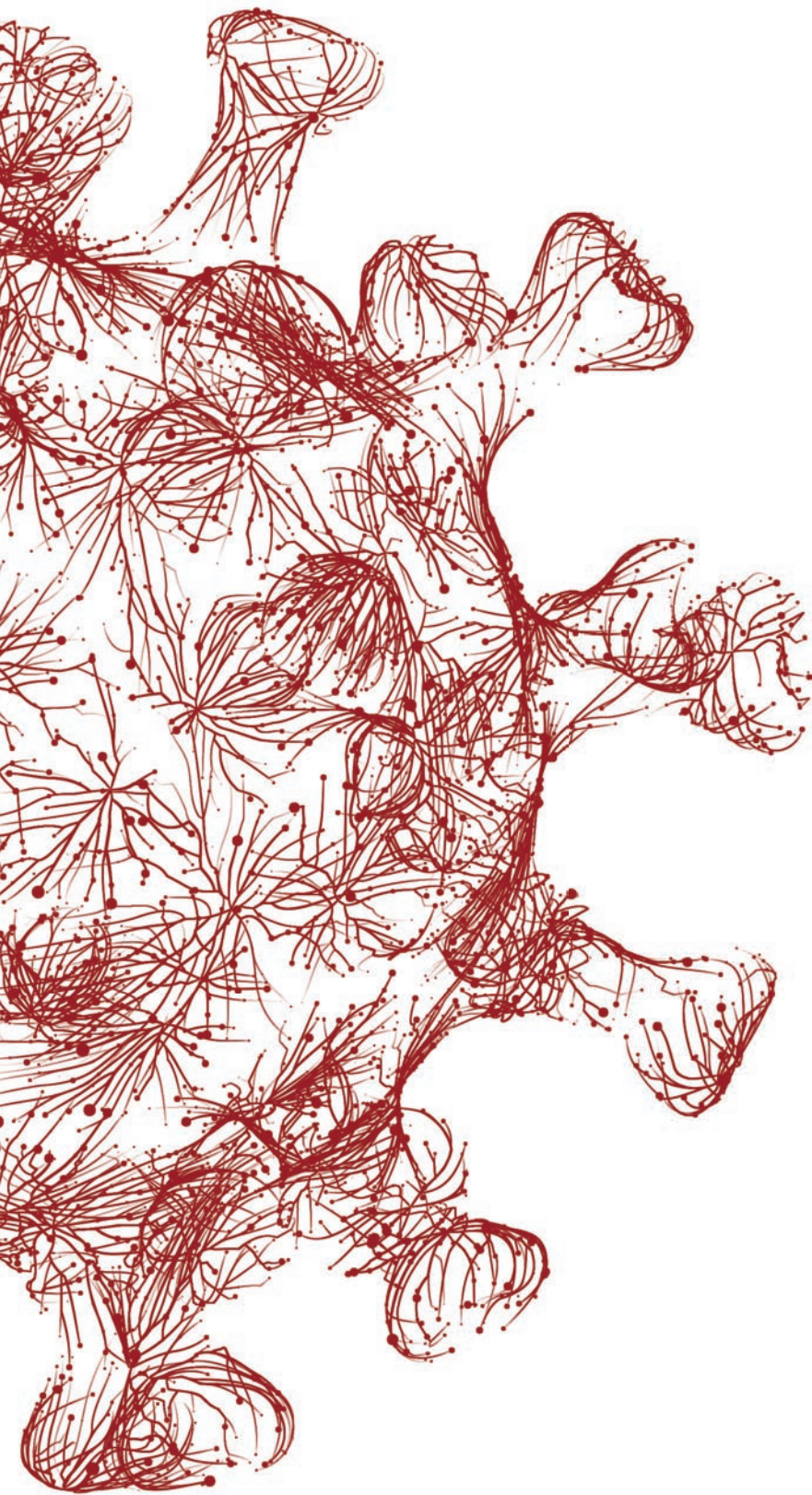
## REFERÊNCIAS

1. Medici A. COVID -19 no Brasil. Uma pandemia dentro da outra. Futuribles [Internet]. Número 3- São Paulo – Plataforma Democrática- Setembro de 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <http://www.plataformademocratica.org/publicacoes#Futuribles>.
2. Commission Statement. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. The Lancet COVID-19 Commissioners, Task Force Chairs, and Commission Secretariat. Lancet [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29];396:1102–24. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31927-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31927-9/fulltext).
3. World Health Organization. Painel WHO Coronavirus Disease (COVID-19) – Brasil [Internet]. WHO; 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <https://COVID19.who.int/region/amro/country/br>.
4. Johns Hopkins. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social Seguro. Diário Oficial da União. 19 jun 2020.
6. Brasil. Série COVID-19. Estratégia de Gestão: instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta a Pandemia do COVID -19 na esfera local [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>.
7. Brasil. Série COVID-19. Guia Orientador para o enfrentamento da Pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>.
8. Hartz ZM, Felisberto E, Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
9. Silveira R. Um exame da organização textual de ensaios científicos. Estudos Linguísticos. 1992;21:1244-52. 409 p.
10. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brouselle A, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
11. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 488, 2017. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar no 95, de 26 de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes

- para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública [internet]. 2017 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7327764&ts=1559276443159&disposition=inline>.
12. Brasil. Chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 7]. Disponível em: [http://www.cnpq.br/web/guest/chamadaspublicas?p\\_p\\_id=resultadosportlet\\_WAR\\_resultadoscnpqportlet\\_INSTANCE\\_0ZaM&filtro=encerradas&detalha=chamadaDivulgada&desc=chamadas&idDivulgacao=9382](http://www.cnpq.br/web/guest/chamadaspublicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=encerradas&detalha=chamadaDivulgada&desc=chamadas&idDivulgacao=9382).
  13. Moraes LH, et al. Impacto das pesquisas do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(spe 2):63-74.
  14. Champagne F, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e método in *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
  15. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 17(3):695-705, 2012.
  16. Sciven M. *Evaluation thesaurus*. California: SAGE; 1991.
  17. Stufflebeam DL. The metaevaluation imperative. *Am J Eval*. 2001;22(2):183-209.
  18. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brouselle A, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
  19. Elliot LG. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2011;19(73):941-64.
  20. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users*. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
  21. Malta DC, et al. Contextualizando a influência das avaliações: um ensaio meta-avaliativo com ênfase na utilidade e responsabilidade. *An Inst Hig Med Trop, (Lisb)*. 2019;(suppl. 1):57-70, 2019.
  22. Arroio DMP, Rocha MSPML. Meta-avaliação de uma extensão universitária: estudo de caso. *Avaliação: Avaliação (Campinas)*. 2010;15(2):135-61.
  23. Hedler HC, Torres CV. Meta-avaliação de Auditorias de Natureza Operacional do Tribunal de Contas da União. *RAC, Curitiba*. 2009;13(3):468-86.
  24. Feitoza PS. Meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção bá-

- sica (PMAQ-AB) em Ubirajara-CE: um estudo de caso [dissertação]. Sobral: Universidade Federal do Ceará. 2015. 124 p.
25. Almeida CA, Tanaka OY. Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de saúde com foco no padrão “Utilidade”. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00105615.
  26. Fundação Cesgranrio. Mestrado Profissional em Avaliação [Internet]. [acesso 2020 out 07]. Disponível em: <http://mestrado.cesgranrio.org.br/>.
  27. Barros LF, Elliot LG. Meta-Avaliação do Relatório de Avaliação da Execução de Programas de Governo nº 8: Programa Saúde da Família. *Meta: Avaliação*. 2018;(esp. 2):197-224.
  28. Khawaja A, Salgueiro LA, Orlando Filho O. Meta-avaliação da avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. *Meta: Avaliação*. 2018;(esp. 2):62-78.
  29. Fernandes AS, Medina MG. Utilidade da avaliação para gestores de saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
  30. Brasil. Lei N. 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*. 16 abr 2020.
  31. Organização Mundial da Saúde. OMS divulga primeira diretriz sobre intervenções de saúde digital [Internet]. 17 abr 2019 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5914:oms-divulga-primeira-diretriz-sobre-intervencoes-de-saude-digital&Itemid=844](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5914:oms-divulga-primeira-diretriz-sobre-intervencoes-de-saude-digital&Itemid=844).
  32. Brasil. Ministério da Saúde. A estratégia de saúde digital e a COVID-19 [Internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br>.





# FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA POR SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Wanderson Kleber de Oliveira<sup>1</sup>

**RESUMO:** As ameaças decorrentes de doenças transmissíveis, como a COVID-19, a influenza pandêmica ou mesmo o uso intencional de agentes biológicos para provocar o terror, destacam a necessidade de os governos investirem e adotarem oportunamente tecnologias mais eficientes na gestão da resposta, de modo coordenado e proporcional aos riscos, de acordo com a análise das vulnerabilidades do território. A pandemia de COVID-19 demonstra a necessidade premente de melhorar os sistemas de detecção, alerta e resposta. Vive-se na era da vigilância de 5ª geração, e, possivelmente, após a pandemia de COVID-19, deve-se entrar em uma fase evolutiva da Vigilância em Saúde no Brasil e no mundo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Sindrômica. Surtos. Preparação para Emergências. Regulamento Sanitário Internacional. Infecções Respiratórias.

---

<sup>1</sup> Doutor em epidemiologia, 22 anos de experiência em saúde pública. Servidor Federal do Hospital das Forças Armadas como enfermeiro epidemiologista. <http://lattes.cnpq.br/0246383712122346>. [wanderson@epidemiologista.com](mailto:wanderson@epidemiologista.com).



## I. INTRODUÇÃO

A ocorrência de doenças reemergentes como o sarampo ou emergentes como a COVID-19 pode ser compreendida pela combinação de múltiplos fatores como mutações, alterações ambientais, resistência aos antimicrobianos ou mesmo desestruturação de programas de prevenção e controle<sup>(1)</sup>.

Comparativamente, as últimas duas décadas estão passando transformações muito mais velozes e de maior impacto na vida cotidiana das pessoas e na economia mundial<sup>(2)</sup>. Contrariando as expectativas de erradicação de doenças pelos avanços tecnológicos, observa-se o aumento na frequência e impacto de Emergências em Saúde Pública (ESP), relacionadas direta ou indiretamente com fluxo de pessoas, mercadorias, comércio, urbanização, pobreza, migração, turismo ou pelos demais determinantes sociais da saúde<sup>(3-5)</sup>.

Entre 1995 e 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalhou na revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que não sofria atualização significativa desde 1969. A pandemia por coronavírus em 2002/2003, SARS-CoV-1, motivou a conclusão da revisão e repactuação do RSI, compreendendo que as barreiras sanitárias não eram suficientes nem eficientes<sup>(6-7)</sup>.

Com o propósito de “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”, o novo RSI foi aprovado em 2005 e deu um prazo até 2016 para que fossem implantadas as “Capacidades Básicas para Vigilância e Resposta”, bem como adotado o instrumento de decisão para tomada de decisão, conforme os Anexos I e II<sup>(6)</sup>.

As ESP, em especial as epidemias, permitem que a sociedade se renove e entenda o papel do Estado e o sentido de sociedade. Na COVID-19, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o National Health Service (NHS) no Reino Unido foram os protagonistas e os divisores de águas entre a civilização e a barbárie. A resposta foi oportuna, e não houve distinção de classes, pois no começo a suscetibilidade era universal. No entanto, após algumas semanas, as desigualdades se fizeram presentes e mais duras sobre os mais vulneráveis<sup>(8-9)</sup>.

Para compreender como ocorreu o fortalecimento da vigilância em saúde na preparação e resposta às ESP, é preciso estudar a evolução da epidemiologia como ciência, disciplina e instrumento. Segundo Morabia, suas raízes datam do Século XVII, mas foi no Século XIX que ela toma forma com a absorção progressiva de outras ciências aprimorando os métodos e conceitos voltados para a avaliação dos determinantes da saúde, baseados em dois princípios fundamentais: o olhar sobre as populações e a comparação entre grupos<sup>(10)</sup>.

Este documento descreve a evolução estrutural e institucional da vigilância em saúde, com foco na implementação das capacidades de vigilância e resposta às ESP, por meio da estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs), composta por Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs), nas três esferas de gestão do SUS. Também apresenta as diferentes estratégias de gestão de emergências, tendo como objeto de estudo a Vigilância Sindrômica de Doenças Respiratórias Agudas.

## 2. MÉTODOS

Realizada análise descritiva com base na literatura indexada e cinzenta, publicada no período de outubro de 2010 a outubro de 2020, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Foram pesquisados os termos: “Syndromic Surveillance”, “Outbreaks”, “Preparedness”, “International Health Regulations”, “Respiratory Tract Infections” nas bases de dados da PubMed, Global Index Medicus e Biblioteca Virtual em Saúde. Além de protocolos, normas e manuais disponíveis nos sites do Ministério de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. As citações foram indexadas no programa Zotero, versão 5.0.92.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos e documentos foram revisados e organizados de modo sequencial, buscando um sentido temporal a cada geração evolutiva da epidemiologia, da saúde pública e da vigilância em saúde.

### 3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE 1ª GERAÇÃO (1500 A 1900)

Os primórdios da saúde pública brasileira datam de 1526, ainda vinculados a Portugal <sup>(11)</sup>. Somente após a chegada da corte que foi estabelecido um Provedor-Mor da Saúde no Brasil. Ele era responsável pelas questões sanitárias, como prevenção e controle de epidemias, salubridade das cidades, por fiscalizar portos e definir a aplicação de quarentenas, além de ter sido responsável pela primeira “campanha” de vacinação obrigatória em crianças em 1837 e adultos em 1846 <sup>(12)</sup>.

Em 1849, ocorreu o primeiro surto de febre amarela no Rio de Janeiro, obrigando o Rei a criar estruturas estatais para organizar a resposta da saúde. Com isso, no ano de 1850, foi criada a “Junta de Higiene Pública” <sup>(13-14)</sup>. Era um período de grandes epidemias de cólera, varíola e outras doenças que causaram perdas econômicas vultuosas. Os impactos eram tantos que se tentou criar um RSI durante a Conferência Sanitária Internacional para ordenar a aplicação de quarentenas marítimas, mas não houve sucesso sem um órgão como a OMS <sup>(15)</sup>.

Passaram-se 386 anos desde o descobrimento para a criação de um órgão estatal voltado para os problemas da saúde pública. Em 1886, na fase final da monarquia, foi criada a “Inspectoria Geral de Hygiene”, posteriormente renomeada Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897. Suas competências abrangiam: estudo das epidemias, endemias e epizootias, além da direção do serviço de vacinação, bem como a organização das estatísticas demográficas e sanitárias <sup>(16)</sup>.

### 3.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE 2ª GERAÇÃO (1900 A 1975)

Em 1900, foi criado o Instituto Soroterápico Federal, base do desenvolvimento científico e responsável pela fabricação de soros e vacinas. As condições sanitárias das cidades brasileiras eram muito precárias no início do século XX, com milhares de internações por varíola na capital federal. As vacinas ainda eram muito rudimentares, mesmo assim, Oswaldo Cruz tentou realizar a vacinação compulsória. No entanto, a população se recusava a aceitar, e diversas mentiras, como as atuais “*fake news*”, foram veiculadas dizendo que as pessoas poderiam desenvolver “feições bovinas” <sup>(12)</sup>. Em 1904, a resistência popular resultou no episódio conhecido como “A Revolta da Vacina”, com 30 mortos de centenas de feridos. No entanto, em 1908, com uma nova epidemia de varíola mais grave que a anterior, houve adesão maciça à vacinação <sup>(12)</sup>.

Durante a primeira guerra mundial, a epidemia de influenza de 1918 se espalhou mundialmente e fez vítima o presidente Rodrigues Alves que acabava de assumir o segundo mandato, não conseguindo sequer tomar posse <sup>(17)</sup>. Em 1920, Carlos Chagas promoveu uma importante reforma que resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, uma das primeiras iniciativas de organização do setor <sup>(18)</sup>. Contudo, somente em 1930 ganhou status de ministério, dividindo com a educação a estrutura até 1953 quando foi desmembrada em dois órgãos com finalidades distintas.



Entre as décadas de 1930 e 1970, ocorreram as mais profundas evoluções da saúde pública no Brasil. Nesse intervalo, foram criadas as bases do movimento sanitário e a estruturação da vigilância epidemiológica, como o Instituto Evandro Chagas (1936), para estudar doenças regionais como malária, leishmaniose e filariose. Todavia, foi em 1941 que aconteceu a principal ação para estruturação da vigilância em saúde, na 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em que a organização sanitária estadual e municipal, ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose e medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento foram a pauta<sup>(19)</sup>.

Em 1942, durante a segunda guerra mundial, motivado pela ampliação dos domínios americanos na América do Sul e pela necessidade crescente de insumos para a máquina de guerra, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) por meio de cooperação com a Fundação Rockefeller e governo dos Estados Unidos da América (EUA), posteriormente transformado em Fundação. Um modelo campanhista e de lógica militarizada foi incorporado em todos os órgãos como o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) em 1956, ficando responsável pela vigilância de febre amarela, malária, peste, boubá, esquistossomose e tracoma, além da sua sucessora, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970.

### 3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE 3ª GERAÇÃO (1975 A 1999)

Em 1975, na 5ª CNS, foram lançadas as bases da Vigilância<sup>(19)</sup>. Esse movimento foi motivado pelo contexto social da década, mas principalmente como consequência da epidemia de meningite que eclodiu em 1971 e que atingiu seu ápice em 1974, episódio conhecido como a “epidemia da desinformação”, provocada pela forma que o governo federal resolveu responder à emergência<sup>(20)</sup>. O resultado foi a publicação da Lei nº 6.259, em 30 de outubro de 1975, criando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo incorporados no art. 200 da Constituição Cidadã de 1988<sup>(21-22)</sup>.

Em 1976, a vigilância em saúde ganhou forma, mas ainda era fragmentada entre diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS). Na Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Sabs), ficavam a epidemiologia, laboratórios de saúde pública, ecologia humana, saúde ambiental, controle de doenças evitáveis e PNI, na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), estavam a vigilância de hanseníase, tuberculose e doenças crônico-degenerativas, e as demais ações na Sucam e Fundação Sesp<sup>(23)</sup>.

Em 1991, foram criados a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi)<sup>(24)</sup>. Foi a partir desse momento que a Vigilância Epidemiológica abriu espaço para a criação de uma estrutura que pudesse integrar os eixos da Vigilância em Saúde com a Vigilância Sanitária<sup>(25)</sup>. A epidemia de cólera no Peru já vitimava milhares de pessoas e ultrapassa a fronteira no estado do Amazonas, no mesmo mês em que os dois órgãos foram criados.

A partir de 1996, foram estabelecidas as bases legais para que os recursos alcançassem a vigilância e o controle de doenças, por meio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)<sup>(4)</sup>. No entanto, apesar dessa previsão, as dificuldades na sua operacionalização e o atraso no processo de descentralização da área de epidemiologia e controle de doenças fizeram com que ele só fosse efetivado em dezembro de 1999<sup>(4)</sup>. A compreensão de vigilância sempre ficou relegada ao segundo plano das prioridades políticas locais, em que a construção de hospitais, a aquisição de ambulâncias e a oferta de serviços eram e são mais percebidas pela população.

Em junho de 1998, um evento conhecido como o “escândalo da pílula de farinha”, em que lotes de um anticoncepcional foram considerados inócuos, atrelados a uma conjuntura política, modelo de agências reguladoras e com a baixa capacidade governamental, resultou na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no ano de 1999<sup>(25-26)</sup>.

O processo de organização da resposta às ESP ocorreu somente no final da década de 1990. Um dos marcos foi o surto de nefrite epidêmica (dez/1997-jul/1998), ocorrido no interior de Minas Gerais. Naquela ocasião, o Brasil necessitou de apoio externo para identificar a causa e fatores de risco. Com isso, uma parceria foi estabelecida com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC/EUA) por meio do Cenepi/Funasa, visando à participação de investigadores de campo do Serviço de Inteligência Epidemiológica (IES) para elucidação do surto<sup>(5)</sup>.

### **3.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE 4ª GERAÇÃO (2000 A 2007)**

O ano 2000 foi muito importante para estruturação das capacidades de vigilância e resposta. Por meio de cooperação com o CDC/EUA, foram contratados processos de capacitação profissional, visando a dotar a saúde pública nacional de capacidades específicas da epidemiologia de campo e gestão pública, resultando no Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS) e no Programa de Treinamentos de Dados para Tomada de Decisões (DDM), este último foi descontinuado<sup>(27)</sup>.

No mesmo ano, a Funasa instituiu o Núcleo de Respostas Rápidas em Emergências Epidemiológicas (Nurep), que tinha como responsabilidade a atuação em ESP<sup>(27-28)</sup>. Nos anos seguintes, foram investigados surtos importantes, como febre amarela em 2001, dengue em 2002, e até ameaças terroristas por Antraz foram investigadas pelo EpiSUS em 2001.

O Nurep tinha como competência o planejamento, a mobilização de recursos e a coordenação das ações para redução ou eliminação dos riscos à saúde pública, além de manter sistema de informações relativo aos recursos humanos e logísticos passíveis de mobilização, afóra a elaboração de manuais e procedimentos em situações de emergência<sup>(28)</sup>.

Em 2003, com a integração do Cenepi/Funasa, Programas de Vigilância de Aids, Tuberculose e Hanseníase, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no MS.



Entre a aprovação do RSI em 2005 e a entrada em vigor em 2007, a SVS/MS iniciou os processos para implantação, por meio da criação do Cievs, que passou a atuar como Ponto Focal do RSI <sup>(29)</sup>.

Ao Cievs compete a detecção oportuna de rumores, o recebimento e análise de notificações de eventos de saúde pública, a verificação e o manejo dos dados e informações estratégicas relevantes à resposta oportuna da vigilância em saúde <sup>(6,29)</sup>.

A SVS/MS em parceria com a Gerência de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Anvisa contribuíram para elaboração e aplicação do primeiro instrumento de avaliação das capacidades básicas que, posteriormente, foi adotado pela OMS <sup>(6,29)</sup>.

### **3.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE 5ª GERAÇÃO (2007 A 2020)**

Em 2007, o Cievs enfrentou um de seus primeiros desafios. A circulação do vírus da febre amarela avançou para o leste e sul do país, provocando epidemias e pânico na população com corrida aos postos de vacinação. Para responder de modo coordenado, foi implantada a primeira sala de situação (Gabinete de Crise). Essa experiência foi o alicerce da resposta à pandemia de influenza A (H1N1) em 2009/2010, planejando e coordenando as ações no âmbito da Rede Cievs em todo o território nacional. Em 2012, por meio de parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Agência de Saúde Pública do Canadá e a Universidade Internacional da Flórida, a vigilância em saúde passou a adotar a estratégia e denominação internacional de Centro de Operações de Emergência (COE), sendo muito importante na gestão de saúde dos grandes eventos como Copa do Mundo e Olimpíadas <sup>(30)</sup>.

Essa estrutura, ainda hoje, mostrou-se fundamental na resposta à pandemia da COVID-19. O Cievs detectou, em 3 de janeiro de 2020, antes mesmo da OMS divulgar o primeiro boletim sobre casos de pneumonia por causa desconhecida na China, em 5 de janeiro. Esse episódio seria conhecido somente na metade de janeiro como a maior pandemia do século XXI <sup>(31)</sup>.

### **3.6 EMERGÊNCIAS E REGULAMENTAÇÃO**

A regulamentação infraconstitucional do SUS tem início com as Leis Orgânicas da Saúde e Normas Operacionais. Em 2006, a estruturação dos Pactos de Gestão teve foco na descentralização da gestão e na melhor definição das responsabilidades dos entes federativos. No entanto, foi a partir do Decreto nº 7508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990, que o governo procurou ordenar as ações e responsabilidades, juntamente com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012 que trata dos valores mínimos a serem aplicados nas ações e serviços de saúde.

Segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), as ESP são situações que demandam o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública<sup>(25)</sup>.

Em 2011, em uma nova etapa do processo de estruturação da resposta às Espin, foi publicado o decreto que institui a Declaração de Espin e a Força Nacional do SUS (FN-SUS). Dentro desse processo de estruturação, ficam estabelecidas as bases para a institucionalização da resposta em todas as esferas de gestão do SUS, em que o MS atua na resposta coordenada evitando as diferenças político-administrativas, devendo equacionar a estrutura federal para o apoio aos Estados afetados, bem como o auxílio internacional<sup>(3)</sup>. A norma também qualifica a ESP de importância nacional (Espin), diante de situações em que o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública é demandando em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas, desastres e/ou desassistência à população<sup>(3)</sup>.

As situações epidemiológicas incluem os surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam eles produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS<sup>(3)</sup>.

No âmbito do SUS, apesar da heterogeneidade regional, no que tange à capacidade gerencial, economia e indicadores sociais de desenvolvimento, o desafio de organizar a cadeia de resposta às emergências é facilitado se forem compreendidas e respeitadas as diretrizes constitucionais, destacando o comando único em cada esfera de gestão com a organização dos processos de modo descentralizado, regionalizado, com acesso irrestrito e igualitário para todos.

### **3.7 GESTÃO DA RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**

Segundo a Portaria de Notificação Compulsória, um evento de saúde pública é uma

situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravamento de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes<sup>(32)</sup>.

Esses eventos são monitorados pela área de vigilância dos governos federal, estadual e municipal. Nos locais onde foi implantado o Cievs, o órgão utiliza das seguintes estratégias para confrontar as ameaças<sup>(30)</sup>:

### 3.7.1 COMITÊ DE MONITORAMENTO DE EVENTOS (CME)

É um fórum deliberativo implantado em 2006 com reuniões semanais, em que profissionais do Cievs apresentam o consolidado dos rumores e situação atual das emergências, complementada pelas áreas técnicas finalísticas. Participam regularmente os representantes das diversas áreas do MS e de outros órgãos vinculados como a a Anvisa e a Fiocruz. Outros órgãos do governo federal também estão presentes, como: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), Agência Brasileira de Inteligência (Abin), Opas e Ministério da Defesa e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)<sup>(30)</sup>.

### 3.7.2 CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

O COE é uma estrutura organizacional temporária que promove a resposta coordenada por meio do uso de equipamentos e tecnologias de informação e comunicação para articulação e integração dos setores responsáveis. Ele é constituído por profissionais das diversas áreas. Além disso, a implantação do COE permite que a instituição não se volte exclusivamente para a resposta à ESP ou único aspecto da situação, permitindo que as demais áreas, demandas e assuntos continuem sendo acompanhados e resolvidos pela rotina dos setores<sup>(30)</sup>.

### 3.7.3 SISTEMA DE COMANDO DE INCIDENTES (SCI)

A operacionalização do COE ocorre por meio do Sistema de Comando de Incidentes (SCI), que é uma ferramenta de gestão, planejamento, organização, coordenação e controle das ações de resposta à ESP, visando coordenar as diversas áreas da saúde promovendo uma atuação articulada, oportuna e equitativa<sup>(30,33)</sup>.

Essas estratégias nascem da resposta dos policiais florestais na Califórnia, nos EUA, na década de 1970, que, nas lições aprendidas, concluíram que mesmo tendo recursos humanos e estrutura, era necessário um processo organizacional para atuar de modo eficiente com estrutura modular, comando único e unidirecional. A Defesa Civil utiliza esse mecanismo de gestão, e quanto mais a vigilância incorporar esse método, melhor será a atuação integrada também em catástrofes como enchentes que ocorrem todos os anos no Brasil.

O SCI, também conhecido por Sistema de Comando de Operações (SCO), propõe um enfoque sistemático e ajustável para a gestão da ESP, e configura-se na combinação de instalações, de equipamentos, de recursos humanos, de protocolos, de procedimentos e de comunicações, operando dentro de uma estrutura organizacional comum, com responsabilidade de administrar os recursos disponíveis para atingir, efetivamente, os objetivos pertinentes a um evento<sup>(30)</sup>.

### 3.7.4 A ESTRATÉGIA DA VIGILÂNCIA SINDRÔMICA

A detecção de eventos em saúde pública está condicionada à sensibilidade e especificidade das definições operacionais adotadas. Nas ESP, inicialmente adota-se uma definição mais sensível que vai se tornando mais específica ao longo da resposta.

Qualquer epidemia irá se iniciar com um ou pequeno agregado de casos e irá progredir ao ponto máximo de acordo com a suscetibilidade dos indivíduos e passará a regredir, mesmo o governo não adotando nenhuma medida para interferir no seu fluxo. O resultado desse processo é observado nas curas, sequelas ou óbitos que cada agente poderá ocasionar. Para evitar maiores consequências, a vigilância em saúde utiliza métodos de monitoramento passivo a partir da notificação de doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública, definidos em portaria ministerial, podendo ser ampliadas pelo gestor estadual ou municipal, de acordo com as características e importância sanitária que determinada entidade nosológica possa apresentar.

Uma das estratégias mais oportunas para detecção de doenças epidêmicas é a Vigilância Sindrômica, que fornece uma indicação dos padrões de um conjunto de doenças que possuem sinais e sintomas comuns, mas etiologias diferentes. Esse é um método para detectar “sinais” de alteração no padrão epidemiológico em uma determinada população e território no tempo. Os sistemas de vigilância sindrômica foram implementados desde a década de 1990, inicialmente com foco na detecção de potencial ataque bioterrorista<sup>(34)</sup>. No Brasil, a vigilância de paralisia aguda flácida, as doenças exantemáticas, as doenças diarreicas agudas e as Síndromes Respiratórias Agudas, por meio da Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), são alguns exemplos de uso dessa estratégia<sup>(35)</sup>.

Esse método pode ser muito útil principalmente em locais com menor estrutura laboratorial, pois baseia-se em síndromes clínicas, em vez de diagnóstico laboratorial, tendo maior oportunidade que os métodos de vigilância específica de uma entidade nosológica já conhecida, como a febre amarela por exemplo.

Como abordagem, a vigilância sindrômica incorpora elementos de coleta de dados e análise de síndromes ou indicadores específicos (para detectar doenças), mecanismos para verificação (se a doença realmente existe), de compartilhamento de informações (para aqueles que precisam saber para responder), de retroalimentação para aqueles que coletaram os dados (para confirmar que uma ação está ocorrendo) e, em muitos casos recentes, medidas de resposta e controle para mitigar ameaças de segurança à saúde.

Numa revisão rápida sobre os modelos de vigilância sindrômica, é possível constatar a adaptabilidade dessa estratégia ante as ameaças e respostas. Desde o início da década de 1990, a estratégia de vigilância sindrômica foi aplicada a uma ampla gama de problemas de saúde pública, usando várias fontes de dados, desde estudos epidemiológicos até redes sentinelas com modelos diferentes, como: evento sentinela, unidades sentinelas ou profissionais sentinelas<sup>(36)</sup>. Não só foi

usada para coletar dados sobre síndromes de doenças específicas, mas também para monitorar a saúde pública após ou durante desastres naturais, como em eventos de massa (Copa do Mundo e Olimpíadas), inundações ou pandemias.

### **3.7.5 FASES DA GESTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA**

**Prevenção:** evitar riscos à saúde humana, principalmente decorrentes de doenças e desastres. Essas medidas preventivas visam a evitar o risco de adoecimento, ferimentos, sequelas e morte.

**Preparação:** ciclo contínuo de planejamento, organização, treinamento, atualização tecnológica, equipamentos, exercício simulados, avaliação e execução de ações corretivas. Planos de Emergência dedicados às situações inesperadas, Planos de Contingência para situações conhecidas, bem como Protocolos e Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) são a base da preparação, que se concentra na prontidão para responder a todos os incidentes e emergências de modo oportuno e proporcional ao risco, conforme estabelecido pelo RSI.

**Resposta:** composta pela coordenação e gerenciamento dos recursos disponíveis, como pessoal, equipamentos, suprimentos e área física. Na resposta, são aplicados os conceitos de COE e SCI abordando todos os aspectos da emergência. A fase de resposta é uma reação à ocorrência como uma emergência. Durante a resposta, podem ser adotadas medidas para controlar e conter a ameaça ou mesmo para mitigar, reduzindo as perdas humanas e estruturais e reduzindo o impacto da emergência.

**Recuperação:** consiste nas atividades e ações que extrapolam a fase da emergência, geralmente declarada pelo gestor responsável. Essas medidas visam recuperar e restaurar as funções da comunidade e começar a gerenciar os esforços de estabilização; e a velocidade dependerá do nível da vulnerabilidade e capacidade de resiliência da área afetada. Essa fase começa a partir do momento que a ameaça se torna passível de controle.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não obstante o seu caráter abrangente, ao longo da implementação do SUS, houve uma dominância de ações com foco na assistência à saúde, particularmente quanto ao acesso, seja pela pressão da mídia e população, seja pela demanda reprimida devido ao modelo de gestão da saúde. Além disso, a tecnologia em saúde, compreendida por medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos, teve sua incorporação e descentralização de modo desigual entre a assistência e a vigilância, gerando uma defasagem na atualização das capacidades de resposta, sentida principalmente nas técnicas de campo.

À medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação das ações com base em princípios

epidemiológicos é necessária para determinar estratégias mais adequadas, e isso é consensualmente tido como indispensável<sup>(37)</sup>.

Desde o ano 2000, o MS investe quantias significativas de recursos públicos para organização da resposta às ESP no território nacional. Esses recursos englobam formação de recursos humanos, aquisição de equipamentos, adequação de estruturas, fornecimento de insumos, medicamentos e apoio técnico.

Ao longo de 20 anos, estratégias como o Cievs e o EpiSUS permitiram a formação de profissionais em todo o Brasil, ampliando a oferta com cursos de nível fundamental, intermediário em parceria com a Fiocruz e avançado que já atingiu a marca de 139 profissionais que contribuíram com resposta a aproximadamente 400 surtos ou emergências de saúde pública e inquéritos de campo, além de colaborar para a organização de eventos de massa e assessorias em vigilância em saúde no Brasil e no exterior, como em situações de emergência das microcefalias e anomalias congênitas associadas ao vírus Zika, pandemia de influenza A/H1N1, desastres ambientais, bem como na resposta à COVID-19<sup>(38-39)</sup>.

A complexidade do monitoramento das ações de vigilância é ainda maior quando se trata de resposta às emergências, visto que seu adequado funcionamento depende da disponibilidade de recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos diversificados, nem sempre sob a responsabilidade direta de um setor. Ademais, as bases de dados existentes, no caso específico dos serviços, não possibilitam o seu adequado monitoramento, e até mesmo os indicadores de uso corrente lhes são apenas parcialmente aplicáveis.

A compreensão da cadeia de resposta às ESP e o emprego de toda a capacidade da Vigilância em Saúde permitirão a identificação de pontos críticos e a reflexão sobre toda a logística e recursos empregados, visando aperfeiçoar o desempenho do sistema e tornar mais precisas e oportunas as ações de resposta, evitando mortes e impacto na vida e na economia.

Possivelmente, após os erros cometidos pela OMS na resposta ao ebola em 2014 e pela ineficiência na fase inicial da pandemia de COVID-19, será preciso rever os mecanismos de gestão de situações de emergência. Incorporação de métodos de integração de grandes bases de dados, como ocorre no Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (Cidacs), na Fiocruz, permitirá a identificação de “sinais anômalos” não somente pelo uso de técnicas epidemiológicas, mas também pela incorporação de cientistas e engenheiros de dados que poderão contribuir com o uso de inteligência artificial, mineração de dados, entre outras metodologias da matemática e até aeroespacial. Para a Vigilância em Saúde, nem o espaço é o limite!

## REFERÊNCIAS

1. Center for Disease Control. Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 1994 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4305.pdf>.
2. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. 2008;22(64):19-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>.
3. Brasil. Decreto nº 7616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 17 nov 2011 [acesso 2020 out 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm).
4. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde [tese]. Campinas: Unicamp; 2004.
5. Baiter S, et al. Epidemic nephritis in Nova Serrana, Brazil. *Lancet* 2000;355: 1776-80. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02265-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02265-0).
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. Brasília, DF: Opas; 2019 [acesso 2020 no 27]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812).
7. Burkle FM. Global Health Security Demands a Strong International Health Regulations Treaty and Leadership From a Highly Resourced World Health Organization. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015; 9(5):568-80. doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.26>.
8. Godri Pollitt KJ, et al. COVID-19 vulnerability: the potential impact of genetic susceptibility and airborne transmission. *Hum Genomics.* 2020;14(17). doi: <https://doi.org/10.1186/s40246-020-00267-3>.
9. Castelyn CDV, et al. Resource allocation during COVID-19: A focus on vulnerable populations. *South Afr J Bioeth Law* [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 27];13(2).Disponível em: <http://www.sajbl.org.za/index.php/sajbl/article/download/644/>.
10. Morabia A. A history of epidemiologic methods and concepts. New York: Springer Science & Business Media; 2005.
11. Brasil. Arquivo Nacional. Mapa. Provedor-mor/Provedoria-Mor de Saúde da Corte e Estado do Brasil [Internet]. 2017 [acesso 2019 dez 12]. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/210-provedor-mor-provedoria-mor-de-saude-da-corte-e-estado-do-brasil>.



12. Fundação Oswaldo Cruz. A Revolta da Vacina [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>.
13. Brasil. Arquivo Nacional. Mapa. Junta de Higiene Pública [Internet]. 2016 [acesso 2019 dez 12]. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/357-junta-de-higiene-publica>.
14. Brasil. Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850. Criação da Junta de Hygiene Publica. 1850. Câmara dos Deputados [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-598-14-setembro-1850-559839-publicacaooriginal-82251-pl.html>.
15. Oliveira WK. Emergência de saúde pública de importância internacional: resposta brasileira à síndrome congênita associada à infecção pelo Zika vírus, 2015 e 2016. 2017 [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
16. Brasil. Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886. Reorganiza o serviço sanitario do Imperio. 1886. Câmara dos Deputados [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>.
17. Costa EA. Fortalecer o SUS – Tarefa Nacional: A propósito da pandemia de COVID-19. *Comun Em Ciênc Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 27];31(supl). Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/663>.
18. Rossi MJS. Espaço: poder e saúde – a reforma de Carlos Chagas. *Rev Bras Enferm*. 1991;44: 83-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671991000100015>.
19. Fundação Oswaldo Cruz. Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>.
20. Schneider CM, Tavares M, Musse C. O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de S. Paulo. *RECIIS* [Internet]. 2015 [acesso 2020 nov 27];9(4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/995/1995>.
21. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Dário Oficial da União* [Internet]. 30 out 1975 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm).
22. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www>.

[senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_07.05.2020/art\\_200\\_.asp#:~:text=VII%20%2D%20participar%20do%20controle%20e,nele%20compreendido%20o%20do%20trabalho.](http://senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_07.05.2020/art_200_.asp#:~:text=VII%20%2D%20participar%20do%20controle%20e,nele%20compreendido%20o%20do%20trabalho.)

23. Brasil. Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Câmara dos Deputados [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html>.
24. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>.
25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018 [Internet]. 2018 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.
26. Piovesan MF. A Construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2002.
27. Fundação Nacional de Saúde. Relatórios de Gestão 1999 a 2002 [Internet]. [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/documents/20182/25005/Relat%C3%B3rio+-+das+Princ%C3%ADpais+Atividades+e+Resultados+1999\\_2002+-+Presid%C3%AAncia.pdf/6e243691-57a1-4085-b7b8-65016021133a](http://www.funasa.gov.br/documents/20182/25005/Relat%C3%B3rio+-+das+Princ%C3%ADpais+Atividades+e+Resultados+1999_2002+-+Presid%C3%AAncia.pdf/6e243691-57a1-4085-b7b8-65016021133a).
28. Fundação Nacional de Saúde. Portaria Funasa nº 473, de 31 de agosto de 2000. Instituiu o Núcleo de Resposta Rápida em Emergências Epidemiológicas (Nurep) [Internet]. 2000 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1420127/pg-105-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-04-09-2000>.
29. Brasil. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 30 jul 2005 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030\\_07\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html).
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_resposta\\_emergencias\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf).
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 01. Situação epidemiológica da febre amarela no monitoramento 2019/2020 [Internet]. 16 jan 2020 [acesso 2020 nov 27]. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf>.

32. Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 03 out 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 04. Novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. 22 jan 2020 [acesso 2020 out 10]. [https://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim\\_epidemiologico\\_SVS\\_04.pdf](https://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf).
34. Katz R, et al. Redefining syndromic surveillance. *J Epidemiol Glob Health*. 2011;1(1): 21-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2011.06.003>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume Único [Internet]. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 2020 nov 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf).
36. Teixeira MG, et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf Epidemiológico Sus*. 1998;7(1):7-28. doi: <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000100002>.
37. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(2):341-53. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200009>.
38. Macario EM. Participações do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS) em investigações de surtos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/99162/000930554.pdf?sequence=1>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. EpiSUS completa 20 anos capacitando profissionais de saúde [Internet]. 31 jul 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/epi-sus-completa-20-anos-capacitando-profissionais-de-saude>.

# MALÁRIA NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL-COLÔMBIA-PERU EM TEMPOS DE PANDEMIA

Martha Cecilia Suárez-Mutis<sup>1</sup>

**RESUMO:** A estratégia técnica mundial para o paludismo 2016-2030 tem como visão um mundo livre de malária. Essa estratégia propõe, como meta, uma redução de 90% dos casos até o ano de 2030, quando comparado com 2015, e cada nação precisa definir seus marcos para a eliminação dessa doença. O Brasil foi um dos países que conseguiram atingir a meta do milênio de redução em mais de 75% dos casos de malária, ao comparar os casos de 2015 com os do ano 2000, porém as fronteiras internacionais amazônicas são áreas de alto risco epidemiológico. O processo de controle até a eliminação da malária é muito frágil e precisa de investimentos contínuos, fortalecimento permanente dos serviços de saúde e uma estratégia adequada a cada realidade local. A chegada da pandemia de COVID-19 pode ser um empecilho para a eliminação da malária dessas áreas. Este trabalho examina a situação de malária na área de tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru ao longo do tempo e avalia o possível impacto para sua eliminação a partir da chegada da COVID-19 na região.

**PALAVRAS-CHAVE:** Malária. Pandemia. Fronteiras. Eliminação. COVID-19.

---

<sup>1</sup> Médica. Especialista em Epidemiologia. Mestre e Doutora em Medicina Tropical. Pesquisadora Titular em Saúde Pública. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/6385688749919519>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2809-6799>. [marmutis@ioc.fiocruz.br](mailto:marmutis@ioc.fiocruz.br)/ [martha-suarezmutis@gmail.com](mailto:martha-suarezmutis@gmail.com).



## I. INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços para o controle da malária em nível global, essa doença continua sendo um importante problema de saúde pública no planeta. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, entre 2010 e 2014, houve uma importante redução da incidência da doença, de 71 para 57 casos por cada mil habitantes; entretanto, entre 2014 e 2018, essa incidência permaneceu praticamente inalterada<sup>(1)</sup>. No Brasil, mais de 99% dos casos ocorrem na região Amazônica. Em 2015, o país notificou 142.583 casos de malária, a cifra mais baixa nos últimos 35 anos, com uma diminuição em mais de 75% do número de casos quando comparado com o ano 2000, alcançando uma das metas de desenvolvimento do milênio e mostrando que ações bem direcionadas e permanentes realizadas pelos serviços de saúde permitem reduzir a carga da doença<sup>(2)</sup>. A partir do ano 2016, houve um novo aumento na incidência. O comportamento da malária é muito heterogêneo e depende de uma série de determinantes nem sempre bem compreendidos<sup>(3)</sup>. À medida que a doença ia encolhendo em diferentes áreas geográficas, ficou evidente a importância das áreas de fronteira para lograr o controle e a futura eliminação da doença<sup>(4)</sup>. A epidemiologia da malária na fronteira internacional entre Brasil, Colômbia e Peru deve ser mais bem entendida para propor ações sustentadas que levem à eliminação da doença nessa área.

Por outro lado, desde que a OMS reconheceu a emergência pela COVID-19 como uma pandemia, em 11 de março de 2020<sup>(5)</sup>, que levou a um estado de alerta global e à necessidade de adoção de uma série de medidas, como o distanciamento físico dos indivíduos, houve uma enorme preocupação com as ações de controle da malária, que devem ser realizadas em forma permanente para não perder os ganhos alcançados na última década<sup>(6)</sup>. Este trabalho examina a situação de malária na área de tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru e avalia o possível impacto nas ações de controle desde a chegada da COVID-19 na região.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 ÁREA DE ESTUDO

A tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru compreende um território extenso no médio da Amazônia desses países. Seis municípios encontram-se em ambos os lados dessa fronteira. No Brasil, são os municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, na região do Alto Solimões, e Atalaia do Norte no Vale do Javari. Do lado colombiano, é o município de Leticia, capital do departamento do Amazonas. Do lado peruano, no departamento de Loreto, as províncias (equivalentes aos municípios) de Ramón Castilla e Requena conformam esse espaço fronteiriço. No total, são 232.783 pessoas distribuídas em 181.255 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional média de 1,3 habitantes por km<sup>2</sup>. No entanto, essa distribuição é muito heterogênea, pois a densidade populacional é de 20,2 e 8,3 habitantes por km<sup>2</sup> em Tabatinga e Leticia, respectivamente, as duas maiores cidades da região; e de 0,3 em Atalaia do Norte e 0,6 em Requena e Ramón Castilla. A **Figura 1** mostra a configuração dessa fronteira <sup>(7-9)</sup>:

**FIGURA 1.** Municípios brasileiros que conformam a tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru



Elaboração: Rafael Santos.

### 2.2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo baseado em dados secundários dos casos de malária e de COVID-19 nos três municípios brasileiros da tríplice fronteira. Foram usadas as informações do sistema de vigilância epidemiológica para malária do Ministério da

Saúde, do período de 2003 até 30 de setembro de 2020, dos municípios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga. O número de casos por ano, mês de notificação, espécie parasitária, município e estratégias de detecção foram selecionados para análise. Por outro lado, os dados de vigilância de casos confirmados e óbitos da COVID-19 foram analisados por município, usando os dados do Ministério da Saúde, no período entre os dias 13 março e 30 de setembro de 2020 assim como dos dados apresentados nos boletins 1 e 2 da Rede transfronteiriça para o enfrentamento da pandemia de COVID-19<sup>(10-11)</sup>. As informações dos casos nas terras indígenas foram extraídas dos boletins epidemiológicos da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai)<sup>(12)</sup>.

## 2.3 ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Os casos de malária foram analisados usando medidas malariométricas clássicas, como a Incidência Parasitária Anual (IPA), que permite classificar as áreas de transmissão em alto ( $\geq 50$ ), médio ( $<50$  e  $\geq 10$ ) e baixo risco ( $<10$ ), de acordo com o número de casos por mil habitantes<sup>(13)</sup>. Foi construído o diagrama de controle de cada município em duas etapas. Primeiro, foram calculadas as medianas e o primeiro e terceiro quartil para cada mês, no período de 2003 até 2019. Foi considerado como limite superior o terceiro quartil; e, como limite inferior, o primeiro quartil. Posteriormente, foram feitos gráficos com o número esperado e observado de casos. Os meses foram considerados epidêmicos quando excederam o limite superior esperado. Para as análises da duração das epidemias, foi considerada a classificação descrita por Braz et al.<sup>(14)</sup>, que as classifica como epidemias curtas (1 a 4 meses epidêmicos durante o ano), médias (5 a 8 meses) e longas (9 a 12 meses). Para avaliar os casos de COVID-19, foram calculadas a incidência por 100 mil habitantes, a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes e a letalidade por cada 100 doentes.

**Aspectos éticos:** Por serem informações públicas de bases de dados do Ministério da Saúde, largamente divulgadas sem acesso aos nomes dos indivíduos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

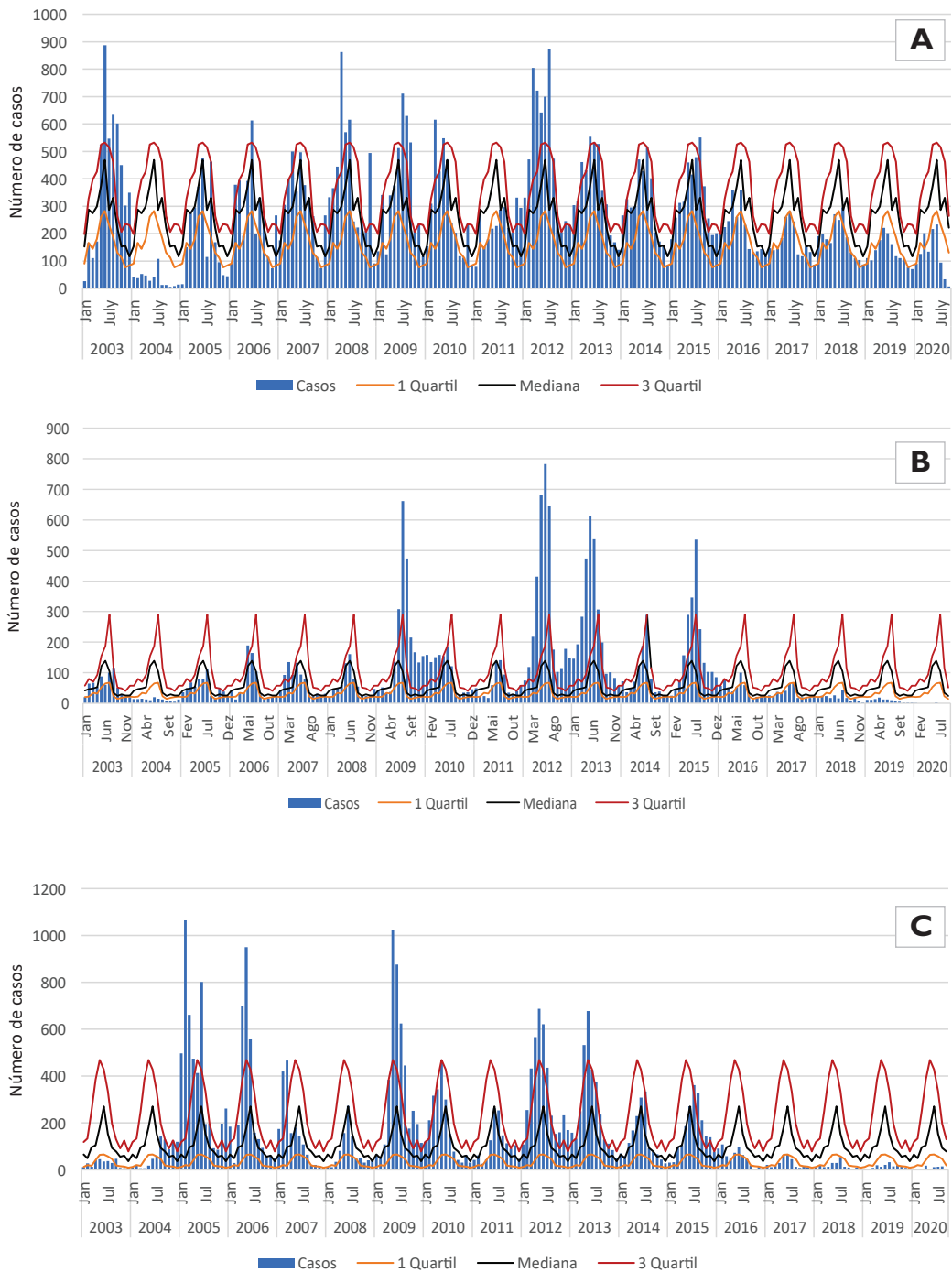
## 3. RESULTADOS

### 3.1 A SITUAÇÃO DA MALÁRIA NOS MUNICÍPIOS DA FRONTEIRA

No período de 17 anos, os três municípios da fronteira notificaram 107.157 casos de malária, com uma média anual de 6.303 casos. Atalaia do Norte, apesar de ter uma população menor, notificou 52.732 casos, com uma média de  $3.299 \pm 182$  (IC95%: 2.586-3.987) casos, seguido de Tabatinga, com um total de 31.843 casos, uma média anual de  $1.873 \pm 200$  (IC95%: 1.079-2.667), e Benjamin Constant com 19.235 casos, com uma média anual de  $1.132 \pm 131$  casos (IC95%: 590,5-1.672). Nos três municípios, a maior carga da malária ocorre nas áreas indígenas. A **Figura 2** mostra os casos de malária nessa região.



**FIGURA 2.** Comportamento da malária entre 2003 e 2020 e diagrama de controle nos municípios da fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. A. Atalaia do Norte; B. Benjamin Constant; C. Tabatinga



Em Tabatinga, a IPA média do período foi de 35 casos por mil habitantes, com a menor IPA em 2019 com 2,5 casos por mil habitantes e a maior na epidemia de 2005 com 112,5 casos por mil habitantes. Em cinco anos, a IPA foi maior de 50 casos por mil habitantes; e somente em um ano, maior que 100. O diagrama de controle desse município mostra um aumento dos casos de malária a partir do mês de março, atingindo seu ápice em maio e junho, e com diminuição no mês de julho. A baixa estação malárica ocorre entre agosto e fevereiro. Durante o período de estudo, foram contabilizadas 11 epidemias, sendo 7 de curta duração, 2 de média e 2 de longa duração. Nesse município, há uma diminuição sustentada no número de casos desde o ano 2013, com um pequeno surto nos últimos meses de 2015; a partir de 2016, os casos vêm diminuindo de forma considerável. Para poder comparar os dados, foram observados os casos entre janeiro e setembro de 2019 e 2020. No total, houve 137 casos em 2019 e 84 em 2020, com uma diminuição, neste último ano, de 38,7%, e de 56,9% quando comparado com o mesmo período de 2018. Em Tabatinga, a maior parte dos casos ocorre nas áreas indígenas, e um menor percentual corresponde a casos urbanos na periferia da cidade. Para analisar a gestão do programa, foi avaliada a busca ativa dos casos; entre janeiro e setembro de 2019, foram realizados 6.298 testes de diagnóstico de malária, sendo que 1.634 (25,9%) foram por busca ativa. Em 2020, os dados reportados até o dia 30 de setembro mostravam que havia sido realizado um total de 5.877 testes, sendo 2.165 (36,8%) por busca ativa.

No mesmo período, em Benjamin Constant, a IPA média foi de 33,4 casos por mil habitantes, sendo que a menor IPA foi de 2,6 em 2019 e a maior foi 104,5 em 2012, único ano em que a IPA foi maior de 100 casos por mil habitantes; em quatro anos, a IPA foi maior de 50 casos por mil habitantes. O diagrama de controle mostra que a estação de maior transmissão começa a partir do mês de abril, com um ápice em junho e diminuição a partir de agosto. A estação de baixa transmissão vai de setembro até janeiro de cada ano. Nos 17 anos avaliados, foram detectadas 7 epidemias, sendo 4 de curta duração e 3 de longa duração. Desde 2016, tem havido uma diminuição sustentada dos casos; em 2018, foram notificados 221 casos e, em 2019, 111 casos. Entre janeiro e setembro de 2019, foram reportados 103 casos e, no mesmo período de 2020, 43 casos, com uma redução de 58,2% com relação a 2019. Igualmente, em Tabatinga, a maior parte dos casos ocorre nas áreas indígenas rurais. Ao comparar os nove primeiros meses de 2019, foi observado que foram realizados um total de 2.926 testes de diagnóstico de malária nesse município, sendo 22,1% de busca ativa; em 2020, foram realizados 2.177 testes, sendo 15,4% de busca ativa.

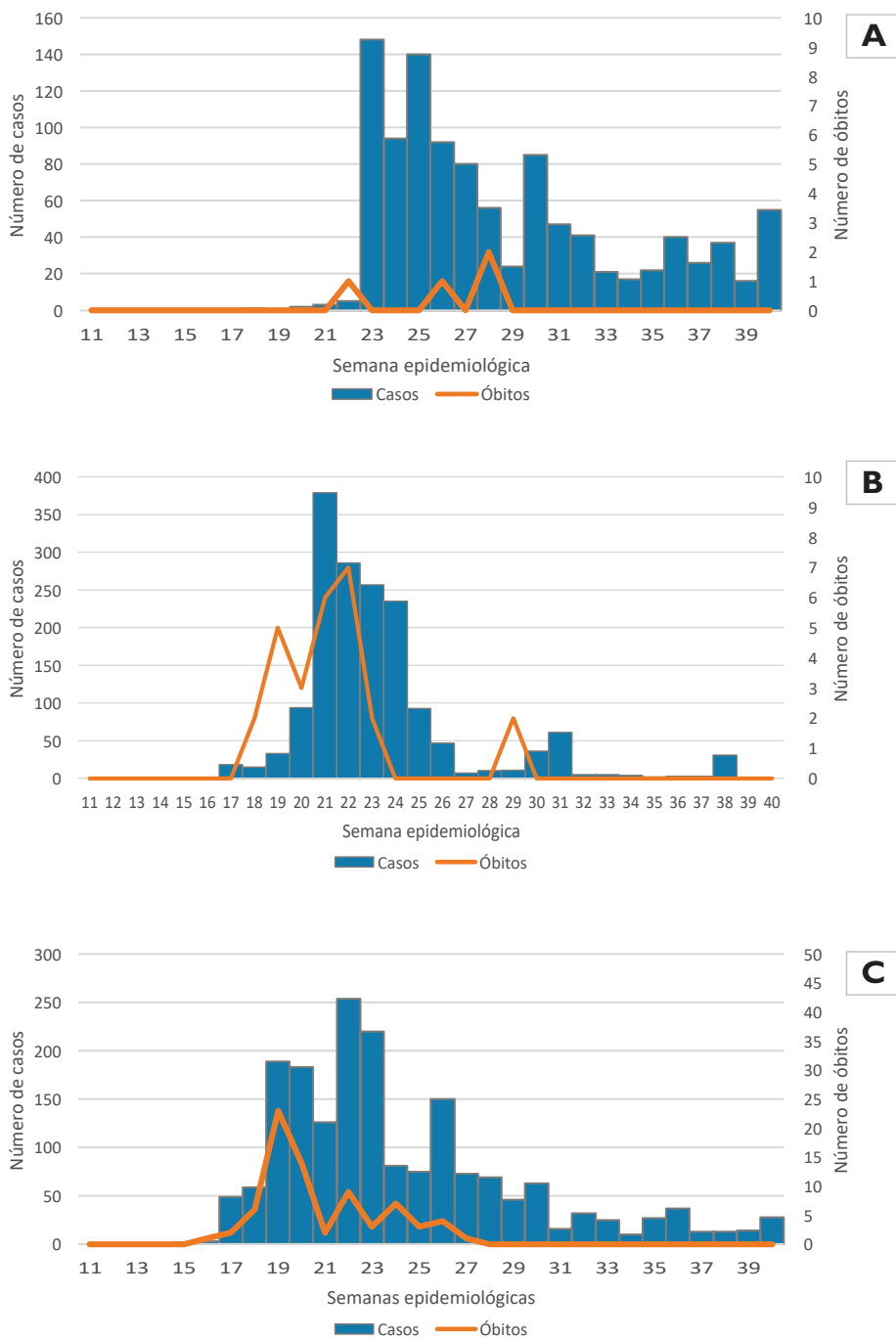
Em Atalaia do Norte, a IPA média no período foi de 200 casos por mil habitantes, sendo que a menor IPA foi de 37,6 em 2004, o único ano em que a IPA foi menor de 50 casos por mil habitantes. A estação de alta transmissão começa em abril, com um ápice em junho e julho e com diminuição dos casos a partir de agosto. A estação de baixa transmissão ocorre entre setembro e dezembro. Em 15 dos 17 anos da série histórica, a IPA de malária nesse município esteve acima de 100 casos por mil habitantes. Nesse período, ocorreram 18 episódios epidêmicos, sendo que 14

foram classificados como epidemias de curta duração, 3 de média duração e 1 de longa duração. O último episódio epidêmico ocorreu em 2015. Comparando os casos entre janeiro e setembro de 2019 e 2020, foi possível observar uma redução de 11,9% dos casos em relação a 2019. Nesse mesmo período, foram realizados 11.395 testes de diagnóstico para malária em 2019, dos quais 51,6% foram de busca ativa. Em 2020, o número de testes realizados foi de 14.656, um incremento de 28,6%. Desses testes, 70,8% foram por busca ativa.

#### 4. A COVID-19 NA TRÍPLICE FRONTEIRA

Os primeiros casos de COVID-19 foram notificados na tríplice fronteira no mês de abril. A confirmação do primeiro caso em Tabatinga aconteceu no dia 8 de abril, em Benjamin Constant, no dia 22 de abril, e em Atalaia do Norte, em 29 de abril. A **Figura 3** mostra o comportamento da pandemia nos três municípios da fronteira até o dia 30 de setembro, data de fechamento da última informação disponível. No total, foram diagnosticados 4.479 casos nesses três municípios, com uma incidência acumulada de 3.561 casos por 100 mil habitantes; houve 125 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 97,1 por 100 mil habitantes e uma letalidade de 2,8%. Em Tabatinga, foram confirmados 1.864 casos, com uma incidência acumulada de 2.831 casos por 100 mil habitantes; o número de óbitos no município foi de 81, com uma taxa de mortalidade de 123 por 100 mil e uma letalidade de 4,3%. A partir do primeiro caso confirmado na semana epidemiológica 15, houve um rápido incremento, passando de 2 pacientes na semana 15 para 49 na semana 17. O pico da epidemia nesse município foi na semana 22, com 254 casos, e na semana 23, com 220 casos. Desde a semana 24, tem havido um lento declínio no número de casos; na semana 38, foram detectados 13 indivíduos, com uma média de 22 casos semanais nas últimas quatro semanas. A semana 39 dessa série não está completa ainda e por isso não será analisada.

**FIGURA 3.** Casos de COVID-19 nos municípios da fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. A. Atalaia do Norte; B. Benjamin Constant; C. Tabatinga



Em Benjamin Constant, o total de casos até a semana 40 foi de 1.607, com uma incidência acumulada de 3.739 por 100 mil habitantes; houve 40 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 93 por 100 mil e uma letalidade de 2,5%. A partir dos primeiros casos diagnosticados em 22 de abril, houve um aumento progressivo até a semana 21, quando foram diagnosticados 379 casos; nas semanas 22, 23 e 24, foram detectados 286, 257 e 235 casos, respectivamente, com um declínio posterior. Na semana 38, houve 31 casos, após quase 6 semanas, com menos de 5 casos diagnosticados por semana.

Em Atalaia do Norte, o total de casos até a semana 40 foi de 1.008, com uma incidência acumulada de 5.060 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, foram notificados 4 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 20 por 100 mil habitantes e uma letalidade de 0,40%. A partir da semana epidemiológica 18, quando foi reportado o primeiro caso, houve um aumento mais lento das notificações, atingindo o maior patamar na semana 23 com 148 casos, e na semana 25 com 140 casos. Na semana 38, foram detectados 37 casos novos, com uma média semanal de 31 casos nas últimas quatro semanas.

## 5. DISCUSSÃO

A estratégia técnica mundial (ETM) para o paludismo 2016-2030, adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2015, tem como visão um mundo livre de malária<sup>(15)</sup>. A ETM propõe, como meta, uma redução de 90% dos casos até o ano de 2030, quando comparado com 2015, e cada nação precisa definir seus marcos para a eliminação dessa doença. Embora muitos países estejam no caminho correto para atingir essas metas, o processo de controle até a eliminação da malária é muito frágil e precisa de investimentos contínuos, fortalecimento permanente dos serviços de saúde e uma estratégia adequada a cada realidade local<sup>(15)</sup>. Em tempos de crises pelas mudanças climáticas e de instabilidade dos governos, manter esse delicado equilíbrio exigirá muito esforço coletivo<sup>(15)</sup>. Um exemplo recente mostra como a epidemia pelo vírus Ebola no oeste da África, em 2014-2015, produziu uma completa desestruturação dos serviços de saúde cujos agentes de saúde estavam bem treinados para realização de testes diagnóstico, administração de medicamentos e distribuição de mosquiteiros impregnados para o controle da malária<sup>(16)</sup>. Além de um importante número de óbitos entre os profissionais de saúde que enfrentavam essa epidemia, houve uma sobrecarga dos serviços de saúde que não conseguiram atender adequadamente os pacientes com outras patologias, produzindo um excesso de mortalidade por malária, HIV/Aids e tuberculose nesses países<sup>(17)</sup>.

O Brasil foi um dos países que conseguiram atingir a meta do milênio de redução em mais de 75% dos casos de malária, ao comparar os casos de 2015 com os do ano 2000<sup>(2)</sup>. Com esses avanços, em 2015, o Ministério da Saúde lançou o “Plano de Eliminação da Malária”, tendo como meta a redução de, pelo menos, 90% dos casos autóctones de malária até 2030, buscando a eliminação até 2040. A primeira fase desse plano compreendia a eliminação do *P. falciparum*<sup>(18)</sup>.

No entanto, após 11 anos de redução (entre 2006 a 2016), em 2017, houve um aumento em 50% do número de casos em relação ao ano de 2016; esse incremento ocorreu em todos os estados Amazônicos, sendo que o Pará e o Amazonas tiveram as maiores elevações, de 155% e 66% respectivamente<sup>(19)</sup>. Dados preliminares de 2019 mostram que, nesse ano, foram notificados 155.638 casos, com uma redução de 20% na região amazônica comparada com os dados de 2018, porém sem voltar ao patamar de 2016<sup>(20)</sup>. São múltiplos os desafios para eliminar a malária na região amazônica. Entre eles, encontra-se o alto percentual de infecções submicroscópicas e assintomáticas, a emergência da resistência aos antimaláricos, tanto do *P. falciparum* quanto do *P. vivax*, a falta de medicamentos seguros para evitar as recaídas, a necessidade de melhores estratégias integradas de controle vetorial, a malária na gravidez, a mobilidade humana, melhores ferramentas de vigilância epidemiológica e seu uso nos serviços locais de saúde para a identificação de focos de infecção em áreas de baixa transmissão, os efeitos das mudanças ambientais e climáticas, entre outros<sup>(21)</sup>.

As fronteiras internacionais amazônicas são áreas prioritárias para o controle da malária. Essas áreas possuem cenários de transmissão altamente heterogêneos e com epidemiologia complexa<sup>(22)</sup>. A pobre articulação entre os atores responsáveis pelo controle da doença de cada país é uma debilidade nessas fronteiras. Existe uma série de diferenças entre os sistemas de vigilância dos países que também são observadas na diversidade de esquemas terapêuticos, ações de controle dos vetores e atividades de prevenção<sup>(23)</sup>. O simples compartilhamento das informações epidemiológicas entre os diferentes gestores é complexo, devido ao uso de diferentes variáveis nos sistemas de vigilância de cada país<sup>(24)</sup>.

Para entender o problema da malária na tríplice fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru à luz da recente pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), foram estudados os principais aspectos da epidemiologia da malária nos três municípios brasileiros que compartilham essa fronteira durante um período de 17 anos de informações disponíveis no sistema de vigilância epidemiológica. Os dados mostraram que Atalaia do Norte é o município com maior risco epidemiológico nessa região, com várias epidemias ao longo do tempo. A maior carga da doença encontra-se na área indígena<sup>(25)</sup>, e o *P. vivax* é a principal espécie implicada na transmissão. Atalaia do Norte vem apresentando uma diminuição marcada da doença devido à continuidade de ações de prevenção e controle, sendo que a implementação de pontos de microscopia tanto na área indígena quanto nas localidades de fronteira foi uma das estratégias que mais contribuíram para o controle da doença<sup>(26)</sup>. A gerência de endemias do município fortaleceu a parceria com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (DSEI-VJ), e os dados mostram uma redução da malária. Porém, é necessário salientar que, pelas condições de conectividade desse município, assim como da rede de telecomunicações, é muito provável que a notificação não esteja ainda completa, podendo aumentar o número de casos reportados correspondentes aos primeiros meses do ano. A situação epidemiológica em Tabatinga e Benjamin Constant mostra uma drástica diminuição no número de casos de malária nos últimos quatro anos. A malária nesses dois municípios também ocorre fundamentalmente nas áreas indígenas, e uma maior articulação entre a gerência de endemias do DSEI do Alto Solimões (DSEI-AS) tem contribuído para fortalecer as

ações de controle. De fato, nos últimos anos, tem havido um escalonamento das atividades de controle de malária nas áreas indígenas e um investimento para aumentar a rede de microscopia indispensável para realizar o diagnóstico oportuno para o tratamento adequado dos pacientes. O contexto geográfico de Tabatinga e Benjamin Constant é mais favorável, e existe uma maior conectividade que no DSEI-VJ. O DSEI-AS é um dos poucos distritos que têm, totalmente descentralizado, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), notificando, por conseguinte, os dados praticamente em tempo real, o que ajuda muito o processo de tomada de decisões dos gestores.

Esses dados revelam que esses três municípios mostravam, em proporções diferentes, uma redução importante e sustentada da malária nos últimos quatro anos, quando a COVID-19 chegou na região em abril de 2020. Até o dia 30 de setembro, foram diagnosticados 4.479 casos de infecção pelo SARS-CoV-2, com uma incidência acumulada de 3.561 casos por 100 mil habitantes e 125 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 97,1/100 mil. A incidência acumulada no país, no mesmo período, foi de 2.322 casos por 100 mil habitantes, e a taxa de mortalidade foi de 69,5 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que a incidência e a mortalidade no estado do Amazonas foram de 3.429,5 e 100,6 casos por 100 mil habitantes respectivamente <sup>(27)</sup>. Juntos, os três municípios fronteiriços mostram uma incidência e mortalidade similar às do estado do Amazonas, porém, individualmente, é notório que o município de Atalaia do Norte (que possui a menor população) tem uma maior incidência (5.060 casos por 100 mil), porém uma menor mortalidade (20/100 mil) e letalidade (0,40%). Chama atenção a maior mortalidade no município de Tabatinga, uma das maiores do Brasil. Leticia, na Colômbia, localizada justamente ao lado de Tabatinga, também tem uma das maiores incidências de COVID-19 <sup>(28)</sup>.

Como os três municípios têm uma alta proporção de povos indígenas, foi verificada a carga de COVID-19 nessa população. Os dados atualizados até 30 de setembro pela Sesai mostram que, no DSEI-AS, haviam sido registrados 1.610 casos de COVID-19, com 35 óbitos. Como esse distrito realiza o atendimento à população indígena de seis municípios do Alto Solimões, e não foram encontradas outras informações desagregadas, não é possível analisar a carga de COVID-19 na população indígena de Tabatinga e Benjamin Constant. Por outro lado, o DSEI-VJ reportou 469 casos com 2 óbitos, mostrando, assim, uma incidência de 7.435 casos/100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 31,7 casos/100 mil habitantes <sup>(12)</sup>. Dessa forma, é possível assinalar a importante carga da COVID-19 entre os povos indígenas do rio Javari, porém, felizmente, a mortalidade tem se mantido baixa.

Após o Brasil notificar o primeiro caso de Covid-19, começou todo um processo de preparação para a mitigação da pandemia nos três municípios fronteiriços. Foram elaborados planos de contenção no nível municipal, assim como nos Distritos sanitários. Em Tabatinga e Benjamin Constant, após um período de uma escalada dos casos nos meses de maio e junho, houve uma importante diminuição, pelo menos até a semana 38. Em Atalaia do Norte, os casos começaram mais tardiamente, porém a redução, também observada, foi muito menor, mantendo uma média semanal de 31 casos, um pouco



maior que em Tabatinga e Benjamin Constant, municípios que possuem uma maior população. Apesar dessa redução, a pandemia continua, e não há evidência clara de controle. O número de reprodução efetivo ( $R_e$ ) no Vale do Javari é de 2,4; para o DSEI-AS, embora menor, é de 1,32, indicando, ainda, alto risco de dispersão da doença no território, com especial atenção para o DSEI-VJ<sup>(12)</sup>. Com os dados advindos de outros países, que tiveram um pico importante de casos e óbitos nos meses de abril e maio, com controle posterior, e que estão vivenciando, atualmente, uma segunda onda da pandemia, é preciso manter o estado de alerta, incluindo ações para evitar o ressurgimento da doença nos municípios de fronteira. Como os recursos não são infinitos, existe uma profunda preocupação de que haja uma redução de atividades de outros programas de controle de doenças, como a malária por exemplo. Até agora, aparentemente, nos municípios da fronteira, a malária está contida devido ao melhoramento da estrutura antes da pandemia, como parte dos compromissos adquiridos pelo Brasil dentro da ETM. Houve investimento no treinamento e alocação de insumos para agentes de saúde, capazes de realizar testes de diagnóstico rápido e distribuição de antimaláricos, assim como na expansão da rede de microscopia em localidades prioritárias. Além disso, nos três municípios, há agentes de endemias em localidades-chave, que possuem inseticidas e máquinas dispersoras para realização da borrifração intradomiciliar para o controle vetorial.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

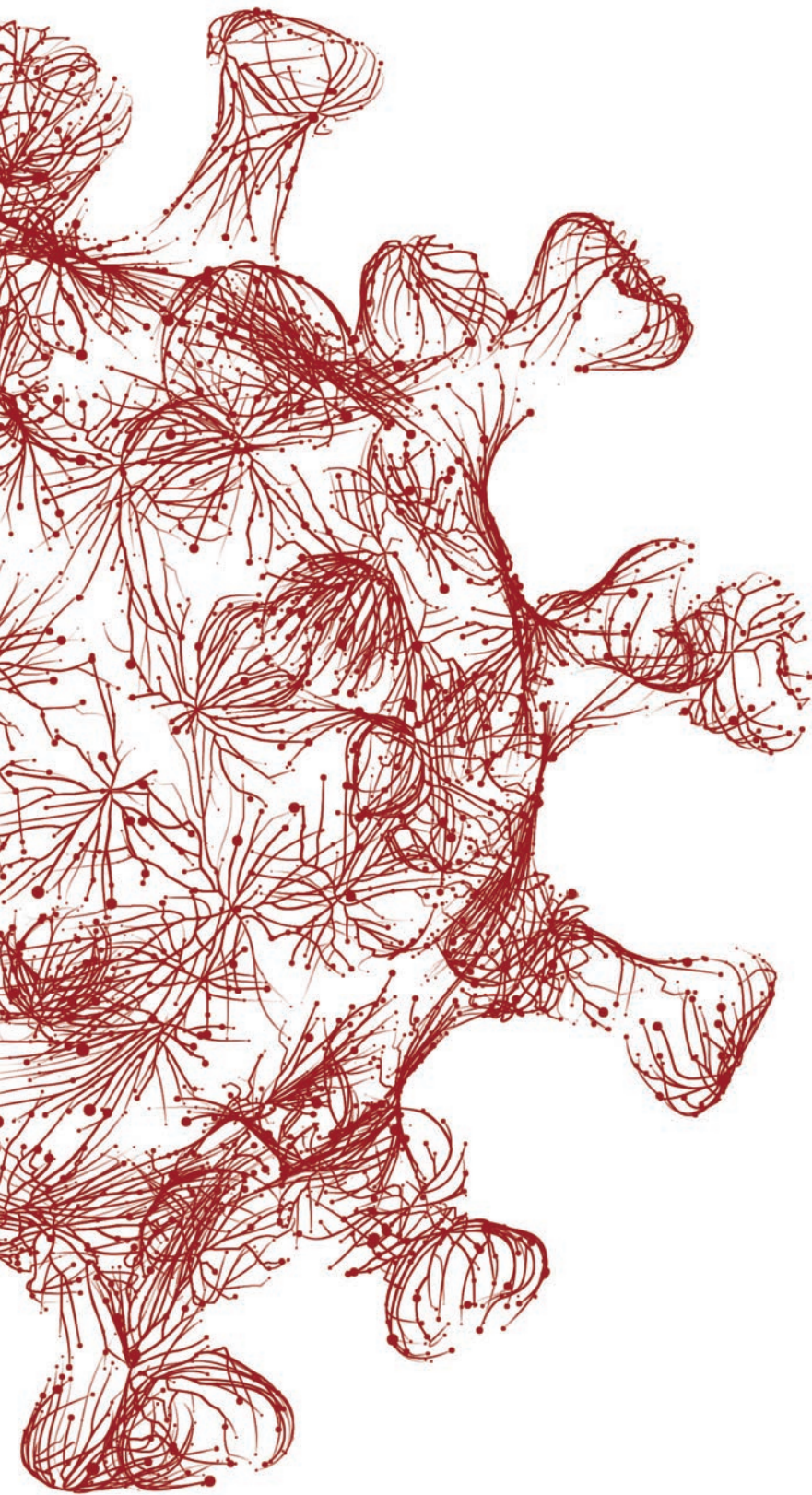
Depois de quase seis meses de pandemia na tríplice fronteira e com o distanciamento social obrigatório, é muito provável que, em breve, os insumos de combate à malária sejam consumidos em sua totalidade, e será necessário o abastecimento de novos materiais, assim como programação de viagens para realizar atividades de controle. A compra de equipamentos de proteção individual para os técnicos que realizam essas ações é fundamental, para que os profissionais possam realizar seu trabalho com diminuição do risco potencial de infecção e evitando o ressurgimento da malária, fato esperado se as ações não forem continuadas imediatamente. Existe uma profunda preocupação pela possível contenção de recursos para os municípios, devido à crise econômica pós-COVID, que terá impacto nas ações dos programas de controle não somente de malária, mas de outros agravos. Nessas áreas de fronteira, é fundamental o trabalho integrado com os parceiros dos outros países, assim como com outros atores estratégicos locais, para evitar que todos os ganhos obtidos nos últimos anos para o controle de malária sejam perdidos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 185p.
2. Suárez-Mutis MC, Martínez-Espinosa FE. Malária. Em: Coura & Pereira. Fundamentos das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 279-293.
3. Souza PF, et al. Spatial spread of malaria and economic frontier expansion in the Brazilian Amazon. PLoS One. 2019;14(6):e0217615. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217615>. eCollection 2019.
4. Wangdi K, et al. Share Cross-border malaria: a major obstacle for malaria elimination. Adv Parasitol. 2015;89:79-107. doi: <https://doi.org/10.1016/bs.apar.2015.04.002>.
5. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Internet]. 11 mar 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
6. Bill and Melinda Gates Foundation 2020. Covid-19, una perspectiva mundial. Reporte Goalkeepers 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/downloads/2020-report/reportes.pdf>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y Proyecciones de Población [Internet]. [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>.
9. Colombia. Información estadística como insumo para la focalización de medidas de alivio sobre el impacto del COVID-19 en el país. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/informacion-estadistica-como-insumo-para-la-focalizacion-de-medidas-de-alivio-sobre-el-impacto-del-covid-19-en-el-pais>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 34 [Internet]. Doença pelo coronavírus Covid-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. 65 p. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/08/Boletim-epidemiologico-COVID-34.pdf>.
11. Rede Transfronteiriça para o Enfrentamento da Pandemia por Covid-19. Dinâmica epidemiológica da pandemia da COVID-19, na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Boletim\\_2.pdf](https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Boletim_2.pdf).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Boletim Epidemiológico 164 [Internet]. 1 out 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/01-10-2020\\_Boletim%20epidemiologico%20SESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf](http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/01-10-2020_Boletim%20epidemiologico%20SESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária – PNCM. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2003. 132 p. [acesso 2020 set 01]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nac\\_prev\\_malaria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nac_prev_malaria.pdf).
14. Braz RM, Duarte EM, Tauil PL. Algoritmo para monitoramento da incidência da malária na Amazônia brasileira, 2003 a 2010. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):186-92.
15. Organização Mundial da Saúde. Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016–2030. Programa Mundial do Paludismo. Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS; 2015. 31p.
16. Hayden CE. Ebola obstructs malaria control. *Nature*. 2014;514(7520):15-6. doi: <https://doi.org/10.1038/514015a>.
17. Hira S, Piot P. The counter effects of the Ebola epidemic on control and treatment of HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria in West Africa. *AIDS*. 2016;30(16):2555-2559. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001231>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Eliminação da Malária no Brasil. Brasília: DF; 2016. 36 p. [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/04/Plano-eliminacao-malaria-pub.pdf>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 35. Vigilância Epidemiológica da Malária no Brasil, 2017 a 2019 [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 01]. p. 24-28. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/20/Boletim-epidemiologico-SVS-35.pdf>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 17 [Internet]. Dia Mundial da Malária: 25 de abril. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS), Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. 51. 2020 [acesso 2020 out 02]. p. 19-30. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/24/Boletim-epidemiologico-SVS-17-.pdf>.
21. Ferreira MU, Castro MC. Challenges for malaria elimination in Brazil. *Malar J*. 2016;15(1):284. doi: <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1335-1>.
22. Cruz FV, et al. Complex malaria epidemiology in an international border area between Brazil and French Guiana: challenges for elimination. *Trop Med Health*. 2019;47:24. doi: <https://doi.org/10.1186/s41182-019-0150-0>. eCollection 2019.

23. Peiter PC, et al. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2497-2512.
24. Saldanha R, et al. Contributing to Elimination of Cross-Border Malaria Through a Standardized Solution for Case Surveillance, Data Sharing, and Data Interpretation: Development of a Cross-Border Monitoring System. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(3):e15409. doi: <https://doi.org/10.2196/15409>.
25. Sampaio M, et al. Malaria in the Indian reservation of “Vale do Javari”, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1996;38: 59–60.
26. Palma-Cuero M. Estudo das infecções assintomáticas por *Plasmodium* spp. no Vale do rio Javari, Amazonas [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz; 2020.
27. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html).
28. Secretaria de Salud Departamental del Amazonas. Boletín Epidemiológico Diario Comportamiento COVID-19 Amazonas [Internet]. 24 set 2020 [acesso 2020 out 10].. 25p. Disponível em: [https://amazonas.micolombiadigital.gov.co/sites/amazonas/content/files/000872/43565\\_boletin-diario-24-de-septiembre-covid19-amazonas.pdf](https://amazonas.micolombiadigital.gov.co/sites/amazonas/content/files/000872/43565_boletin-diario-24-de-septiembre-covid19-amazonas.pdf).





# PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: EQUÍVOCOS ESTRATÉGICOS INDUZIDOS POR RETÓRICA NEGACIONISTA

Naomar Almeida-Filho<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este ensaio analisa processos políticos induzidos por retórica negacionista como determinantes da dinâmica da pandemia de COVID-19 no Brasil. Em primeiro lugar, introduz brevemente essa problemática como uma questão teórica, avaliando seus limites e potencial aplicabilidade para compreensão de sistemas epidemiológicos. Em segundo lugar, discute alguns dos elementos metodológicos selecionados para analisar o padrão de disseminação do processo pandêmico da COVID-19 no Brasil. Em terceiro lugar, analisa os efeitos das desigualdades estruturais sobre a dinâmica social da pandemia, resultante de supostos desentendimentos e descoordenação na formulação e execução de políticas de controle da pandemia. Em quarto lugar, com o auxílio de uma linha de tempo microarqueológica, apresenta uma análise retórica construída a partir da identificação de conflitos e inconsistências entre narrativas e evidências estruturantes do discurso oficial sobre a pandemia. Nessa perspectiva, modelos de intervenção e medidas de controle em diversos países, e sua subsequente adoção ou rejeição em nosso país, são interpretados como equívocos estratégicos que se tornaram fracassos no enfrentamento da crise sanitária da COVID-19 no Brasil.

---

1 Médico, Mestre em Saúde Comunitária, Ph.D. em Epidemiologia e Antropologia Médica. Professor Titular de Epidemiologia (aposentado) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professor Visitante do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. <https://orcid.org/0000-0002-4435-755X>. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4783580U6>. [naomaralmeida@gmail.com](mailto:naomaralmeida@gmail.com).



## I. INTRODUÇÃO

Pandemias são basicamente epidemias em larga escala. Em outras palavras, trata-se de megaepidemias que escapam ao controle de órgãos e sistemas de proteção à saúde pública do seu local de origem e ultrapassam fronteiras nacionais, alcançando numerosos países e diversos continentes. O caso da pandemia da COVID-19 é especial porque essa enfermidade reúne condições de forte transmissibilidade: baixa letalidade e virulência, reduzida patogenicidade, altíssima infectividade<sup>(1)</sup>. De acordo com o conjunto de evidências reunidas até o momento<sup>(2)</sup>, a maior incidência de casos graves e óbitos encontra-se entre sujeitos que já sofrem de outras condições crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes, e que pertencem a grupos vulnerabilizados da sociedade, negros, pobres, residentes em áreas urbanas degradadas ou em localidades remotas isoladas, com acesso reduzido a serviços de saúde com qualidade-equidade.

Recentemente, em editorial da prestigiosa revista médica *The Lancet*, Horton<sup>(3)</sup> declarou, provocativamente, que a COVID-19 era mais que uma pandemia e se configura como um evento sindêmico. Não obstante a pertinência desse tema, cabe aqui assinalar os limites dessa provocação, que podem ser contemplados e quiçá superados por abordagens teóricas baseadas em múltiplos planos de ocorrência, conformando o que tem sido denominado de sindemia<sup>(4)</sup>, incluindo a ideia de infodemia<sup>(5)</sup>.

Conforme previsto em diferentes perspectivas teóricas<sup>(4-5)</sup>, as pandemias emergem da interação dos processos biomoleculares da doença, com sua contraparte clínica e epidemiológica, com processos ecossociais da enfermidade, nas interfaces entre os planos econômico, social, político e cultural<sup>(4)</sup>. A forma assumida pela pandemia em cada país ou região é resultante da ação de agentes sociais e das respostas de governos, em diferentes contextos políticos, com distintas configurações de Estado<sup>(6-7)</sup>. Uma importante questão, neste aspecto



específico, é a natureza dessa transformação, se contingencial (ou espontânea) ou induzida, como efeito de políticas de governo com a intencionalidade de aplicação de um dado modelo de representação da realidade epidemiológica.

O presente artigo tem como objetivo analisar processos políticos gerados por uma retórica negacionista determinante da dinâmica da pandemia de COVID-19 no Brasil. Tem como hipótese auxiliar que os respectivos danos sanitários e sociais foram induzidos por políticas de governo definidas por adesão ativa, consciente e publicizada a um padrão relativamente consistente de respostas institucionais, compartilhado com outros países que, de modo correspondente e articulado, sofrem neste momento de uma conjuntura política regressiva. São países cujos governos adotam um marco político populista, conservador e autoritário, e cultivam e propagam uma matriz ideológica obscurantista, fundamentalista e negacionista, especialmente no que se refere ao conhecimento científico<sup>(8)</sup>.

Com esse objetivo, em primeiro lugar, introduzo brevemente alguns dos elementos metodológicos selecionados para analisar o padrão de disseminação do processo pandêmico da COVID-19 no Brasil. Em segundo lugar, analiso os efeitos das desigualdades estruturais sobre a dinâmica social da pandemia, resultante de supostos desentendimentos e descoordenação na formulação e execução de políticas de controle da pandemia. Em terceiro lugar, com o auxílio de uma linha de tempo microarqueológica, apresento uma análise retórica construída a partir da identificação de conflitos e inconsistências entre narrativas e evidências estruturantes do discurso oficial sobre a pandemia. Nessa perspectiva, modelos de intervenção e medidas de controle em diversos países, e sua subsequente adoção ou rejeição em nosso país, são interpretados como equívocos estratégicos que se tornaram fracassos no enfrentamento da crise sanitária da COVID-19 no Brasil.

## 2. METODOLOGIA

No plano metodológico, o objetivo deste estudo é analisar alinhamentos conceituais, níveis de planejamento e medidas operacionais que afetaram a qualidade e o tempo de resposta dos governos da União e de entes federados subnacionais, ante a disseminação da pandemia da COVID-19 no Brasil. Para alcançar esse objetivo, como matriz metodológica, foi realizada uma compilação de estudos sobre os padrões de resposta de vários países onde a trajetória cronológica da pandemia antecedeu a ocorrência dos primeiros casos e óbitos em território nacional, utilizando dados de estudos recentes<sup>(6-8)</sup>.

Nessa etapa, foram identificados quatro modelos (tipo-ideal) de enfrentamento da pandemia: (I) controle e bloqueio das cadeias de transmissão (vigilância epidemiológica); (II) redução do contágio por NPI (quarentenas, redução radical de interação social - *lockdown*); (III) mitigação dos danos (retaguarda hospitalar intensiva); (IV) isolamento vertical (*focused protection*) => imunidade de rebanho.

Essa tipologia foi utilizada para cotejar os padrões mundiais com as decisões de condução diante da pandemia tomadas pelos níveis de governo e instâncias de gestão do sistema público de saúde no território nacional. Países que empregaram o modelo I, isolado ou em combinação com o modelo II, como a China, Coreia do Sul, Uruguai, Nova Zelândia e Noruega, obtiveram melhores resultados no controle da pandemia. Países que seguiram o modelo II, frequentemente em combinação com o modelo III, como a maioria dos países da União Europeia (Alemanha, Portugal, Espanha, França e Holanda) e alguns países da América do Sul, como Argentina e Chile, e da África, obtiveram grande variação de resultados, constantemente sem sustentação dos controles epidemiológicos. Países que seguiram basicamente o modelo III, em algumas etapas incorporando elementos ou fases do modelo IV, como a Inglaterra, Bélgica, Suécia, México, Peru e Colômbia, em geral alcançaram resultados negativos. Países que apostaram no modelo IV, com alguns elementos do modelo III, como Estados Unidos da América (EUA), Rússia, Índia e Brasil, são exemplos de fracasso no controle da pandemia.

Buscando o contraste analítico da situação brasileira perante esses modelos, foi realizada uma cartografia microarqueológica das políticas de governo em termos de natureza da resposta do Estado e sua efetividade/tempo, focalizando, sobretudo, o campo da retórica. Essa análise da retórica oficial foi complementada por uma avaliação de núcleos discursivos da narrativa produzida por dirigentes e agentes políticos. Os resultados são apresentados sob a forma de uma revisão narrativa, em perspectiva etnográfica, com base numa linha de tempo, permitindo constatar se avaliações de evidências, suficientes para tomada de decisão orientada pela ciência, foram efetivamente realizadas e eventualmente seguidas, com foco nas consequências de curto, médio e longo prazo para a sociedade mundial e brasileira.

### **3. DINÂMICA SOCIAL E POLÍTICA DA PANDEMIA NO BRASIL**

Mesmo antes da pandemia, em muitos países, havia problemas referentes a financiamento, gestão e qualidade do sistema público de saúde, agudizados pela recente crise econômica, social e política<sup>(7)</sup>. A pandemia causada pelo novo coronavírus acentua uma série de problemas gerados pelas desigualdades sociais na saúde dos brasileiros. No setor público, aspectos organizacionais dos programas e instituições de saúde traziam obstáculos materiais e institucionais que geram iniquidades e segregação, disparidades de renda e de inserção social, no acesso a recursos assistenciais disponíveis, além do *gap* na informação determinado por diferenciais de gênero, geração, educação e renda. Entretanto, além do recrudescimento das questões já conhecidas, a pandemia revelou novas formas de desigualdades, inequidades e iniquidades<sup>(9)</sup>.

A pandemia atingiu o Brasil no meio de uma agenda política de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na economia. Como resultado dos cortes de gastos e das reformas de ajuste neoliberal, principalmente reforma previdenciária e trabalhista, ao contrário do crescimento econômico apregoado, tem-se acentuado a situação de desemprego,

crise e piora nos indicadores fiscais. A política de austeridade também desfinanciou o Sistema Único de Saúde (SUS) e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais<sup>(10)</sup>.

Com a pandemia, pelo contrário, as políticas econômicas, assistenciais, de saúde e segurança pública precisariam mitigar o efeito das desigualdades de toda ordem: desigualdades de gênero, de raça/etnia, de classe social, territoriais. As medidas de distanciamento e quarentena são muito difíceis de serem seguidas pela população pobre, com trabalhadores informais, autônomos, desempregados. Milhões de brasileiros moram em áreas aglomeradas, em casas precárias, nas periferias das grandes cidades. Essas pessoas têm dificuldade de permanecer isoladas em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para tudo: alimentos, aluguel, água, energia. Além disso, é preciso cuidar de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactentes, bem como a população e grupos em situações de vulnerabilidade, as populações indígenas, ribeirinhas, grupos quilombolas. Uma pandemia como esta, sem dúvida, aprofunda desigualdades sociais, gerando um aumento da vulnerabilidade social, de iniquidades em saúde e de violações de direitos humanos, afetando diretamente grupos populacionais oprimidos e discriminados e, indiretamente, todos os pobres e excluídos da nação<sup>(9-10)</sup>.

A forma como o governo federal do Brasil tem enfrentado a pandemia, até o momento, tem-se revelado incompetente e, sob muitos aspectos, irresponsável. Autoridades políticas e sanitárias incorreram em sérios equívocos e omissões, uma sucessão de erros, atos trágicos que resultaram em sofrimento e mortes totalmente desnecessárias. Com mais de sete meses de pandemia, o executivo federal não apresentou qualquer plano nacional de enfrentamento da pandemia ou equivalente<sup>(10)</sup>.

Até o presente momento, as lideranças políticas continuam errando, de forma aparentemente deliberada. O próprio Presidente da República e muitos dirigentes oficiais têm promovido a quebra de quarentenas e medidas de distanciamento, incentivando aglomerações e não uso de máscaras. Além disso, têm encorajado o uso de tratamentos farmacológicos (antimalárico, anti-helmíntico de uso veterinário, remédio contra piolho e sarna, enema retal de ozônio) sem qualquer comprovação de eficácia para a COVID-19<sup>(11)</sup>. No caso do antimalárico cloroquina, isso indicaria apenas irresponsabilidade, caso não tivesse custado vidas e sofrimento, dado que esse medicamento inclusive produz efeitos colaterais fatais (infelizmente ainda não devidamente estudados como iatrogenia específica da pandemia), além de representar enorme desvio de recursos públicos e energia institucional. O exército brasileiro fabricou milhões de comprimidos de cloroquina, estoques para décadas de tratamento da malária, muito além da validade do fármaco. Com esse e com outros medicamentos, laboratórios farmacêuticos aproveitaram para aumentar preços e lucros. No final de contas, o resultado foi desabastecimento de anestésicos, anti-inflamatórios, anticoagulantes e sedativos, medicamentos essenciais para tratar casos graves de COVID-19 sob terapia intensiva no SUS<sup>(12)</sup>.

No enfrentamento da pandemia, alguns estados e municípios têm demonstrado maior sensibilidade em relação ao problema do que o governo federal. É realmente notável o esforço que tem

sido feito para expandir a capacidade instalada de leitos, abrindo leitos de UTI; mas essa estratégia tem problemas ou limites para controlar a pandemia. Mais do que hospitais de campanha, são necessários serviços ambulatoriais eficientes, unidades intermediárias equipadas e centros de terapia intensiva ou de referência para essas unidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados, com equipes completas, com medidas corretas de proteção individual e coletiva<sup>(10)</sup>.

Não obstante, os estados e municípios têm, em geral, falhado em utilizar as redes de atenção primária à saúde, com uma abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia. A atuação dessas equipes deve ser capaz de promover uma vigilância epidemiológica efetiva nos territórios, visando a bloquear e reduzir a velocidade de expansão da epidemia, coordenando ações de prevenção primária e secundária à COVID-19, com identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, além do apoio ao isolamento domiciliar dos casos detectados e seus contatos<sup>(10)</sup>. As estratégias de controle epidemiológico continuam sendo as mais eficazes para infecções respiratórias de alta contagiosidade, como a COVID-19. São seculares, antecedem a própria emergência das ciências modernas, precedem em muito a própria epidemiologia – e sua efetividade se ampliou muito com a descoberta e aperfeiçoamento de tecnologias diagnósticas rápidas, válidas e confiáveis. No entanto, essa estratégia só pode ser conduzida com apoio e coordenação nacional, com inteligência e organização centralizada, bem distante do que se observa da parte do governo federal<sup>(10)</sup>.

## **4. MODELO DE ISOLAMENTO VERTICAL: RETÓRICA POLÍTICA**

Desde o começo da pandemia da COVID-19 no Brasil, a ideia de “isolamento vertical” foi proposta e defendida pelo próprio Presidente da República e seus auxiliares. Na expectativa de se alcançar uma suposta “imunidade de rebanho”, pretendia-se suspender medidas gerais de controle epidemiológico, isolando somente grupos vulneráveis, idosos e pessoas com comorbidades. Logo após o anúncio dessa bizarra ideia, pesquisadores de várias disciplinas, de imediato, contestaram sua validade científica<sup>(13)</sup>. Na literatura científica, não existe qualquer conceito dessa ordem, menos ainda seu oposto simétrico, o “isolamento horizontal”, vagamente referido à quarentena e ao distanciamento físico como estratégia geral de redução do contágio.

Considerando que o médico Henrique Mandetta, então Ministro da Saúde, foi exonerado do cargo e exposto a humilhação pública por seguir as orientações da OMS, em que teria o Presidente encontrado justificativa para seu posicionamento pseudocientífico? Vejamos a linha de tempo da microarqueologia dessa noção, a partir de sua primeira formulação no final do mês de março último.

20/03/2020. Um dietólogo, David Katz, publica no New York Times um texto de opinião, intitulado “Será nossa luta contra o coronavírus pior do que a doença?”<sup>(14)</sup>; autoapresentado como diretor-fundador do Yale-Griffin Prevention Research Center e presidente de uma organização

chamada True Health Initiative, em cujo site Katz promove a concepção de “interdição vertical”. Significando normas para controle do contágio dentro das famílias, essa noção seria oposta ao que ele descreve como: “uma tática que chamo de “interdição horizontal” – quando as políticas de contenção são aplicadas a toda a população sem considerar seu risco para infecção grave.”

21/03/2020. Epidemiologistas e pesquisadores médicos de várias universidades, imediatamente, escreveram artigos refutando essa proposta. A prestigiosa Universidade de Yale apressou-se em declarar que, desde 2019, Katz fora afastado da direção do Griffin Hospital Prevention Research Center<sup>(15)</sup>.

22/03/2020. Thomas Friedman publica em sua coluna no New York Times um artigo intitulado “Plano para fazer a América voltar ao trabalho”<sup>(16)</sup>, no qual chama a atenção para uma estratégia mais “cirúrgica” de controle da pandemia, minimizando danos econômicos. Ele considera “*one of the best ideas*” (uma das melhores ideias) a “*vertical interdiction*” proposta pelo nutrólogo Katz.

23/03/2020. Steve Hilton, âncora da Fox News, referindo-se à defesa da economia, lança no ar o bordão *the cure is worse than the disease* (tradução: “não podemos deixar a cura ser pior do que a doença”)<sup>(15)</sup>.

24/03/2020. Donald Trump propõe um plano para reabrir a economia na Páscoa; para isso, promete flexibilizar as medidas de controle da pandemia nos EUA. Posta em seu perfil no Twitter “não podemos deixar a cura ser pior do que o problema em si”<sup>(15)</sup>.

24/03/2020. Num pronunciamento em cadeia nacional, o Presidente Bolsonaro afirma que a doença será “quando muito, uma gripezinha,” que pouco afetará a população brasileira, capaz de, segundo ele, espontaneamente produzir resistência ao coronavírus. Introduce no discurso presidencial a notícia de que se está buscando “a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento do COVID-19”. Anteriormente, confrontado com os primeiros sinais da pandemia, sua primeira e, por muito tempo, única resposta tinha sido promover o uso em massa desse medicamento antimalárico, ordenando sua fabricação em instalações militares.

25/03/2020. Instagram @governodobrasil:

No mundo todo, são raros os casos de vítimas fatais do #coronavírus entre jovens e adultos. A quase-totalidade dos óbitos se deu com idosos. Portanto, é preciso proteger estas pessoas e todos os integrantes dos grupos de risco, com todo cuidado, carinho e respeito. Para estes, o isolamento. Para todos os demais, distanciamento, atenção redobrada e muita responsabilidade. Vamos, com cuidado e consciência, voltar à normalidade. #oBrasilNãoPodeParar.

Nesse mesmo dia, numa entrevista, o presidente declara: “A orientação vai ser o isolamento vertical daqui pra frente, ou seja, idosos e quem tem duas ou mais doenças.” Propõe retomar a atividade econômica, para evitar “a cura ficar pior que a doença em si”.

26/03/2020. Osmar Terra, parlamentar, ex-ministro de Estado, é entrevistado numa cadeia nacional de rádio. Primeiro, apresenta suas credenciais de médico e ex-secretário de saúde que, segundo ele, teria enfrentado e vencido epidemias muito mais sérias do que a pandemia da COVID-19. Ao tentar explicar temas técnicos em linguagem simples, exhibe sua alegada experiência de gestor e suposta fundamentação técnica, como se estivesse postulando algum cargo. Assertivo, sem hesitação, afirma que a população brasileira já teria alcançado níveis de “imunidade de rebanho” suficientes para justificar o relaxamento do distanciamento social. Para ele, controlar a pandemia “Não tem nada a ver com fechar escola, shopping, proibir ônibus [...] tem que proteger as pessoas que estão mais debilitadas, que têm doenças crônicas, esse é o grupo que tem que ser isolado”. Confirma ser esta “a posição do Presidente Bolsonaro, baseada em evidências científicas, nas informações do Ministério da Saúde, que defende o isolamento vertical.”

27/03/2020. Adam Gabbatt, em artigo no *The Guardian*<sup>(15)</sup>, informa que Katz é um especialista em consultoria nutricional, autor de livros de autoajuda alimentar, com sugestivos títulos como *The Way to Eat, Cut Your Cholesterol e Stealth Health*. Além disso, tem notórios vínculos com a grande indústria de alimentos, cobrando centenas de milhares de dólares de empresas como Hershey's, Kind Bars, Quaker Oats, e outras não reveladas, como perito em processos judiciais e para escrever artigos positivos sobre seus produtos.

4/10/2020. Numa celebração com direito a brindes com champanhe, foi divulgado um manifesto intitulado *The Great Barrington Declaration*<sup>(17)</sup>, liderado por três pesquisadores de universidades de renome. A proposta conclama a todas as pessoas, tanto aqueles com menor risco de morrer por COVID-19 quanto membros de grupos de risco que assim o desejem, a retomar suas atividades normais no plano profissional e na vida cotidiana, frequentando bares e restaurantes, aglomerando-se em eventos esportivos, artísticos e culturais. Dessa forma, o texto faz referência positiva à “imunidade de rebanho”, ao afirmar que o aumento da transmissão da doença entre aqueles de menor risco eventualmente contribuirá para o controle da pandemia. Quase *en passant*, relança a concepção de “isolamento vertical”, agora rebatizada como *Focused Protection*, ou “proteção focalizada”, indicando que as autoridades sanitárias deveriam viabilizar e reforçar o rigoroso isolamento de idosos e portadores de comorbidades. A iniciativa (e seu marketing ostensivo) foi toda financiada pelo American Institute for Economic Research, um *think tank* conservador vinculado a uma rede de organizações associadas ao negacionismo das mudanças climáticas<sup>(18)</sup>. Subscrita por milhares de nomes (incluindo robôs digitais e personagens fictícios, logo identificados e desmascarados), a declaração conta, entre seus primeiros signatários, com o Sr. David Katz.

Do ponto de vista epidemiológico, não faz qualquer sentido usar uma quarentena invertida, aplicada somente a vulneráveis, e não a infectados, sem contar que grande parcela da população vive em condições que dificilmente ou jamais se poderia isolar alguém em casa. A livre circulação dos sujeitos contaminantes, sintomáticos ou não, facilitaria o contágio; e a pandemia fugiria a qualquer controle, podendo tornar-se endêmica. Além de cientificamente inválida, essa estratégia é problemática também do ponto de vista da ética médica, na medida



em que implica um gerontocídio anunciado, dada a maior virulência e letalidade da COVID-19 entre idosos. Em suma, por esses e outros motivos, a esquisita noção de “isolamento vertical” não encontra fundamentação, nem ética nem metodológica, nos campos científicos da medicina e da saúde coletiva <sup>(18)</sup>.

## 5. CONCLUSÃO: INFODEMIA, DESALINHAMENTOS E EQUÍVOCOS ESTRATÉGICOS

Numa perspectiva mais ampla, podemos rever a dinâmica da pandemia da COVID-19. O aumento acelerado de infectados e casos clínicos, assintomáticos ou não, a circulação do vírus numa determinada população, ou numa sociedade, a transmissão em redes sociais, a concentração demográfica ou a agregação de sujeitos podem representar fatores de risco ou ameaça ambiental para doenças transmissíveis, como é o caso da COVID-19. Fatores geopolíticos, relações econômicas ou vetores migratórios são capazes de transformar um surto epidêmico numa pandemia, ao tempo em que ondas de informações falsas e decisões políticas equivocadas podem resultar numa “pandemia ideológica”, reduzindo a capacidade de uma dada sociedade controlar a pandemia viral.

Impressiona a velocidade dessa pandemia ideológica, ou infodemia <sup>(19)</sup>. Em apenas seis dias, um vírus de desinformação atravessa hemisférios e ameaça a política de toda uma nação, a saúde de toda uma população e a vida de toda uma geração. Na infodemia da COVID-19, a cadeia de contágio Katz-Friedman-Hilton-Trump-Bolsonaro-Terra se mostra bastante evidente, mais ainda ao se rastrear o repasse, como o fizemos, dessa paupérrima metáfora da “cura que mata” em paralelo com uma versão simplória da velha e bizarra ideia de “imunidade de rebanho” <sup>(20)</sup>. Todavia há um pequeno detalhe, intrigante, talvez uma inconsistência nessa hipótese arqueológica: trata-se afinal de interdição ou de isolamento? A resposta pode estar na conexão Miami-Brasília, considerando as limitações linguísticas dos Bolsonaros. Os anglo-saxões têm uma expressão bastante adequada para esta situação: *lost in translation* (perdidos na tradução).

Eventos críticos ou objetos complexos são regidos por lógicas não lineares, com pluralidade de modos de determinação, em distintos planos de ocorrência <sup>(5)</sup>. Sistemas dinâmicos revelam propriedades de elevada mutabilidade (alta taxa de variação segundo contexto e nível de ocorrência) que, em muitos casos, resultam em plasticidade (capacidade de ajustamento a condições ou variações de contexto). Podemos afirmar que, para fenômenos epidemiológicos de escala global como as pandemias, trata-se de uma plasticidade suprassistêmica, ou sindêmica <sup>(3-4,21)</sup>. Para uma compreensão útil dessa propriedade, precisamos considerar a formação do fenômeno epidemiológico como processo sindêmico embutido numa expansão abrupta em larga escala, portanto, pandêmica. No caso de uma pandemia como a da COVID-19, essa propriedade de plasticidade é levada ao extremo. Trata-se de uma modalidade de mutabilidade sensível a contexto que, nesse caso, implica uma conjuntura política submetida a um tipo peculiar de “populismo médico” <sup>(8)</sup>, conforme indiquei na problematização deste ensaio. No registro específico, podemos



falar de fenômenos sensíveis à natureza da resposta ecossocial à pandemia. No caso da fraude científica aqui analisada, típico objeto do plano de ocorrência simbólico-político, trata-se aqui de um dispositivo de retórica ou artefato de guerra ideológica.

Enfim, a ideia de isolamento vertical constitui uma fraude científica, cruel e extremamente perigosa. Mentiras se desmascaram em mais ou menos tempo; mal-entendidos e meias-verdades eventualmente se esclarecem; falácias podem ser desconstruídas (com maior ou menor esforço). Mas é muito difícil combater a retórica política baseada em argumentos que contêm desonestidade e pseudoverdades, supostamente baseadas em evidências científicas, porque o sujeito que as enuncia tem má-fé e quem as propaga age de modo socialmente irresponsável. É preciso denunciar, combater e desmascarar os que a promovem. Se não o fizermos, o preço a ser pago será um gerontocídio anunciado no seio de um genocídio camuflado, numa sociedade que já tem sofrido em demasia com desigualdades, discriminações, iniquidades e injustiças herdadas de sua triste história de colonialismo, escravismo e patriarcado.

## REFERÊNCIAS

1. Hu B, et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol.* 2020;6:1-14. doi: <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>. Epub ahead of print. PMID: 33024307; PMCID: PMC7537588.
2. Ioannidis JP. Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic. *Eur J Clin Invest.* 2020;00:e13423. doi: <https://doi.org/10.1111/eci.13423>.
3. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet.* 2020;396(10255):874. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
4. Tsai AC, et al. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *Lancet.* 2017;389(10072):978-82. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8).
5. Almeida-Filho N. Modelagem da pandemia COVID-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud Av.* 2020;34(99):97-117. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.007>.
6. Greer SL, et al. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Glob Public Health.* 2020;15(9):1413-16. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>.
7. Shamasunder S, et al. COVID-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in this historic moment. *Glob Public Health,* 2020;15(7):1083-89. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1760915>.
8. Lasco G. Medical populism and the COVID-19 pandemic. *Glob Public Health.* 2020;15(10):1417-29. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1807581>.
9. Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e Desigualdade no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 6 abr 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desigualdade-no-brasil/>.
10. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/tag/plano-de-enfrentamento-da-epidemia-de-covid-19/>.
11. Falavigna M, et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Rev Bras Ter Intensiva.* Jun 2020;32(2):166-96. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200039>.
12. Brasil. Câmara dos Deputados. Falta de remédios prejudica tratamento da COVID-19 nas UTIs. Agência Câmara de Notícias [Internet]. 16 jul 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/676910-falta-de-remedios-prejudica-tratamento-da->

[-covid-19-nas-utis-alertam-medicos/](#).

13. Rocha C. O isolamento vertical defendido por Bolsonaro sob análise. Nexo [Internet] 25 mar 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/03/25/O-isolamento-vertical-defendido-por-Bolsonaro-sob-an%C3%A1lise>.
14. Katz DL. Is Our Fight Against Coronavirus Worse Than the Disease? The New York Times [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/03/20/opinion/coronavirus-pandemic-social-distancing.html>.
15. Gabbatt A. Did a New York Times article inspire Trump's 'back to work' plan? The Guardian [Internet]. 27 mar 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/mar/27/trump-coronavirus-back-to-work-column>.
16. Friedman TL. A Plan to Get America Back to Work. The New York Times [Internet]. 22 mar 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/03/22/opinion/coronavirus-economy.html>.
17. The Great Barrington Declaration. Official Social Media for Great Barrington Declaration [Internet]. 4 out 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://gbdeclaration.org/>.
18. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. A farsa do manifesto Great Barrington [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 9 out 2020 [acesso 2020 out 27]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-farsa-do-manifesto-great-barrington/53020/>.
19. Gallotti R, et al. Assessing the risks of “infodemics” in response to COVID-19 epidemics. Nat Hum Behav (2020). doi: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00994-6>.
20. Jones D, Helmreich S. A history of herd immunity. Lancet. 2020;19;396(10254). doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31924-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31924-3).
21. Gravlee CC. Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19: A syndemic in the making? Am J Hum Biol. 2020;32(5):e23482. doi: <https://doi.org/10.1002/ajhb.23482>.

# IMPACTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA RESPOSTA À COVID-19

Zenewton André da Silva Gama<sup>1</sup>

Quem não deseja ser excelente nem perfeito, quem não pretende tanto ou não se atreve a tanto, não ama o suficiente a si mesmo (Fernando Savater)<sup>(1)</sup>.

**RESUMO:** Este ensaio teve o objetivo de dialogar com algumas perguntas e referenciais teóricos e empíricos acerca do impacto da cultura de segurança do paciente na resposta à pandemia da COVID-19. A cultura organizacional positiva para a segurança e qualidade do cuidado de saúde tem sido identificada como um fator determinante da implementação de boas práticas e bons resultados de saúde. O artigo discute como a cultura de segurança do paciente pode se relacionar com os processos de trabalho dos profissionais de saúde e auxiliar na redução de riscos ao enfrentar emergências de saúde pública como o surto do SARS-CoV-2. Apresentam-se avanços e desafios para a melhoria da cultura de segurança do paciente no Brasil e discutem-se caminhos que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) podem trilhar para o seu fortalecimento. Conclui-se que a cultura de segurança do paciente no SUS não está consolidada e necessita da aliança entre os diversos interessados do sistema de saúde e da população, para fortalecer esse tema que contribui para a excelência nos cuidados de saúde por meio do aumento da resiliência do sistema em situações normais e de emergência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cultura Organizacional. Segurança do Paciente. Gestão da Segurança. COVID-19.

---

<sup>1</sup> Doutor pela Universidad de Murcia. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8885774273217562>. [zasgama@gmail.com](mailto:zasgama@gmail.com).



## I. INTRODUÇÃO

A rápida transmissão da COVID-19 e a sua alta taxa de mortalidade têm colocado os sistemas de saúde no centro da atenção mundial. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado um grande teste da sua capacidade de resposta a essa emergência de saúde pública, ao mesmo tempo que mantém a atenção às demais necessidades de saúde da população. Apesar de adaptações positivas para o enfrentamento da pandemia, o SUS tem encarado mais de 150 mil óbitos em aproximadamente 7 meses de surto (o segundo lugar mundial, em outubro de 2020) <sup>(2)</sup>, gerando enorme pressão para os profissionais e gestores da saúde.

Múltiplos fatores interferem na capacidade de resposta do sistema de saúde a esse desafio, sendo necessário um pensamento sistêmico para buscar soluções <sup>(3)</sup>. Nessa situação, devem-se reconhecer francamente os problemas de estrutura e subfinanciamento do SUS <sup>(4)</sup>, mas também as oportunidades de melhoria na condução dos sistemas de saúde para a qualidade dos serviços <sup>(5)</sup>. No contexto da gestão do SUS, um desafio é a multiplicidade, complexidade e necessidade de coordenação da implementação das ações de saúde, desde as mais básicas de vigilância epidemiológica até as de maior densidade tecnológica em leitos de terapia intensiva.

Nesse âmbito, ganha importância a discussão sobre cultura de segurança no sistema de saúde e seu impacto na resposta à COVID-19. Isso ocorre porque as falhas de qualidade nos serviços de saúde representam riscos de morbidade e mortalidade para a população, e a cultura de segurança reflete o comprometimento dos gestores e profissionais com a promoção de um ambiente com o mínimo de riscos possível, influenciando a redução de incidentes de segurança com profissionais e pacientes. A cultura de segurança é definida como um componente ou dimensão da cultura organizacional <sup>(6)</sup>. É determinada como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo da instituição em relação à gestão da segurança e da saúde <sup>(7)</sup>.

As falhas nos serviços de saúde pública e seus consequentes riscos para a segurança da população têm ficado evidentes na pandemia e têm sido objeto de importante discussão internacional<sup>(8)</sup>. O Índice Global de Segurança em Saúde (IGSS) tem-se mostrado impreciso para prever quais países estão preparados para o enfrentamento de emergências de saúde pública<sup>(8)</sup>. Por exemplo, embora os Estados Unidos fossem considerados o país mais preparado para esses desafios no IGSS, em uma comparação com outros 192 países no início de 2020, sua liderança no número de óbitos por COVID-19 mostra que o que parecia bom e correto do ponto de vista de vigilância contra os riscos à saúde nem sempre se confirma na prática. Esse tipo de problema tem reforçado as discussões sobre a qualidade dos serviços de saúde pública (vigilância epidemiológica, sanitária etc.) e se eles são realmente confiáveis para proteger a saúde da população<sup>(9)</sup>.

No entanto, os desafios da COVID-19 também envolvem os serviços curativos às pessoas contagiadas, que, de acordo com a gravidade da doença, podem necessitar desde cuidados primários até os de alta complexidade nos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nesses ambientes assistenciais, também são preocupantes a capacidade de resposta do sistema de saúde e os riscos a que os pacientes estão expostos. Um corpo sólido de evidências tem mostrado que o acesso aos serviços de saúde (por exemplo, um leito de UTI para um paciente com COVID-19) não é suficiente para produzir resultados desejáveis de saúde, pois a mortalidade associada a falhas de qualidade do cuidado pode até ser maior que a mortalidade por falta de acesso em várias doenças e agravos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, além de nos perguntarmos quantos óbitos acontecem por falta de acesso à assistência à saúde na COVID-19, também é necessário nos questionar quantas pessoas têm morrido por causa de práticas não baseadas em evidência científica e eventos adversos evitáveis<sup>(10-11)</sup>.

Diante desses riscos, a promoção da cultura de segurança nos sistemas de saúde tem sido defendida como uma forma de influenciar o comportamento das pessoas para promover uma assistência de boa qualidade. Trata-se de um meio para buscar a perfeição ou excelência no cuidado de saúde, que não deve ser visto como algo ruim, mas uma motivação que revela nosso amor-próprio<sup>(1)</sup>. Considerando que a cultura de segurança está regulamentada no SUS<sup>(12-13)</sup> e que contribui para o princípio da integralidade da assistência à saúde, este ensaio pretende: (1) discutir como a cultura de segurança interage na resposta à COVID-19; (2) analisar iniciativas para a promoção da cultura de segurança no SUS; e (3) considerar possíveis ações dos gestores para a melhoria da cultura de segurança do paciente no SUS, de forma que o sistema esteja mais preparado para enfrentar emergências de saúde pública e atender às necessidades de saúde permanentes da população.

## 2. MÉTODO

Este estudo segue o formato de um ensaio acadêmico. Defende-se a tese de que a cultura de segurança é uma característica das organizações de saúde que pode influenciar positivamente na resposta a emergências de saúde pública como a COVID-19 e que, portanto, deve ser promovida

pelas diferentes esferas de gestão do SUS. Utilizando perguntas e um diálogo com referenciais teóricos e empíricos, apresentam-se argumentos que sustentam a tese proposta, bem como suas implicações práticas.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 COMO A CULTURA DE SEGURANÇA INTERAGE NA RESPOSTA À COVID-19?**

A segurança é um componente crítico para a qualidade do cuidado<sup>(5,14)</sup>, e muitos são os riscos, eventos adversos e recomendações de cuidados seguros na atenção às pessoas com o novo coronavírus<sup>(15)</sup>. No entanto, esses riscos podem ser minimizados se houver uma cultura de segurança que influencie a adoção de práticas seguras pelos profissionais de saúde.

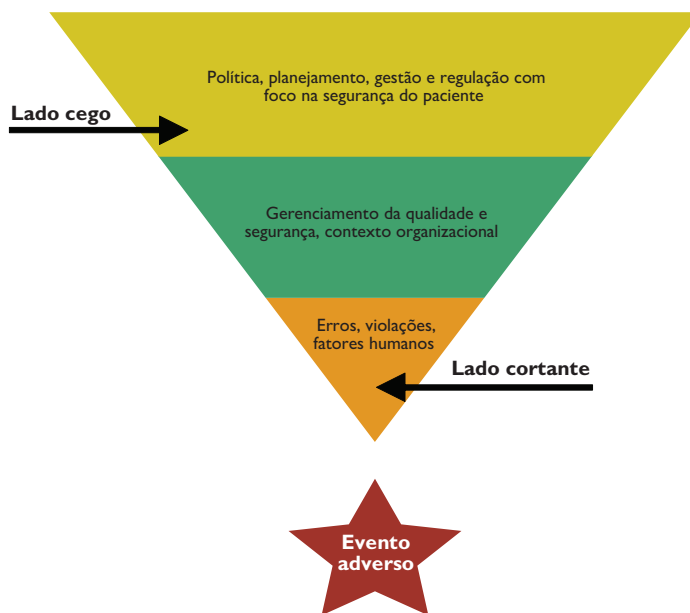
A cultura de segurança é um conceito que surgiu em organizações de alta confiabilidade, como as usinas de energia nuclear, mas sua adaptação no âmbito do SUS adotou a definição: “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”<sup>(13)</sup>. Ou seja, se os profissionais do serviço de saúde valorizam a segurança, se têm atitudes seguras diante de qualquer risco identificado, se têm as competências necessárias para identificar e reduzir riscos e se isso se traduz nas práticas de gestão e de atenção, estamos no caminho para dizer que a organização tem uma boa cultura de segurança. No entanto, o complemento da definição acima é primordial, quando fala em “substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar”. Isso é assim porque abordagem da culpabilização e da vergonha diante das falhas ou erros é um fator que contribui para a ocultação e perpetuação dos problemas de segurança. Ao contrário, a cultura de segurança valoriza a abordagem sistêmica, a qual aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de incidentes de segurança, contrapondo-se a culpabilizar os indivíduos isoladamente<sup>(16)</sup>.

Essa abordagem sistêmica tem duas claras vantagens: evita que os erros sejam escondidos pelas equipes pelo medo da punição e valoriza as causas-raiz ou fatores contribuintes mais importantes dos incidentes de segurança. Conforme foi sugerido no relatório “Errar é Humano”, que sensibilizou os sistemas de saúde para a importância da segurança do paciente, o problema não é que “os profissionais de saúde são pessoas más; mas são pessoas boas que estão trabalhando em sistemas maus e que precisam se tornar seguros”<sup>(14)</sup>. Isso significa que é preciso olhar para toda a multicausalidade de fatores que podem estar associados aos eventos adversos<sup>(17)</sup>.



Quando ocorre um evento adverso, deve-se perguntar: o serviço tem estrutura física, recursos humanos, medicamentos e tecnologias adequados para oferecer o cuidado de saúde? Os profissionais têm acesso à educação permanente sobre práticas seguras? Como está a implementação de protocolos de segurança naquele serviço? Quão sólida é a estrutura do gerenciamento da qualidade e segurança? Qual o nível de cultura de segurança do paciente? Além disso, no nível mais macro, pode-se perguntar: a segurança do paciente está incluída no plano estadual ou municipal de saúde? A regulação sanitária e da atenção à saúde tem priorizado a segurança do paciente? Todos esses questionamentos envolvem a abordagem sistêmica para os erros e eventos adversos da assistência, em vez de concentrar-se na culpabilidade dos indivíduos. Em uma analogia com uma faca, os profissionais que erram são o lado cortante dela, mas o sistema em geral compõe o lado cego desse mesmo instrumento que pode beneficiar ou causar dano (**Figura 1**)<sup>(17)</sup>.

**FIGURA 1.** Lado cego e cortante da lâmina que provoca eventos adversos nos serviços de saúde, baseado em Reason (1995)<sup>(17)</sup>



Dentro dos fatores organizacionais (lado cego), o nível de cultura de segurança pode estar associado com os eventos adversos<sup>(18-19)</sup>. No entanto, o lado cortante também pode estar associado a fatores humanos (comunicação, estresse, fadiga, cansaço, design dos equipamentos etc.), que causam erros e eventos adversos, especialmente em situações de pressão e emergência. Alguns dos riscos que podem contribuir para incidentes na COVID-19 são os seguintes:

**Relacionados com os profissionais:** urgência e pressão a que os profissionais têm sido submetidos, fadiga e esgotamento, medo de se contaminar, insegurança psicológica, falta de experiência dos profissionais em novos hospitais de campanha e ou leitos de UTI, grande absenteísmo

de profissionais de saúde por adoecimento ou por estarem em grupos de risco, quebra de liderança com a chegada de novos profissionais para dar conta da alta demanda e substituir profissionais afastados, resistência para atualização permanente de alguns profissionais etc.

**Relacionados com a doença ou com os pacientes:** doença desconhecida em relação à sua fisiopatologia, dúvidas sobre mecanismos de transmissão do SARS-CoV-2, ausência de evidências científicas sobre medicamentos eficazes e seguros, falta de adesão dos pacientes às recomendações ou continuidade do tratamento, automedicação, informações falsas etc.

**Relacionados com a organização e com os processos de trabalho:** indefinição de protocolos clínicos, indefinição de fluxos para o percurso do paciente dentro dos serviços de saúde e entre diferentes níveis de atenção, não conformidade às práticas recomendadas (exemplo, falha no uso de equipamentos de proteção individual, não realização de higiene das mãos, falhas no isolamento do paciente infectado, não realização de procedimentos indicados em tempo oportuno etc.).

**Relacionados com os equipamentos e materiais:** insuficiência de equipamentos de proteção individual, leitos para pacientes com necessidade de internação, equipamentos de ventilação mecânica em condições apropriadas, problemas de esterilização de materiais, falta de medicamentos, materiais, leitos com isolamento etc.

Independentemente do risco identificado em cada contexto, é necessário analisar quais deles são inaceitáveis e implementar ações de controle do risco<sup>(20)</sup>. Uma forma importante de identificar riscos é o uso de sistemas de notificação de incidentes. Quando os serviços de saúde têm uma alta frequência de notificação de incidentes, isso não é necessariamente ruim, pois todo sistema tem falhas e incidentes. Ao contrário, mostra que o profissional de saúde valoriza a segurança e revela um clima em que as pessoas se sentem cómodas para relatar problemas assistenciais sem medo de serem penalizadas, revelando cultura de segurança.

A cultura envolve comportamentos, atitudes e opiniões, a missão organizacional, estratégias de liderança, normas, história, lendas e heróis da organização e valores mais íntimos que não costumam vir à tona nem ser bem identificados<sup>(21)</sup>. Para facilitar a identificação da cultura de segurança, é possível medir essa característica das organizações com questionários aos profissionais de saúde. Alguns dos mais utilizados são os da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que têm instrumentos para cinco tipos de serviços de saúde (hospitais, consultório médico ambulatorial, instituições de longa permanência para idosos, farmácia comunitária e centros de cirurgia ambulatorial). O questionário da AHRQ para hospitais foi validado no Brasil<sup>(22-23)</sup>, e a versão mais recente dele tem dez dimensões sobre a cultura de segurança do paciente<sup>(24)</sup>. O **Quadro 1** apresenta uma relação dessas dimensões com a resposta à COVID-19.

É lógico pensar que serviços de saúde que se caracterizam por essas dez dimensões da cultura de segurança do paciente tiveram uma melhor resposta à COVID-19. No entanto, para comprovar essa hipótese empiricamente, é necessário realizar estudos que associem a letalidade

institucional durante a pandemia, padronizada por fatores de confusão, e o nível de cultura de segurança do paciente.

**QUADRO I.** Relação entre dimensões da cultura de segurança em hospitais e atitudes e comportamentos na resposta à COVID-19

Dimensão da cultura de segurança	Atitudes e comportamentos relacionados com a resposta à COVID-19
Trabalho em equipe	O apoio da equipe multidisciplinar e a ajuda mútua são aspectos indispensáveis na atenção ao paciente com COVID-19. Por exemplo, em pacientes críticos, a integração entre equipe médica, enfermagem, fisioterapeutas, farmácia, nutricionista, entre outros, é um ponto crítico, e a ajuda entre colegas tem sido essencial para evitar a sobrecarga e dar uma melhor resposta.
Pressão e ritmo de trabalho	O dimensionamento suficiente de profissionais para o cuidado de saúde, de forma que se evite a sobrecarga, é um fator crítico para a segurança. Na resposta à COVID-19, hospitais que trabalhavam em um ritmo de trabalho adequado e sem pressão, em uma expressão de boa cultura de segurança, certamente tiveram mais facilidade para se adaptar diante do absenteísmo e do aumento da carga de trabalho na pandemia.
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Os erros e as falhas diante de uma doença desconhecida certamente foram frequentes, principalmente nos primeiros encontros com os pacientes de COVID-19. No entanto, organizações com boa cultura de segurança, que tinham incorporado o princípio de aprendizagem organizacional e melhoria contínua, estavam mais propensas a uma adaptação rápida e a evitar recorrências de falhas.
Resposta aos erros	A abordagem sistêmica diante de erros possibilita uma melhor consciência situacional sobre os riscos da instituição, pois eles não ficam escondidos pelo medo de represálias. Organizações com essa característica certamente deixaram os profissionais em melhores condições emocionais para atender os pacientes de COVID-19 e estimularam outras dimensões da cultura de segurança, como a comunicação sobre erros e melhoria contínua.
Apoio dos chefes de serviços à segurança do paciente	Quando os chefes de serviço consideram seriamente as sugestões dos profissionais, não pressionam por realizar atividades em condições inseguras e tomam medidas para evitar a repetição de incidentes de segurança, há um ambiente mais apropriado na atenção aos pacientes com COVID-19.
Comunicação sobre os erros	Durante a atenção à COVID-19, serviços com boa cultura de segurança informam os profissionais sobre os erros ocorridos, discutem sobre eles e comunicam as mudanças para evitar recorrências de forma suficiente.
Abertura para comunicação	Em organizações com cultura de segurança forte, os profissionais se sentem à vontade para se comunicar e dialogar quando observarem riscos para o paciente. Esse tipo de postura favorece a identificação e a redução de riscos, principalmente em situações novas e complexas como a atenção à COVID-19.

Dimensão da cultura de segurança	Atitudes e comportamentos relacionados com a resposta à COVID-19
Notificação de incidentes	Serviços com cultura de segurança valorizam a notificação de incidentes e a utilizam mesmo naqueles casos em que o erro não causou dano ao paciente, pois estão conscientes de que eles podem ter piores desfechos em futuras situações.
Apoio da gerência do hospital à segurança do paciente	As ações da gerência do hospital devem demonstrar que a segurança é uma prioridade máxima, provendo recursos adequados para melhorar a segurança e demonstrando interesse na segurança mesmo quando não ocorrem eventos adversos.
Transferências e troca de informação	Ao transferir os pacientes de uma unidade para outra e durante as passagens de plantão, é importante assegurar que as informações importantes sobre o cuidado do paciente sejam mantidas e devidamente comunicadas entre as equipes.

### 3.2 QUAIS INICIATIVAS PARA MELHORAR A CULTURA DE SEGURANÇA NO SUS?

A segurança do paciente, no enfoque abrangente atual, começou a ser explicitamente regulamentada no SUS apenas nos últimos 10 anos<sup>(25)</sup>, apesar de que a grande sensibilização mundial sobre esse problema aconteceu a partir dos últimos 20 anos<sup>(14)</sup>, e a epidemiologia dos eventos adversos no cuidado de saúde tem chamado atenção há mais de 30 anos<sup>(26)</sup>. Alinhada à sua missão de proteger a população contra os riscos relacionados com os serviços de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regulamentou, em 2011, a implantação do gerenciamento da qualidade com foco na segurança do paciente em todos os serviços de saúde do Brasil<sup>(25)</sup>. Ainda em outubro daquele ano, a Anvisa tomou a iniciativa de criar um Plano Nacional de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, convocando diversos especialistas para uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para discutir e indicar estratégias para a implementação desse plano. As reuniões e projetos desse grupo continuaram em 2012 (por exemplo, Projeto Pacientes pela Segurança do Paciente) e contaram com a participação do Ministério da Saúde, que assumiu seu papel de liderança e instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>(12)</sup>.

O PNSP foi um marco para o tema da cultura de segurança no SUS. Desde sua portaria de instituição, uma de suas estratégias de implementação é precisamente a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual<sup>(12)</sup>. Ademais, no mesmo ano do PNSP, foi fundamental a regulamentação da Anvisa que estabeleceu a implantação dos núcleos de segurança do paciente, a notificação de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde e a implementação de práticas de segurança do paciente<sup>(13)</sup>, movimentando todo o Sistema Nacional de Vigilância Sa-

nitária (SNVS) para a inspeção de práticas seguras. A regulação da segurança do paciente no SUS ainda foi aperfeiçoada nos anos seguintes por notas técnicas e regulamentações complementares, além de um esforço do Ministério da Saúde de incluir esse tema de forma transversal em diversas políticas e programas, tais como a política nacional de atenção hospitalar, de atenção básica, de contratualização com o SUS, de certificação de hospitais de ensino, entre outras.

A liderança pela cultura de segurança no SUS tem sido assumida nacionalmente pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa, nas unidades da federação pelas coordenações estaduais/distrital de segurança do paciente e nas instituições pelos núcleos de segurança do paciente. Também se tem estimulado a criação de núcleos municipais de segurança, que inclusive contemplem a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Desde 2017, também há a câmara técnica de qualidade e segurança do paciente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que tem implementado importantes ações para inclusão do tema da segurança do paciente nas secretarias estaduais de saúde e nos planos estaduais de saúde<sup>(27)</sup>, na Atenção Primária à Saúde, e tem fomentado pesquisa com foco nos eventos adversos relacionados a medicamentos.

Com pouco investimento público, também foram criados sistemas de informação para a segurança no SUS. Aproveitando a experiência da Anvisa com a notificação de reações adversas e queixas técnicas relacionadas com tecno, hemo e farmacovigilância, o Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa) foi ampliado em 2014 para a possibilidade de notificações de incidentes relacionados com a assistência à saúde. O Brasil escolheu pela opção de um sistema amplo que possibilita a notificação de incidentes sem dano e com dano, incluindo eventos adversos graves do tipo evento sentinela, que foram chamados no país de *never events* (estranhamente, em um americanismo que não favorece sua compreensão). Os relatórios nacionais e estaduais das notificações no Brasil têm mostrado um crescimento consistente do número de notificações, porém lento, indicando uma melhoria da cultura de segurança do paciente, além dos riscos identificados. Além disso, outro sistema de informação liderado pelo SNVS é a avaliação das práticas de segurança do paciente, que comporta os dados informados pelos serviços e revisados pelo SNVS sobre aproximadamente 20 indicadores de estrutura e processo avaliados anualmente em mais de mil hospitais desde 2016<sup>(28)</sup>. Essas informações revelam oportunidades diretas de melhoria da segurança, como a falta de protocolos, bem como as dificuldades na adesão à higiene das mãos, avaliação de riscos de quedas e lesões por pressão, assim como a utilização da lista de verificação de segurança da OMS em cirurgias<sup>(29)</sup>.

Muito se fala sobre a falta de apoio financeiro à implantação do PNSP, mas foram realizados alguns investimentos para gerar capacidade organizacional no sistema. A publicação dos protocolos básicos baseados nas metas internacionais de segurança do paciente; logo, ao princípio do PNSP, a capacitação em larga escala de milhares de profissionais de saúde na especialização de qualidade em saúde e segurança do paciente pela Fundação Oswaldo Cruz, os vários cursos de aperfeiçoamento fomentados por órgãos governamentais, o papel difusor de informações em qualidade do cuidado e segurança do paciente pelo Proqualis, que foi inicialmente financiado pelo Ministério da Saúde, e os projetos colaborativos

financiados pelo Proadi, que contaram com a participação de dezenas de hospitais para implantação de práticas de segurança do paciente, apesar das discussões sobre o uso de recurso público para instituições privadas realizarem esses projetos. A Anvisa também tem lançado materiais educativos fundamentais para auxiliar a implementação dos núcleos de segurança do paciente, notificação e investigação de eventos adversos e criação de uma cultura de segurança no sistema de saúde, cumprindo sua função de educação em saúde prevista para as vigilâncias em saúde. Intervenção relevante do Ministério da Saúde também tem sido a articulação com o Ministério da Educação para inclusão do tema segurança do paciente nas estruturas curriculares das profissões de saúde.

Este pequeno resumo não é capaz de detalhar o avanço da cultura de segurança no Brasil, mas sinaliza alguns pontos altos das iniciativas governamentais e do SUS. Outros atores não governamentais, por exemplo, vinculados à Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp), têm contribuído fortemente para esse tema.

### 3.3 O QUE A GESTÃO DO SUS PODE FAZER PARA MELHORAR A CULTURA DE SEGURANÇA?

É preciso defender a segurança no sistema de saúde como uma prioridade para a qualidade do cuidado e saúde das pessoas. Apesar dos avanços evidentes da cultura de segurança no SUS nos últimos anos, ainda há muito para melhorar. Muitos serviços de saúde ainda não têm núcleos de segurança, muitos deles são inertes quanto à notificação e à investigação de incidentes e frágeis na implementação de práticas e cultura de segurança, principalmente na Atenção Primária à Saúde, média complexidade e hospitais sem leitos de UTI. Essas fragilidades podem ter impactado negativamente a resposta do SUS à COVID-19.

Mudar a cultura organizacional não é uma tarefa fácil. Significa mexer com comportamentos, crenças, pensamentos, atitudes e valores íntimos dos profissionais. No entanto, estudos têm mostrado as necessidades de melhoria da cultura em diferentes serviços brasileiros<sup>(30)</sup>, assim como que é possível melhorar com o tempo<sup>(31)</sup>. Além disso, organizações internacionais têm realizado recomendações sobre como promover a cultura de segurança<sup>(32)</sup>, o que tem estimulado a discussão sobre um modelo dessas recomendações aplicado ao contexto do SUS (**Figura 2**)<sup>(31)</sup>. Esse modelo considera implicitamente as seguintes recomendações:

**Implementar estruturas e sistemas de liderança.** Isso envolve intervir para que todo serviço de saúde tenha responsáveis por melhorar a qualidade do cuidado e segurança do paciente de forma ativa. Além disso, significa apoiar os núcleos estaduais e institucionais que trabalham a gestão da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Esses líderes devem sensibilizar, responsabilizar e capacitar os profissionais para executarem as ações de segurança no sistema.

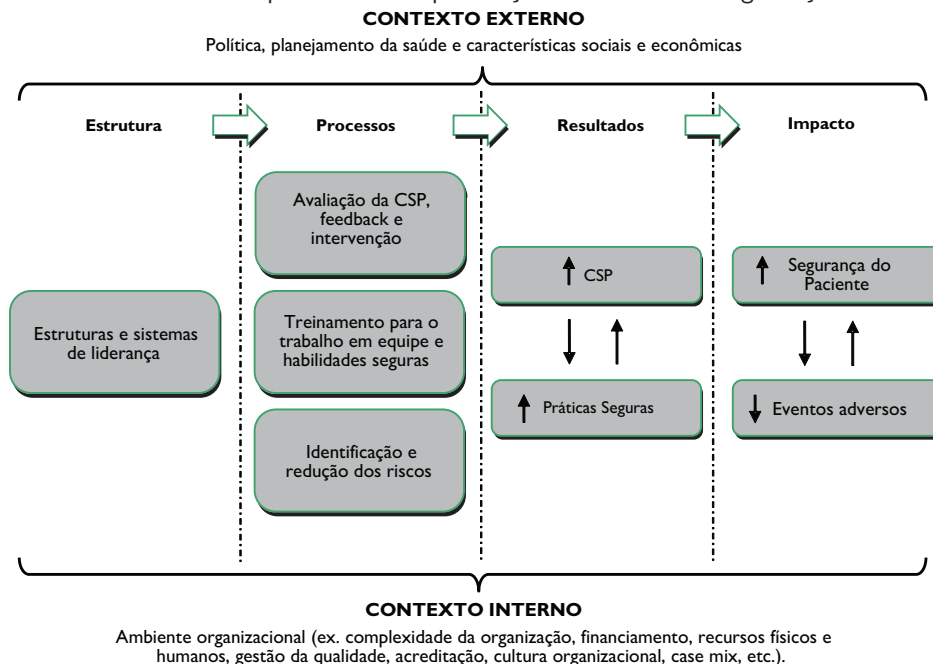
**Fornecer educação permanente para o trabalho em equipe e desenvolvimento de habilidades seguras.** Os profissionais de saúde precisam desenvolver as competências para

melhorar a qualidade do cuidado e segurança do paciente, caso contrário, não será possível ter atitudes e comportamentos seguros. Assim, é importante reforçar a educação permanente das secretarias de saúde com programas de educação nesses temas, aliados à verificação do impacto desses programas na assistência.

**Avaliar, dar o *feedback* sobre os resultados e intervir na cultura de segurança.** Não se melhora o que não se mede, portanto, é necessário avaliar a cultura de segurança nos serviços de saúde, apresentar os resultados desta mensuração aos profissionais e intervir nas dimensões ou características que precisem de melhoria. Os gestores do SUS devem assegurar que seus hospitais apoiem as avaliações nacionais da cultura de segurança que estão sendo promovidas pelo SNVS<sup>(33)</sup> e usem os dados para sua autorregulação.

**Identificar e reduzir riscos.** A gestão da qualidade do cuidado e dos riscos nos serviços de saúde, de forma reativa e proativa, também é uma forma de promover a cultura de segurança do paciente<sup>(20)</sup>. Os serviços devem analisar suas práticas de gestão de riscos e melhorar continuamente<sup>(34)</sup>, utilizando diferentes métodos de identificação de riscos, como as notificações e os indicadores de segurança<sup>(35)</sup>, além da investigação e das intervenções preventivas de eventos adversos, para propiciar um ambiente de valorização da segurança do paciente que ajuda na resposta segura aos desafios para a saúde pública.

**FIGURA 2.** Modelo teórico usado para analisar a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP)



Fonte: Adaptado de Andrade, 2016<sup>(31)</sup>.



Muitas outras intervenções são possíveis para a gestão estadual do SUS. Entretanto, priorizar e considerar explicitamente a promoção da cultura de segurança, inclusive seus instrumentos formais de planejamento <sup>(27)</sup>, poderão dar um diferencial positivo para a implementação de boas práticas para a qualidade do cuidado e segurança do paciente, assim como a redução dos eventos adversos, tanto em situações de saúde habituais como em emergências como a COVID-19.

### **3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O novo coronavírus que se espalhou mundialmente desde 2019 (COVID-19) tem pressionado os sistemas de saúde e evidenciado a necessidade de melhorar os serviços de saúde curativos e preventivos, de assistência individual e coletiva, para a integralidade da assistência no SUS. Melhorar a qualidade do cuidado é um desafio que exige atenção específica, contínua, integrada e com metodologias que realmente funcionem. Para isso, é preciso que os gestores do SUS priorizem a melhoria da qualidade do cuidado e estabeleçam ações sistêmicas, alinhados a recomendações internacionais <sup>(5)</sup>.

Como os serviços de saúde são uma organização fundamentalmente humana, sua confiabilidade e sua capacidade são testadas em condições estressantes, e a pandemia da COVID-19 está se revelando um teste especialmente difícil. Nesse contexto, organizações com uma cultura de segurança do paciente forte podem estar mais preparadas para identificar e reduzir riscos que impactam as equipes de profissionais de saúde, assim como podem produzir falhas de qualidade do cuidado e aumentar o risco para os pacientes com COVID-19 e as equipes que cuidam deles <sup>(36)</sup>.

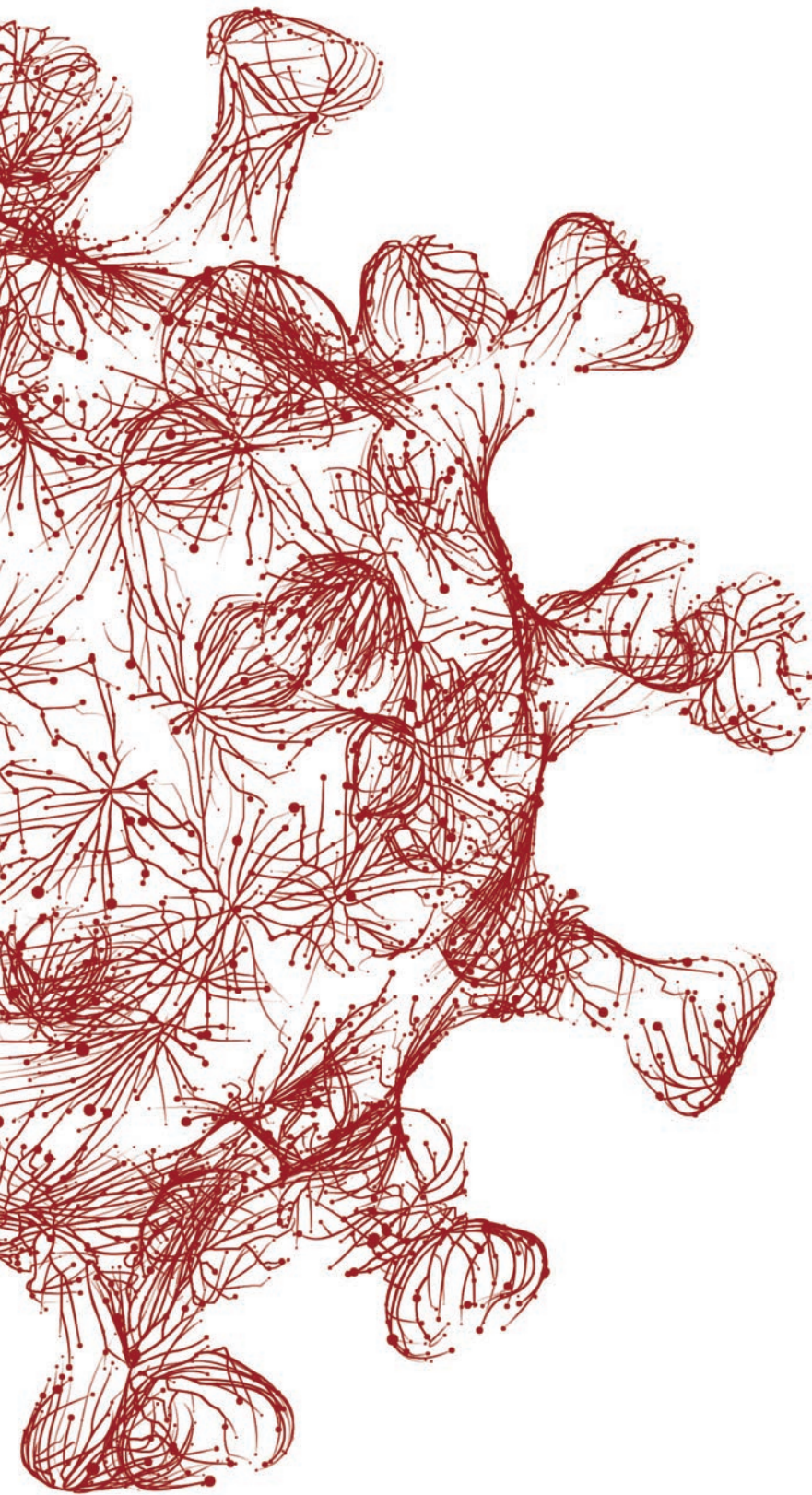
As iniciativas para melhorar a segurança do paciente no Brasil têm evoluído, mas existem grandes oportunidades de melhoria. É necessário reforçar a implantação dos núcleos de segurança do paciente nos diferentes serviços de saúde, o treinamento de equipes e desenvolvimento de habilidades seguras, a avaliação e melhoria da cultura de segurança do paciente no sistema, bem como a implementação de práticas de segurança. A responsabilidade para isso é de todos, profissionais de saúde e cidadãos, pois, como podemos inferir da epígrafe deste artigo <sup>(1)</sup>, a excelência no SUS que queremos também depende do amor-próprio de cada um de nós.

## REFERÊNCIAS

1. Savater F. El amor propio y la fundación de los valores. Rev. centro de estudios constitucionales. 1988;(1):377-420.
2. Johns Hopkins. Coronavirus Resource Center (CRC) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu>.
3. Chughtai S, Blanchet K. Systems thinking in public health: a bibliographic contribution to a meta-narrative review. Health Policy Plan. 2017;32(4):585-94.
4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1723-28.
5. World Health Organization et al. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018.
6. Weaver SJ, et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158(5):369-74.
7. Health and Safety Commission Advisory Committee on The Safety of Nuclear Installations. Organizing for safety: third report of the ACSNI study group on human factors. Sudbury: Health and Safety Executive Books; 1993.
8. Dalglish SL. COVID-19 gives the lie to global health expertise. Lancet. 2011;395(10231):1189.
9. Honoré P, et al. Creating a framework for getting quality into the public health system. Health Aff. 2011;30(4):737-45.
10. Kruk ME, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252.
11. Scott KW, Ashish K. Putting quality on the global health agenda. N Engl J Med. 2014;371(1):3-5.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr 2013 [acesso 202 nov 24]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União [Internet]. 2013 [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).

14. Donaldson MS, et al. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
15. La Regina M, et al. Recomendaciones de seguridad del paciente para el brote epidémico de COVID-19. International Society for Quality in Health Care. 2020 [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: <https://isqua.org/images/COVID19/COVID19 - Recomendaciones Seguridad del Paciente - V2.0 - Spanish.pdf>.
16. Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. Segurança do Paciente: criando organizações. In: Sousa P, organizador. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. p. 77-110.
17. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *BMJ Qual Saf.* 1995;4(2):80-89.
18. Mardon RE, et al. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf.* 2010;6(4):226-232.
19. Wang X, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(8):1114-1122.
20. Gama ZA, Hernández, PJS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.
21. Patankar M, Manoj S, Edward J. The safety culture perspective. *Human factors in aviation.* Academic Press. 2010;95-122.
22. Reis CT, et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2020 nov 23];32(11):e00115614. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=en&tlng=en).
23. Andrade LE, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017;26(3):455-468.
24. Sorra J, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. 2019 [acesso 2020 nov 23]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 28 nov 2011 [acesso 2020 nov 23]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html).
26. Brennan TA, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-376.

27. Ulhôa C, et al. Aprimoramento da gestão de segurança do paciente no plano estadual de saúde (PES) 2020-2023. Brasília, DF: CONASS; 2020. (CONASS documenta, 34).
28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios dos Estados – Eventos Adversos – Arquivos [Internet]. [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança em Serviços de Saúde – 2019 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/resultado-da-autoavaliacao-por-uf>.
30. Andrade LE, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(1):161-172.
31. Andrade LE. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
32. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare - 2010 update: a consensus report [Internet]. Washington, DC: The National Quality Forum; 2010 [acesso 2020 nov 23]. Disponível em: [https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%93\\_2010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx).
33. E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar [Internet]. [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>.
34. Gama ZA, et al. Questionário AGRASS: Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde. Rev Saúde Pública. 2020;54:21.
35. Gama ZA, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso 2020 nov 23]; 32(9):e00026215. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000905002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000905002&script=sci_abstract&tlng=pt).
36. Ziperer L. COVID-19: Team and Human Factors to Improve Safety. PSNet: Patient Safety Primer. AHRQ [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 23]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/primer/covid-19-team-and-human-factors-improve-safet>.





# QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPLICAÇÕES E RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Paulo Sousa<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este capítulo se inicia com o quadro atual e evolutivo das principais questões que se relacionam com a qualidade em saúde e segurança do doente/paciente, no contexto internacional. Com a COVID-19, a prestação de cuidados de saúde, atividade de elevada complexidade, aumentou ainda mais as suas especificidades. A demanda crescente e diferenciada pela infecciosidade do SARS-CoV-2, num contexto de grande incerteza em que pouco se conhece, ainda, sobre a doença, criou enormes desafios aos sistemas e serviços de saúde, um pouco por todo o mundo. Garantir a qualidade e segurança dos cuidados para os doentes com COVID-19 e para todos os outros doentes da demanda habitual é, pois, um enorme desafio para os diferentes parceiros da saúde, desde os líderes políticos, financiadores, gestores, profissionais de saúde e doentes. A necessidade de redesenhar processos para os tornar mais confiáveis; definir circuitos para atender a diferentes demandas; analisar as condições, em termos de fatores externos – contexto em que os profissionais de saúde atuam – e de fatores internos – inerentes à condição humana, em que o cansaço, o estresse, a ansiedade, entre outros, afetam o desempenho e potenciam a ocorrência de erros, lapsos e o papel fundamental que a liderança é chamada a ter neste contexto de incerteza e desconhecimento que caracteriza a pandemia de COVID-19 –, remetem para a importância de avaliar e garantir de forma contínua uma prestação de cuidados com elevados padrões de qualidade e segurança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Saúde. Segurança do Paciente. Sistemas de Saúde.

---

<sup>1</sup> Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Coordenador do Centro Colaborador da OMS Educação, Investigação e avaliação da qualidade e segurança do doente.



## I. INTRODUÇÃO

O objetivo central dos sistemas de saúde, dos diferentes países, é contribuir para manter e melhorar a saúde das populações, promover o acesso, a equidade e a qualidade dos cuidados, bem como garantir a sustentabilidade financeira deles<sup>(1)</sup>.

Os principais desafios que hoje se colocam à gestão e planejamento dos serviços de saúde e que impactam na definição de estratégias e na implementação de políticas de saúde são condicionados por vários fatores, entre os quais se destacam: i) as alterações demográficas, com particular relevo para o aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população; ii) a crescente complexidade dos cuidados de saúde, decorrentes da inovação tecnológica e do desenvolvimento na investigação biomédica; iii) as profundas transformações, quer do lado da procura (por exemplo, aumento da incidência de algumas doenças transmissíveis e da prevalência das doenças crônicas; necessidade crescente ao nível dos cuidados continuados), quer da oferta (tal como novas formas de organização e financiamento dos cuidados de saúde primários e hospitalares, articulação entre diferentes “*players*” quer do setor privado, quer social); e iv) o aumento das expectativas, ante a doença e a recuperação do estado de saúde, dos doentes e da sociedade; v) os constrangimentos associados ao financiamento e sua sustentabilidade. Tais condicionantes remetem-nos para a necessidade de melhoria da qualidade nas suas diferentes dimensões, nomeadamente, na prestação de cuidados centrados no doente, em tempo adequado, com segurança, assegurando a equidade, efetividade e eficiência deles.

A segurança do doente é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde e um componente crítico da gestão da qualidade com implicações diretas ao nível da Saúde Pública. A sua melhoria apela ao esforço organizado da comunidade e exige um complexo sistema de sinergias, envolvendo um amplo leque de ações na melhoria do desempenho, da gestão de



risco, incluindo o controle de infecções, segurança na utilização de medicamentos, segurança de equipamentos, segurança na prática clínica e segurança do prestador e do ambiente relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Isso abrange praticamente todas as áreas e intervenientes, diretos e indiretos, na prestação de cuidados de saúde e requer uma abordagem holística e integrada para identificar e gerir riscos para a segurança do doente, bem como proceder à investigação sobre a magnitude e tipologia do problema; conhecimento das causas que contribuem para as falhas e que fragilizam a segurança na prestação de cuidados; na identificação de soluções que permitam mitigar essas falhas e; na avaliação de impacto da aplicação dessas soluções<sup>(2)</sup>.

Neste capítulo, para além de destacar o contexto e prática da qualidade em saúde e segurança do doente, serão discutidas algumas das principais implicações que decorrem da pandemia de COVID-19.

De fato, a pandemia teve impacto em diversas áreas, desde a economia; a política, assim como nos aspectos mundanos de viver em sociedade, como a forma como nos relacionamos socialmente, como viajamos, e como interagimos com os outros. Entretanto, foi na área da saúde que essas implicações se fizeram sentir de modo mais acentuado e profundo.

A forma como o sistema de saúde está organizado; se integram e se organizam os diferentes níveis de cuidados (atenção primária, cuidados ambulatoriais, cuidados hospitalares, cuidados continuados e cuidados paliativos); se responde a uma demanda enorme e crescente num contexto de incerteza, desconhecimento e altamente imprevisível, são fatores relevantes que apelam à necessidade de adaptação contínua do sistema de saúde e das suas diferentes organizações.

A necessidade de redesenhar processos, redefinir circuitos, adaptar e transformar a capacidade instalada por forma a dar resposta à demanda que se instalou com a pandemia, não esquecendo e não descurando a procura habitual que caracteriza qualquer sistema de saúde. Os países tiveram níveis e tipos de resposta que visavam ir ao encontro das necessidades sentidas, tendo em consideração a capacidade instalada e de resposta, o conhecimento existente e os valores culturais, sociais, económicos e políticos existentes.

## **2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE**

Os principais desafios que hoje se colocam à política de saúde são condicionados pelas alterações demográficas e envelhecimento da população, pela crescente complexidade dos cuidados de saúde, pelo desenvolvimento tecnológico, pelo aumento das expectativas dos doentes e pelos problemas associados ao financiamento. No futuro, a manter-se esta tendência, a sustentabilidade dos sistemas de saúde, tal como os conhecemos na atualidade, fica fortemente comprometida.

Dessa forma, à semelhança do que se passa no âmbito internacional, as questões relacionadas com a avaliação da qualidade e da segurança clínica no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância<sup>(3,4)</sup>. Avaliar e melhorar

a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde.

Como consequência, verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos tempos, interesse crescente, que se tem manifestado, não só ao nível dos líderes políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios usuários.

Esse movimento entronca e, simultaneamente, deriva do paradigma em que a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados. Não se pode, portanto, intervir na área da qualidade em saúde se não se dispuser de mecanismos que permitam medi-la e avaliá-la.

Nos últimos anos, as questões da gestão do risco têm adquirido crescente importância e visibilidade na área da saúde, intimamente ligadas à segurança do doente e, conseqüentemente, integradas no movimento de avaliação e melhoria da qualidade em saúde. Para isso, contribuíram os resultados de vários estudos realizados em diversos países europeus, nos Estados Unidos da América e na Austrália que apontaram para taxas de incidência de eventos adversos em cerca de 10% (variando de 4% a 17%), do total de doentes hospitalizados<sup>(5,6)</sup>.

Vários autores referem que, nas organizações de saúde, podemos identificar, essencialmente, duas grandes vertentes de risco: o risco clínico e o risco não clínico<sup>(7)</sup>. O risco não clínico refere-se a todos os “acontecimentos” indesejados, que podem surgir no ambiente das organizações de saúde, que não têm causa clínica, ou seja, que decorrem das atividades que servem de suporte à prestação de cuidados de saúde. Nesse grande grupo de situações, destacam-se: o risco de incêndio; as questões da segurança de pessoas e bens; as situações ligadas com as instalações e os equipamentos; e os resíduos hospitalares.

O risco clínico pode ser definido, de uma forma simples, como a probabilidade de um evento indesejado vir a ocorrer na sequência da prestação de cuidados de saúde. O seu cálculo consiste num procedimento quantitativo que visa determinar a proporção de eventos adversos a partir da exposição a determinados fatores ou associado a determinada característica<sup>(7)</sup>.

Diversos fatores têm contribuído para a crescente importância da avaliação do risco clínico nas organizações de saúde. Os permanentes avanços tecnológicos, o número cada vez maior de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, as exigências dos doentes/usuários e os crescentes constrangimentos financeiros do setor são alguns exemplos daqueles fatores<sup>(7)</sup>.

Nas últimas décadas, o conhecimento e as práticas na área da saúde evoluíram de forma significativa um pouco por todo o mundo, mas principalmente nos países considerados desenvolvidos ou em desenvolvimento. De fato, os progressos verificados na área da biomedicina, da

tecnologia, dos equipamentos e materiais clínicos, acrescido da melhoria das condições de prestação de cuidados de saúde e dos desenvolvimentos ao nível dos determinantes de saúde, contribuíram para um aumento da esperança média de vida da humanidade. Paralelamente, a prestação de cuidados de saúde tornou-se mais complexa, efetiva e interdependente.

Tal realidade potenciou o crescente desafio que se coloca aos sistemas de saúde, independentemente do modelo e da forma de organização, que é o de garantir a segurança dos cuidados e do ambiente em que são prestados os cuidados de saúde.

A relevância e a especificidade dos recursos humanos, enquanto principal ativo na prestação de cuidados de saúde, determinam a importância que tem a formação académica, inicial e pós-graduada (conferente ou não de grau académico) dos profissionais de saúde. É inquestionável que a prestação de cuidados de saúde seguros e com elevados padrões de qualidade requer profissionais com formação adequada e competências específicas. Têm sido vários os países e organizações internacionais – com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS) –, que têm desenvolvido programas de formação e materiais pedagógicos específicos no domínio da segurança do doente, da gestão do risco clínico e da qualidade em saúde<sup>(8,9-11)</sup>.

O movimento global da segurança do doente tem como um dos principais marcos históricos o relatório “*To err is human*”, publicado no ano 2000 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América<sup>(12)</sup>. Passadas duas décadas, não obstante os progressos que têm sido feitos, a ocorrência de eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde continua a ser uma realidade nas organizações de saúde, um pouco por todo o mundo.

Nos últimos anos, os resultados de vários estudos epidemiológicos e de avaliação económica permitiram caracterizar a dimensão dos eventos adversos, a sua natureza e impacto em termos clínicos, económicos e sociais<sup>(13-15)</sup>. A investigação realizada nas últimas duas décadas contribuiu, também, para: i) demonstrar que o problema é global e transversal aos diferentes países, independentemente, do seu nível económico; ii) evidenciar que pouco se conhece da realidade dos eventos adversos na área dos cuidados de saúde primários e, principalmente, dos cuidados de saúde continuados; iii) destacar a necessidade de serem criadas condições para a transparência e reforço dos sistemas de saúde; iv) estabelecer prioridades de intervenção; v) desenvolver soluções que têm permitido reduzir essas ocorrências; vi) identificar outro tipo de vítimas, nomeadamente, 2ª e 3ª vítimas (os profissionais de saúde e as organizações de saúde) e que é fundamental dar uma resposta adequada; e vii) destacar a importância da implementação de sistemas de notificação de eventos adversos e *near miss* e da promoção de uma cultura aberta, justa e de aprendizagem com o erro, baseado nos princípios das organizações aprendizes – que asseguram as mudanças no sentido da melhoria da qualidade e da aposta em abordagens proativas ao invés de reativas.

Se a esses conhecimentos se juntar o impacto em termos clínicos, económicos e sociais decorrente das falhas ao nível da segurança do doente e conseqüente “*burden*”, acrescido do conhecimento de que parte dessas falhas são evitáveis – havendo espaço para ganhos em saúde –,

facilmente, compreende-se por que diferentes países e diversas organizações internacionais – com destaque para a OMS e a OCDE –, têm dedicado particular importância a essa área<sup>(16-17)</sup>.

O tema da segurança do doente tornou-se, na última década, uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo<sup>(18)</sup>. Quando se fala em segurança do doente, fica-se, à partida, com a ideia de que estamos perante um conceito pragmático e bem delimitado, logo fácil de identificar, analisar e propor mudanças no sentido da sua redução, ou eliminação.

Existe hoje uma forte confluência na literatura disponível e um vasto conhecimento factual sobre as implicações que a segurança do doente, ou a falta dela, tem sobre as organizações de saúde, os seus profissionais e principalmente os doentes/usuários que a elas recorrem<sup>(19,20)</sup>.

De acordo com esses autores, a falta de segurança dos doentes pode ter implicações que se traduzem, essencialmente, sob três formas: i) perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com conseqüente degradação das relações entre estes e os utentes/doentes; ii) aumento dos custos, sociais e econômicos, variando a sua dimensão na razão direta dos “danos” causados e da casuística deles; iii) redução da possibilidade de alcançar os resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados.

Um evento adverso pode ser definido como um dano causado durante (ou decorrente de) atos clínicos, que não está relacionado com a evolução natural da doença, que pode resultar numa de duas situações: ou uma estadia prolongada e não esperada na instituição de saúde, ou dano que provoca incapacidade mantida pós-alta ou morte.

Outros autores definiram evento adverso como um evento indesejável que, em condições normais, não surge como conseqüência da história natural da doença, nem dos efeitos previstos da terapêutica instituída.

O problema dos eventos adversos na área da saúde não é novo. De fato, já nas décadas de 1950 e 1960, apesar de haver registros de ocorrências de eventos adversos, tal assunto foi largamente negligenciado, tendo sendo retomado, mais tarde, já no início da década de 1990 com a publicação dos resultados do *Harvard Medical Practice Study* que, a par com outros estudos realizados ao longo desse período, constituíram todo um corpo de evidência que viria a lançar o tema dos eventos adversos no primeiro plano das agendas políticas e das linhas de investigação, tornando-se, em muitos países, de que são exemplo os Estados Unidos da América, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e outros países da Europa, um tema central de debate na opinião pública<sup>(21)</sup>.

A esse nível, a divulgação, em finais da década de 1990, do relatório “*To err is human*”, nos Estados Unidos da América e, já no início do século XXI do “*An Organization with a Memory*”, no Reino Unido, a par da publicação de vários outros estudos que permitiram obter o conhecimento acerca da dimensão, natureza e (em certa medida) do impacto dos eventos adversos em diversos países, funcionaram como uma verdadeira alavanca para o desenvolvimento da investigação e das práticas nessa área<sup>(22-24)</sup>.

### 3. MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19

Encontra-se hoje bem consolidado o fato de as organizações de saúde, pela complexidade inerente a sua atuação, serem consideradas organizações de elevada confiabilidade (*high reliability organizations – HRO*)<sup>(25)</sup>. No contexto de resposta à pandemia, existe consenso que devem ser tidas em maior consideração as principais características desse tipo de organizações (de alta confiabilidade), concretamente: a) sensibilidade para com as operações (atenção constante ao risco e sua prevenção); b) *Relutância em simplificar* (evitar simplificação/”queimar etapas”, não facilitar); c) *Preocupação com as falhas* (todos os processos envolvem riscos e por isso é fundamental analisar e aprender com os erros e estar atentos às falhas e aos pontos críticos da prestação de cuidados); d) Compromisso para atuar na antecipação (proactivo); e) ter um bom sistema de *Business Intelligence, assente na análise e monitorização de indicadores que apoiem a tomada de decisão com base no conhecimento*, desde a coleta de informação, análise e atuar em conformidade e de acordo com esse conhecimento.

Paralelamente, parece-nos plausível afirmar que a pandemia provocou um processo disruptivo em muitos dos programas e iniciativas de melhoria da qualidade e segurança que estavam sendo desenvolvidos em diversas instituições de saúde por esse mundo fora. O centro das atenções e, por consequência, os recursos e as prioridades passaram a ser todos focados na resposta e combate à pandemia, tornando mais difícil a manutenção dos esforços de melhoria, mas, simultaneamente, abrindo espaço para outras oportunidades. A necessidade de redesenhar processos tornando-os mais confiáveis; definir circuitos para atender a diferentes demandas; analisar as condições em que os cuidados são prestados melhorando o *design* e otimizando os princípios de fatores humanos; promover a adesão a normas e protocolos de boas práticas; fortalecimento da cultura de segurança; promoção do trabalho em equipe e melhoria das condições em que os profissionais de saúde atuam, tornando a comunicação mais efetiva e reforço da liderança, são alguns dos exemplos de como se pode melhorar a qualidade e a segurança do cuidado.

### 4. COVID-19 – IMPACTO PSICOLÓGICO DO SURTO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A relevância dos profissionais de saúde na resposta à pandemia e as implicações nas suas vidas e na forma de atuar têm sido muito valorizadas pelas sociedades em diferentes países. A saúde e a segurança dos profissionais é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e segurança. Atenta a este aspecto, a OMS definiu como tema central das comemorações, desse ano de 2020, do dia mundial da segurança do doente (17 de setembro) a Segurança dos Profissionais de Saúde: uma prioridade para a segurança do doente.

No combate ao surto pandêmico de COVID-19, os profissionais de saúde são o grupo mais exposto e, por consequência, com risco acrescido de contágio da doença. Na verdade, são estes os que contatam no seu cotidiano diretamente com a doença e, por isso, são expostos a elevado estresse, pressão, existência de dilemas éticos, exaustão física e psicológica, devido à elevada carga de trabalho<sup>(26)</sup>. Esses diversos fatores contribuem para a diminuição de autocuidado, como a diminuição de prática de exercício físico e horas de sono adequadas, entre outros fatores que colaboram para a diminuição do estado de saúde físico e psicológico<sup>(27)</sup>.

O elevado risco de contágio da doença limita a interação social desses profissionais, o que acentua o sofrimento psicológico<sup>(28)</sup>. Estudos baseados em outras pandemias, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sublinham que a preocupação com a família, o isolamento social, a vivência do estigma por estar em contacto com a doença e o sentimento de insegurança são fatores que contribuem para um maior sofrimento e *burnout* dos profissionais de saúde nestes períodos<sup>(29,30)</sup>. Um estudo focado no impacto psicológico da SRAG em profissionais de saúde, na cidade de Hong Kong, revelou que 68% dos prestadores de cuidados reportaram elevado nível de estresse durante o surto<sup>(26)</sup>.

Se durante a pandemia a luta é contínua e atormentada, após o surto, as suas cicatrizes mantêm-se. Estudos baseados no exemplo da SRAG revelaram a existência de estresse pós-traumático após o contato com situações de emergência prolongada<sup>(31)</sup>. Para além disso, verificou-se uma associação entre o estresse pós-traumático e o excesso de consumo de álcool em longo prazo<sup>(32)</sup>. Após o surto, observou-se, igualmente, uma alteração do ritmo de trabalho, aumento do período de licenças médicas e esquivamento no contato entre os utentes e os profissionais de saúde<sup>(29)</sup>.

As lições aprendidas de experiências anteriores ajudam atualmente a estabelecer um consenso sobre as melhores práticas, de forma a minimizar o impacto psicológico que o estresse prolongado e os eventos traumáticos poderão provocar. As recomendações atuais apontam para várias questões fundamentais: assistência psicológica, cultura organizacional de resiliência, autocuidado e aplicação de medidas de controle de infecção, como a utilização de equipamento de proteção adequado<sup>(33)</sup>.

A importância da assistência psicológica a profissionais de saúde é fundamental para o controle emocional e para promoção de resiliência, bem como para minimizar a probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde mentais futuros relacionados com o trauma vivido. Numa situação de emergência, a colaboração e o apoio entre os profissionais de saúde têm sido recomendados pela OMS como medidas importantes para a gestão de emoções e resolução de problemas<sup>(28)</sup>. A proatividade dos chefes de equipe, por meio da disponibilização de informação atualizada, de forma simples e direta, e o apoio na tomada de decisão em problemas éticos são consideradas ações fundamentais para a gestão de estresse nas equipes clínicas<sup>(34)</sup>.

A Direção Geral da Saúde, em Portugal, elaborou um documento orientador para o autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia (<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/guia-de-autocuidado-e-bem-estar-dos-profissionais-de-saude-durante-a-pandemia-pdf.aspx>) e criou uma linha de apoio telefônico para dar aconselhamento psicológico remoto à população geral e aos profissionais de saúde, com o objetivo de dar apoio a situações de ansiedade aguda e fragilidade psicológica no contexto de crise. Iniciativas semelhantes foram desenvolvidas em vários hospitais portugueses.

Cientes de que o impacto psicológico nos profissionais de saúde é uma realidade, urge uma atuação efetiva, por intermédio da utilização dos diversos meios disponíveis. Num surto pandêmico, para além das vítimas primárias (doentes), também os prestadores de cuidados precisam de ajuda; e, muitas vezes, por eles próprios terem dificuldade em reconhecer que estão esgotados, já que foram preparados para cuidar, necessitam de uma atenção particular para superar a adversidade.

Paralelamente, os esforços de melhoria da qualidade e segurança do cuidado devem continuar a ser considerados como uma prioridade nos sistemas e organizações de saúde em todo o mundo. Há mais vida para além da pandemia. Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde deve ser um desafio e uma oportunidade que todos os parceiros da saúde deverão continuar a apostar. Assim, tendo por base as ideias interessantes contidas no artigo de Staynes; Amalberti; Berwick; Braithwaite; Lachman e Vincent<sup>(35)</sup> – que recomendo vivamente a leitura – partilha-se aqui a estratégia composta por cinco etapas e ações por meio das quais – aqueles autores – referem que as equipas de segurança do doente e melhoria da qualidade podem contribuir significativamente durante a pandemia, empregando suas habilidades básicas para apoiar os pacientes, a equipe e a organizações, a saber:

- i. Fortalecer o sistema avaliando a prontidão, reunindo evidências, estabelecendo treinamento, promovendo a segurança da equipe e reforçando o apoio dos pares;
- ii. Envolver-se com os cidadãos, os doentes e as suas famílias para que as soluções sejam alcançadas conjuntamente – codesenho – entre prestadores de cuidados de saúde e as pessoas que recebem cuidados;
- iii. Trabalhar para melhorar o cuidado, por meio de ações como a separação dos fluxos, oficinas de trabalho em equipe e o desenvolvimento de suporte à decisão clínica;
- iv. Reduzir os danos gerenciando de forma proativa o risco para pacientes com COVID-19 e não COVID-19;
- v. Impulsionar e expandir o sistema de aprendizagem, para capturar oportunidades de melhoria, ajustar muito rapidamente e desenvolver resiliência. Isso é crucial, pois pouco se sabe sobre a COVID-19 e seus impactos sobre os pacientes, funcionários e instituições, tornando-se, por isso, muito importantes a partilha e a aprendizagem conjunta.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 aumentou muito a pressão sobre os sistemas e serviços de saúde, o que coloca enormes desafios para a qualidade e segurança dos cuidados. Num curto espaço de tempo, houve necessidade de redesenhar processos, criar circuitos diferentes para doentes COVID e não COVID. Os profissionais de saúde veem-se a trabalhar em condições muito difíceis; e o estresse, a fadiga e a exaustão potenciam a probabilidade de ocorrer um erro. Os doentes sentem-se isolados e sozinhos pelo fato de não poderem receber visitas nem ter contato físico com seus familiares, o que dificulta o engajamento dos doentes e da família. Paralelamente, com receio de contato com o vírus SARS-CoV-2 e o risco de contrair COVID-19, muito usuários e doentes evitam ir aos serviços de saúde, agravando seu estado de saúde e adiando intervenções que agregariam valor à sua saúde.

Todos temos um papel a desempenhar e um contributo a dar na resposta a essa pandemia. Os políticos, a quem cabe a responsabilidade de criar condições para promover segurança e bem-estar para as populações; os acadêmicos e pesquisadores, cujos resultados de seus estudos são fundamentais para melhorar o conhecimento e apoiar tomadas de decisão; os profissionais de saúde, de todos os níveis de cuidados (atenção primária, saúde pública, cuidados hospitalares, cuidados continuados e cuidados paliativos), que atuam em situações de grande complexidade e estresse, tendo que atender os doentes COVID e não COVID mantendo elevados padrões de qualidade e estar abertos à mudança e sempre a querer melhorar a qualidade e segurança dos cuidados; e os pacientes, que poderão atuar no codesenho de algumas dessas melhorias, tendo um papel ativo em todo esse processo.

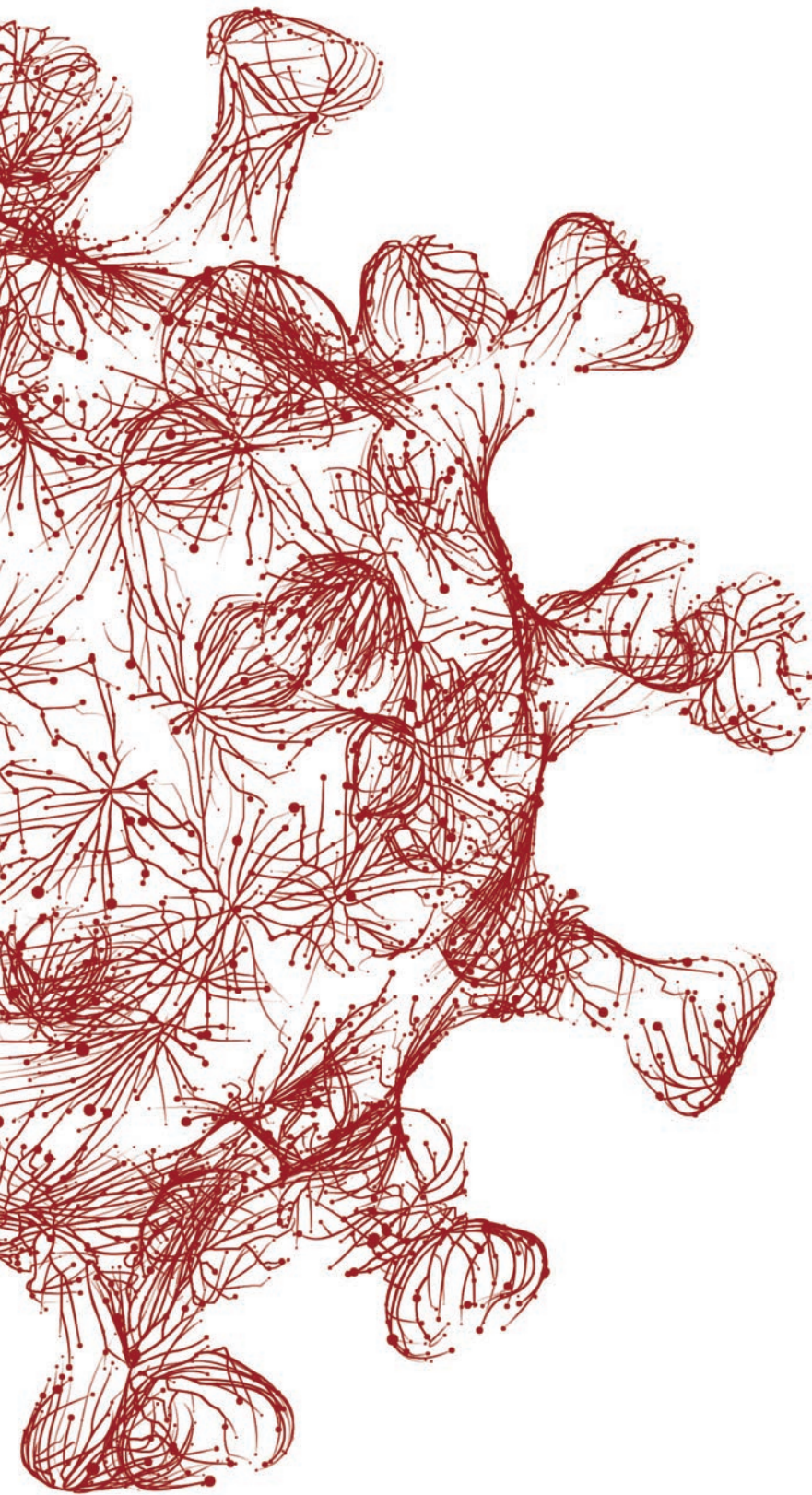
A palavra de ordem deve ser resiliência. Resiliência dos profissionais de saúde para poderem aguentar a pressão, o estresse e o cansaço; resiliência dos sistemas e serviços de saúde para que possam atender às demandas dos doentes e, dessa forma, garantir a prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade e seguros neste contexto extremamente complexo que atualmente vivemos por conta da pandemia de COVID-19.

## REFERÊNCIAS

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Caring for quality in Health: lessons learnt from 15 reviews of Health care Quality. Paris; 2017.
2. Grenier C, et al. France: horizon 2030: adopting a Global- Local approach to patient safety. In: Braithwaite J, editor. Healthcare Systems. Boca Raton: Taylor & Francis; 2018. p. 167-73.
3. O'Hara JK, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(9):673-82.
4. Vaughn VM, et al. Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Qual Saf.* 2019;28:74-84. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573>.
5. Baker GR, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J.* 2004;170:1678-86.
6. Sousa P, et al. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(2):132-137. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>.
7. Rozovsky FA, Conley JL. Health care organizations risk management: forms, checklist & guidelines. 2nd edition. Austin: Wolters Klumer & Business; 2007.
8. World Health Organization. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. Genève; 2011. ISBN 978 92 4 1501958.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. The economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing Patient harm at national level. OECD; 2017.
10. Marra V, Mendes M. O ensino da segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, editores. Criando Organizações de Saúde Seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EAD/ENSP; 2019. p. 247-267. ISBN: 978-85-8432-062-2.
11. Sousa P, et al. The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Rev Port Saúde Pública.* 2009;(Esp 25 anos):91-106.
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
13. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322:5.

14. Rafter N, et al. The Irish national adverse events study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:111–9.
15. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353:1122–29. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
16. Aranaz Andrés JM, et al. Comparison of two methods to estimate adverse events in the IBEAS study (Ibero-American study of adverse events): cross-sectional versus retrospective cohort design. *BMJ Open.* 2017;7(10):e016546. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016546>.
17. Shojania KG, Marang-van de Mheen PJ. Identifying adverse events: reflections on an imperfect gold standard after 20 years of patient safety research. *BMJ Qual Saf.* 2020;29:265–270.
18. Busse R, et al., editors. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. UK: A joint publication of OECD, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. ISBN: 978 92 890 5.
19. O’Hara JK, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(9):673–82.
20. Thomas EJ. The harms of promoting ‘Zero Harm’. *BMJ Qual Saf.* 2020;29:4–6.
21. Yu A, et al. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
22. Institute for Healthcare Improvement. Building capacity and capability for improvement: embedding quality improvement skills in NHS providers. London: NHS; 2017.
23. National Academies of Science, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018. doi: <https://doi.org/10.17226/>.
24. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Healthcare System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.
25. Agency for Healthcare Research and Quality. Human Factors Engineering. Patient Safety Network; 2018.
26. Tam CWC, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.* 2004;34(7):1197–204.
27. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis.* 2020;63(3): 386–8.

28. World Health Organization. Emergency public health: use mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. Geneva: WHO; 2020.
29. Maunder RG, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospitals healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12 (12):1924-32.
30. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 Global epidemic. *JAMA.* 2020;323(15):1439-1440. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
31. Wu P, et al. The psychological impact of the SAR epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry.* 2009;54(5):302-11.
32. Wu P, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol.* 2008;43(6):706-12.
33. Tan BYQ, et al. Psychological impact of the COVID-19 Pandemic on health care workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 2020;16:2019-21.
34. Greenberg N, et al. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ.* 2020;368:1211-16.
35. Staynes A, et al. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int J Qual in Healthcare.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa050>.



# INUMERÁVEIS: LUTO E MEMÓRIA EM HOMENAGEM ÀS VÍTIMAS DA COVID-19

Alana Roriz Rizzo Lobo<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo analisa o impacto do memorial Inumeráveis no processo de luto e na construção da memória coletiva em relação ao novo coronavírus no país. O Brasil contava 6 mil mortos quando o Inumeráveis surgiu, em 30 de abril de 2020, com o intuito de reverter a lógica fria pela qual a pandemia estava sendo tratada aqui. Por trás dos números e da desinformação, estão histórias de milhares de brasileiros. A iniciativa nasceu com a missão de valorizar as vidas perdidas. O resgate das histórias é feito a partir da combinação da arte, do jornalismo e da tecnologia. Parentes e voluntários se unem em uma plataforma digital e ajudam a resgatar e a contar, de forma sensível, pessoal e respeitosa, as peculiaridades da biografia de cada vítima, estimulando um processo reconfortante. Ao tornar a dor visível, o Inumeráveis colabora com a criação da memória individual e da coletiva, respondendo também a uma necessidade de criação de uma comunidade afetiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pandemia. COVID-19. Comunidade afetiva. Luto.

---

<sup>1</sup> Jornalista. Memorial Inumeráveis. [alana.rizzol@gmail.com](mailto:alana.rizzol@gmail.com)





## I. INTRODUÇÃO

“O Inumeráveis nasceu do incômodo de perceber que, nas tragédias pelas quais a humanidade passa, transformamos as vidas perdidas apenas em números e estatísticas. Pandemias, guerras, genocídios, tragédias ambientais. Não valorizamos, não registramos a vida.”<sup>(1)</sup> Foi desse desconforto que o idealizador e empreendedor social Rogério Oliveira se juntou ao artista Edson Pavoni, a mim, jornalista, e a uma rede multidisciplinar de voluntários que se mobilizaram para apurar e contar histórias das vítimas.

Historicamente, o Brasil banaliza suas mortes, e a pandemia da COVID-19 expôs brutalmente essa realidade. O país passou a enfrentar uma crise política e econômica em meio à sanitária, que dividiu, polarizou e transformou o vírus em mais um componente da guerra de narrativas. Também amarga uma batalha pela transparência dos dados que indiquem o tamanho da tragédia. No início de junho, o Ministério da Saúde decidiu mudar o critério de contagem de mortes por COVID-19 e, contrariando a regra mundial, passou a anunciar somente os óbitos que ocorreram especificamente nas últimas 24 horas.

O Inumeráveis não nasceu para contar os mortos. Deliberadamente, o memorial não fala em números — seja nas páginas on-line, seja nas redes sociais ou em seus posicionamentos públicos — nem o design cria formas fáceis de contar as histórias. Uma barra de rolagem com o símbolo do infinito o percorre. O foco está todo nas narrativas e nas memórias, que sensibilizam e humanizam a tragédia. O memorial revela histórias da vida de Anas, Pedros, Paulos, Marias, Marcelas...

Os textos são construídos não sobre a perspectiva da morte, o sofrimento da doença nem os últimos dias. São crônicas de vida, das dores, dos amores. O projeto enfoca as características



humanas e usa a história de cada um — a memória individual dos familiares e amigos daquela pessoa — para contar a história coletiva do que acontece no Brasil na pandemia.

Como, por exemplo, a biografia do paraense Bruno Benedito Ribeiro, um apaixonado pai de duas meninas, e que tinha realizado o sonho de se tornar enfermeiro. Ou da tia Bebê, que, quando menina, fugiu do bando de Lampião no interior de Alagoas, trabalhou até os 78 anos e faleceu aos 100 anos, “jorrando amor” por seus sobrinhos.

Ou de Joaquim Leal de Lima, agricultor de vida simples, fã de churrasco e chimarrão. Jogador de cartas aos fins de semana, ele completou bodas de ametista (55 anos de casado) com dona Maria, que também morreu de COVID-19. Dona Maria gostava de expor fotos da família, com sete filhos, 12 netos e dois bisnetos, na sala. Adorava ver sempre os filhos bem e unidos e, para ela, casa cheia era sinônimo de alegria.

“Todos os dias ouvimos um novo número de pessoas que morreram vítimas do coronavírus no Brasil. Só que números não penetram o coração como histórias. Não há quem goste de ser número. Gente merece existir em prosa”<sup>(1)</sup>, explica Pavoni.

Estatísticas são necessárias. Mas palavras também. A pandemia da COVID-19 alterou também o processo de luto. Nem todas as vítimas tiveram a chance de passar por um velório ou outro ritual de passagem, ou mesmo de se despedir dos familiares. Etapas fundamentais no processo de construção de sentido e aceitação da perda foram suprimidas.

“A morte pela covid-19 é afetivamente desamparada. Do lado da vítima, que até bem pouco tempo antes não tinha nenhuma perspectiva imediata de morte, não há ninguém para segurar a mão, e, se tiver, será de luva. Para quem fica, a perda repentina sem a despedida traz complicações unitárias potenciais e inumeráveis”<sup>(2)</sup>, diz Ana Claudia Quintana Arantes, médica especialista em cuidados paliativos e autora do livro *A Morte É um Dia que Vale a Pena Viver*. As condições podem acentuar o peso, a dor da perda, e é difícil acreditar, segundo Ana Claudia, que é verdade. “O número pode não caber na cabeça das pessoas. A gente não consegue contar, imaginar quantos são, mas, quando se trata da morte de uma pessoa que você ama muito, pouco importa se outras 99 morreram quando a que você perdeu é a que mais importa.”<sup>(2)</sup>

O Inumeráveis apresenta então ao menos a chance de essas pessoas terem sua história contada. De ganharem identidade. O memorial é a celebração de cada vida que existiu e que existe e de como podemos entrelaçá-las para construir memória, afeto, respeito e futuro.

O conceito de memória pode ser compreendido, segundo o historiador francês Pierre Nora, a partir de três características que a constituem: a material, física, como museus, arquivos, cemitérios, tratados, monumentos, santuários, jornais etc.; a funcional, que solidifica a lembrança; e a simbólica, que remete a um acontecimento vivido por um grupo minoritário, que muitas vezes já nem está vivo, e, ainda assim, traz uma representação para uma maioria que não participou do acontecimento.

O Inumeráveis utiliza essas três características para contribuir e fortalecer a memória, individual e coletiva, do período da pandemia no Brasil. Em seu livro *A Memória Coletiva*, Maurice Halbwachs explica que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva. E assim é o Inumeráveis: cada narrativa conta a história do que acontece no Brasil de 2020<sup>(3)</sup>.

Para Olga Von Simson, a memória coletiva

é formada por fatos e aspectos julgados importantes e que são guardados como a memória oficial da sociedade mais ampla. Expressa-se no que chamamos de lugares da memória. Eles são os memoriais, os monumentos mais importantes, os hinos oficiais, quadros célebres, obras literárias e artísticas que expressam a versão consolidada de um passado coletivo de uma dada sociedade.<sup>(4)</sup>

## 2. MÉTODOS

O processo de criação e desenvolvimento do Inumeráveis é baseado na colaboração. Ele nasceu da reunião espontânea e humanitária de um grupo e foi despertando uma poderosa e intensa rede de aliados e voluntários. Aproximadamente 400 pessoas, de norte a sul do país e das mais variadas áreas de conhecimento, já passaram pelo projeto.

A escolha de uma rede de trabalho colaborativa não foi gratuita. Num momento tão duro, o Inumeráveis quer reforçar o poder da empatia e da cooperação entre as pessoas. De acordo com reportagem publicada no portal G1, a cada morte pelo novo coronavírus, de seis a dez pessoas são impactadas pela dor do luto. Os especialistas ouvidos pela reportagem destacam inclusive o fato de que, na pandemia, muito frequentemente, as pessoas morrem em um contexto em que outras pessoas também estão doentes na família.

Em Campos de Goytacazes, no Rio de Janeiro, a família Pessanha teve de lidar com a dor da morte da “rainha”, dona Regina, que “fazia o melhor chuveiro da região”, de seu companheiro de vida, Roberto, um “exagerado nos sentimentos e nas comidas”, e do primogênito do casal, Fábio, o “*masterchef*” da família e o “dindo” mais amado das crianças. Regina Márcia e Fábio José Pessanha Leandro faleceram dias antes de Beбето, todos vítimas do novo coronavírus.

Na reportagem, Rodrigo Luz, criador da fundação Elisabeth Kübler-Ross, também explica que as mortes da pandemia atingem a população de formas diferentes. Há o impacto primário, em familiares e amigos; o secundário, naqueles que perderam o emprego e vivem a supressão de sua imagem profissional e da segurança econômica (luto simbólico); e o terciário, no qual é possível enquadrar toda a população mundial, que vive a ansiedade da morte.

Por isso a importância da construção dessa rede de trabalho afetiva. A motivação para participar do projeto varia, mas é sempre cheia de sentido. Em resposta à pergunta: “O que motivou você a fazer parte do Inumeráveis?” para uma pesquisa interna, algumas das respostas foram:

“Procurei o Inumeráveis como forma de contribuir com o que acontece no Brasil e honrar os brasileiros dos quais não posso cuidar”;

“Poder contar narrativas que mereciam ser enxergadas e que deveriam ocupar espaços”;

“O desejo de dar vazão a minhas emoções neste período e de ajudar a romper com o processo de dessensibilização de pessoas em números”;

“Senti o chamado de colaborar neste momento de ressignificação da morte e do luto”;

“Acredito que estamos participando de um tempo de cura da alma”;

“Disponibilizar o que posso oferecer de bom — escuta, acolhimento — para quem precisa neste momento tão difícil”;

“Ter um propósito durante a pandemia”.

Os voluntários são convidados a colaborar em diferentes etapas do processo de construção do memorial: na busca e captação de histórias das vítimas da COVID-19, na redação de textos-tributo a partir dos relatos que chegam através da plataforma para o projeto, na elaboração e nas campanhas de divulgação e comunicação. Essas pessoas têm, em média, 33 anos, e mais da metade são jornalistas. Professores e estudantes são o segundo e terceiro grupo mais representativo.

Hoje, os voluntários estão divididos em um sistema composto de 13 núcleos de trabalho: idealização, projetos, imprensa, redes sociais, tecnologia, moderação, apuração, relacionamento, entrevistas, revisão, escrita, mediação, núcleo indígena.

O memorial foi desenhado para promover o encontro entre essa rede de voluntários e de familiares e amigos das vítimas. O Inumeráveis não funciona como uma rede social; é acessível e, ao mesmo tempo, solene e respeitoso.

Na plataforma, familiares e amigos das vítimas encontram diferentes ferramentas para homenagear seus entes queridos. Todas as possibilidades foram pensadas e criadas para facilitar o engajamento daqueles que já estão passando por um momento de dor e lidando com o luto.

As ferramentas disponíveis para os familiares e amigos homenagearem as vítimas são:

Texto próprio: as pessoas podem escrever com suas palavras a homenagem. As informações serão checadas e revisadas pela equipe;

Questionário: podem responder a uma enquete com informações sobre a vítima. Além das perguntas básicas, as questões buscam identificar particularidades da vida de cada um. Por exemplo: “Ela tinha alguma mania ou algum fato curioso?”, “Quais foram suas paixões na vida?”, “O que ela gostava de fazer nas horas livres?”, “Como você acha que essa pessoa gostaria de ser lembrada?”. Esse questionário é automaticamente direcionado para uma rede de jornalistas voluntários do projeto;

Áudio de WhatsApp: podem encaminhar seu testemunho por meio de áudio. O material é direcionado para a rede de voluntários.

A partir das informações inseridas, um dos jornalistas irá criar um texto-tributo para cada vítima, que será então incluído no memorial. O texto passará por etapas de checagem, redação e revisão.

A plataforma também tem uma ferramenta dedicada aos jornalistas e estudantes de jornalismo que querem publicar diretamente uma história já apurada. O texto prioriza narrativas sobre o que a pessoa mais gostava, manias, apelidos, a vida amorosa e profissional.

Assim como a plataforma, o desenvolvimento de uma estratégia de comunicação e comunidade é fundamental para furar bolhas, transmitir a missão do Inumeráveis, dar visibilidade ao projeto e às memórias e coletar cada vez mais crônicas. A mobilização da imprensa, da sociedade civil e das universidades também contribui para trazer histórias e voluntários.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sob o lema de que “não há quem goste de ser número; gente merece existir em prosa”, o memorial une arte e jornalismo como forma de ocupação de um espaço político na sociedade e dá visibilidade à quantidade de mortes que nos habituamos a ver.

A hipótese, que provou estar certa apenas algumas semanas depois, era que havia um potencial para usar arte, prosa, para tocar as emoções das pessoas e mudar a narrativa de como a mídia e o governo estavam lidando com a tragédia no Brasil. A estratégia era usar a arte e o jornalismo para criar proximidade com cada uma das vítimas e suas melhores lembranças de vida.

A plataforma digital concentra hoje milhares de histórias em uma página na internet e mantém um canal na rede social Instagram como forma de chamar a atenção para o site. Em pouco mais de um mês do projeto no ar, a conta no Instagram acumulou quase 80 mil seguidores e ganhou rápida visibilidade e notoriedade em toda a imprensa, inclusive na capa histórica do jornal *O Globo*. O Inumeráveis também se tornou um espaço fixo aos domingos no *Fantástico*, da Rede Globo, programa de maior alcance do país.

Outra ação importante do Inumeráveis foi resgatar a morte dos povos indígenas. A artista Gabriela Veiga e a escritora Giovana Madalosso, também voluntárias no projeto, lideraram a missão de dar vida às narrativas dos índios que morreram durante a pandemia, vítimas do novo coronavírus. “Contamos as histórias a partir dos relatos deles e não de nosso olhar. Nossa intenção é diminuir esse abismo entre indígenas e não indígenas. Decidimos falar e nos relacionar com os povos indígenas, com um objetivo muito claro: tirá-los da invisibilidade”, explica Gabriela. São histórias íntimas e de lutas de alguns dos 305 povos originários no Brasil. Entre eles, os povos cocama, macuxi, guajajara, fulniô e banúia.

As narrativas estão contadas também na língua original dos povos indígenas, diminuindo esse abismo cultural, emocional e intelectual que existe. O respeito à identidade é fundamental na hora de apurar e escrever os relatos. “Não existe protagonismo nosso; somos interlocutores. Eles falam e a gente escreve, sem romantizar a visão que temos dos índios.”

Wirimi Tsamia Tsamia, líder superior dos guerreiros do povo indígena cocama, que nasceu em Aldeia Sapotal, em Tabatinga, no Amazonas, e faleceu em Tabatinga, aos 64 anos, é uma das vítimas do novo coronavírus que tiveram sua história contada pelo Inumeráveis. Ele era admirado por suas artesanias e fazia um universo em um pedaço de madeira. Carinhosamente apelidado de Buluka, era um homem cativante, amoroso, amigo, mas, quando precisava, evocava sua alma e seu corpo para ensinar os guerreiros cocama.

Segundo a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), até 13 de outubro, foram 35.840 casos confirmados de COVID-19 em indígenas, 844 mortos e 158 povos afetados<sup>(5-6)</sup>.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Inumeráveis provou ser um ponto de virada sobre a forma como as mortes pela pandemia da COVID-19 estavam sendo tratadas no Brasil. Enquanto o governo federal negava as crises, a oposição e a mídia tentavam criar consciência para a relevância do vírus e para o tamanho da tragédia, apenas trazendo números e mais números, chamando atenção da sociedade por meio de uma abordagem quantitativa.

O memorial adotou abordagem oposta, afirmando que vidas não são números, não são estatísticas, e captou um sentimento de desconforto da população brasileira. Ao revelar histórias individuais e memórias de pessoas comuns, o Inumeráveis oferece à sociedade e à mídia uma nova ferramenta para alertar sobre a relevância da pandemia a partir do olhar humanizado — uma ferramenta em que todos, apesar das preferências políticas, possam se relacionar. “Não é na memória aprendida, é na história vivida que se apoia nossa memória”, conclui Halbwachs.

## REFERÊNCIAS

1. Honorat M. Artistas e jornalistas criam memorial para vítimas da Covid-19. Gazeta de Alagoas [Internet]. 06 maio 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://d.gazetadealagoas.com.br/caderno-b/273855/artistas-e-jornalistas-criam-memorial-para-vitimas-da-covid-19>.
2. Arantes ACQ. A Morte É um Dia que Vale a Pena Viver. Rio de Janeiro: Sextane; 2019.
3. Halbwachs M. A Memória Coletiva. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1990.
4. Miranda LM. Memória individual e coletiva. Jornal da Unicamp [Internet]. 27 maio 2019 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2019/05/27/memoriaindividual-e-coletiva>.
5. Rossi M. “Vamos ter um luto pela falta de consciência. Muitos vão se arrepender de não ter ficado em casa”. El País [Internet]. 28 abr 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/politica/2020-04-20/ana-claudia-quintana-arantes-havera-um-arrependimento-coletivo-tambem.html>. <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>.
6. Oliveira J. Covid-19 se espalha entre indígenas brasileiros e já ameaça povos isolados. El País [Internet]. 17 jun 2020 [acesso 2020 nov 22]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-17/covid-19-se-espalha-entre-indigenas-brasileiros-e-ja-ameaca-povos-isolados.html>.

# NOVO CORONAVÍRUS: IMUNIDADE INDIVIDUAL, IMUNIDADE POPULACIONAL, ONDAS DE INFECÇÃO E POSSIBILIDADE DE REINFECÇÕES

Aluisio Augusto Cotrim Segurado<sup>1</sup>

**RESUMO:** Transcorridos mais de 10 meses desde sua descrição inicial, a infecção pelo novo coronavírus e a pandemia de COVID-19 dela decorrente seguem sendo o maior desafio de saúde global do nosso tempo. O comportamento dessa infecção viral emergente e sua evolução epidêmica permanecem repletos de incertezas que preocupam toda a humanidade e desafiam as autoridades de saúde pública em todos os continentes. Por outro lado, as significativas repercussões sociais, políticas e econômicas da pandemia dão sinais de que perdurarão por um tempo ainda indefinido. De modo a contribuir para o melhor entendimento da questão, discutem-se, nesta revisão, os mecanismos de desenvolvimento da imunidade contra o SARS-CoV-2 no nível individual e populacional, seu impacto na evolução de ondas epidêmicas e o eventual risco de reinfecções, considerando-se a inexistência, por ora, de uma vacina eficaz contra esse agente viral.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19. Imunidade. Pandemia. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Soroprevalência.

---

<sup>1</sup> Médico infectologista pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Mestre, Doutor e Livre-docente em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela mesma instituição. Professor Titular da FMUSP e Presidente do Conselho Diretor do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP. ORCID 0000-0002-6311-8036. [segurado@usp.br](mailto:segurado@usp.br).





## I. INTRODUÇÃO

A pandemia causada pela infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), inicialmente reconhecida na província chinesa de Hubei em novembro de 2019<sup>(1)</sup>, certamente constitui o maior desafio de saúde global do nosso tempo. Caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como uma pandemia em 11 de março de 2020, até 15 de outubro do mesmo ano já havia se disseminado para 189 países, dispersos em todos os continentes, totalizando 38.202.965 casos de COVID-19 e o triste registro da perda de 1.087.069 vidas. No Brasil, foram notificados às autoridades de saúde, até a mesma data, 5.113.628 casos de doença e 150.998 óbitos a ela relacionados<sup>(2)</sup>.

As medidas sanitárias impostas pelas autoridades de saúde pública em todo o mundo, com vistas à prevenção e ao controle da infecção, determinaram alterações drásticas na vida cotidiana de cada um de nós, com significativo impacto sobre a saúde mental e as relações sociais das populações. As desigualdades sociais e econômicas existentes atingem em maior magnitude as populações mais vulneráveis.

Na ausência de uma vacina eficaz, as ações de prevenção e controle restam dependentes do distanciamento social, do uso de máscaras e de outras medidas sanitárias, como a intensificação de práticas de higiene pessoal e de ambientes. No entanto, a indagação que assola a humanidade neste momento é: até quando? Sabe-se que há uma saturação esperada na adesão a essas práticas, em função da necessidade de retomada da vida social e das atividades econômicas em maior escala. A maior aspiração de todos é, portanto, pela imunidade à infecção.

A imunidade contra o SARS-CoV-2 pode ser analisada do ponto de vista individual, isto é, em que medida o indivíduo que contraiu a infecção ficará isento de ser novamente acometido, mas, também, em sua dimensão coletiva, denominada imunidade de rebanho, ou seja, a que

aponta para a possibilidade de um determinado grupo de pessoas da comunidade ficar protegido de adquirir a infecção, mesmo não tendo sido previamente infectado.

O que já entendemos sobre essa imunidade a partir dos conhecimentos acumulados com o estudo de outras viroses respiratórias análogas e com a intensa pesquisa sobre o novo coronavírus propriamente dito, desenvolvida ao longo de mais de 10 meses de pandemia? Inicialmente, é preciso destacar que a imunidade contra o SARS-CoV-2 pode ser adquirida após uma infecção natural ou, futuramente como se espera, também por meio da vacinação com um imunógeno que venha a se mostrar eficaz em induzir proteção.

Sabe-se que a imunidade contra as infecções virais compreende dois componentes essenciais da resposta imune do hospedeiro humano: a imunidade humoral, dependente da ação de anticorpos voltados a elementos constituintes da partícula viral, e a imunidade denominada celular, que se relaciona com a capacidade de células do sistema imune (linfócitos) reconhecerem as células infectadas pelo vírus (células-alvo da infecção) e as destruírem, possibilitando, dessa forma, a eliminação do agente e, conseqüentemente, o clareamento da infecção e sua cura.

No primeiro caso, a imunidade mediada por anticorpos, sabe-se que o indivíduo infectado responde à presença do agente infeccioso, produzindo anticorpos com capacidade de neutralizar as partículas virais e, assim, impedir que estas penetrem em novas células, o que contribui para a resolução da infecção. No caso da infecção pelo SARS-CoV-2, tais anticorpos são voltados principalmente à glicoproteína S (*spike protein*) do vírus e, em particular, à porção dessa molécula que se liga ao receptor celular ACE2 das células epiteliais, para permitir a entrada do vírus nas células-alvo da infecção no trato respiratório<sup>(3)</sup>. O papel dos anticorpos neutralizantes na imunidade contra o SARS-CoV-2 foi recentemente documentado em experimentos *in vitro*<sup>(4)</sup>.

No caso da pessoa que vier a ser vacinada com um imunógeno eficaz, por sua vez, espera-se que a presença de anticorpos neutralizantes na circulação permita que, uma vez exposta ao agente, tais anticorpos neutralizem as partículas virais circulantes, impedindo que a infecção venha a se estabelecer.

A avaliação da resposta imune humoral se faz por meio de testes de detecção de anticorpos específicos contra o SARS-CoV-2. Contudo, é importante salientar que a interpretação dos resultados desses testes nem sempre é simples. Os métodos atualmente disponíveis para essa finalidade padecem de importantes limitações, em virtude de diferenças metodológicas. A variabilidade na sensibilidade e especificidade das diversas técnicas empregadas faz com que os resultados observados em diferentes estudos nem sempre sejam comparáveis. Ao lado disso, restam ainda dúvidas sobre a duração da proteção induzida por anticorpos. Nesse aspecto, merecem ser analisados, conjuntamente, os estudos que investigaram a persistência de anticorpos específicos nas infecções causadas por outros tipos de coronavírus e na própria infecção pelo SARS-CoV-2.

No que se refere a outros coronavírus, há evidências relevantes para a melhor elucidação do tema. Alguns coronavírus humanos, dito endêmicos, como HCoV-NL63, -229E,

-HKU1 e -OC43, são reconhecidos como causadores frequentes do resfriado comum desde o século passado. Sabe-se que a infecção por esses agentes induz, em uma significativa proporção dos acometidos, a produção de anticorpos específicos, que são passíveis de detecção por testes sorológicos. Porém, verificou-se que tais anticorpos não persistem por longo tempo após a infecção. A literatura científica indica que tais anticorpos são mais frequentemente detectados apenas por alguns meses após a infecção, vindo depois a desaparecer<sup>(5-6)</sup>. Há poucos pacientes que mantêm anticorpos específicos contra esses agentes mais prolongadamente, por até um ano após a infecção. Entretanto, apesar disso, não se mostraram protegidos. A incapacidade dessas infecções em induzir imunidade persistente explica a ocorrência de reinfecções, justificando a possibilidade de que o indivíduo apresente manifestações clínicas de resfriado comum por eles causadas mais de uma vez ao longo da vida<sup>(5-7)</sup>.

De modo distinto, nas infecções causadas por coronavírus emergentes a partir de zoonoses, reconhecidamente responsáveis por quadros clínicos mais graves e, potencialmente fatais, verifica-se que os anticorpos específicos circulantes persistem por tempo mais prolongado. Assim, por exemplo, entre pacientes infectados pelo SARS-CoV-1 na epidemia asiática de 2003, tais anticorpos foram detectados por vários anos, com relato de 100% de soropositividade até 2 anos depois do início dos sintomas, com queda progressiva após esse período até atingir 69% de positividade cerca de 12 anos após a infecção<sup>(8)</sup>. Em relação à epidemia de MERS, ocorrida no Oriente Médio em 2012, há evidência de persistência de anticorpos específicos por até 2 anos, mesmo entre pacientes que desenvolveram manifestações clínicas leves, ou mesmo infecções assintomáticas<sup>(9)</sup>.

No que se refere ao SARS-CoV-2, em estudo de revisão sobre soroconversão (aparecimento de anticorpos específicos), descreveu-se que, em pacientes com COVID-19<sup>(10)</sup>, os anticorpos específicos da classe IgM são detectados na fase aguda da infecção em proporções variáveis nos diversos estudos, variando em frequência, também, segundo o estágio evolutivo da doença. Esses anticorpos foram demonstrados em 11% a 71% dos pacientes nas fases mais precoces da doença (1ª semana), e em 36% a 87% e 56% a 97% dos casos na 2ª semana e após 14 dias do início dos sintomas respectivamente. Os anticorpos da classe IgG, por sua vez, que usualmente aparecem mais tarde, foram demonstrados em 4-57%, 54-88% e 91-100% nos mesmos períodos acima relatados após a instalação das manifestações clínicas. Contudo, há evidências de que existe sororreatividade cruzada entre o SARS-Cov-2 e os coronavírus endêmicos, o que pode acarretar limitações na interpretação categórica dos resultados sorológicos. Tendo em vista que a COVID-19 é uma doença descrita há poucos meses, ainda restam muitas dúvidas sobre a duração da resposta imune humoral por ela induzida. Os estudos que lograram seguir os pacientes por 2 meses após o início dos sintomas revelaram persistência de anticorpos IgG específicos por esse período, sendo que, em 92-100% das vezes, os anticorpos exibiam propriedades neutralizantes<sup>(10)</sup>. Cabe ressaltar que a grande variabilidade de desenho metodológico, com emprego de diferentes métodos de detecção de anticorpos, dificulta sobremaneira a comparação entre os estudos que avaliam a reposta imune humoral na infecção pelo novo coronavírus para que se possa chegar a uma conclusão definitiva sobre a duração da imunidade humoral adquirida.

No que concerne à imunidade celular, sabe-se que a indução de células T e B de memória é importante para que se desenvolva proteção anti-infecciosa em longo prazo<sup>(4)</sup>. Todavia, os métodos de aferição dessa resposta são bem mais difíceis de executar, pois requerem maior infraestrutura laboratorial, são mais laboriosos e de maior custo, limitando seu emprego em larga escala para avaliação da imunidade em âmbito populacional. A pesquisa com número mais reduzido de casos de COVID-19 demonstrou que linfócitos T da subpopulação CD4+ reativos à glicoproteína S do SARS-CoV-2 estão presentes em 83% dos pacientes com a doença, mas também em 20% a 50% de indivíduos saudáveis que não relatavam exposição a casos confirmados de infecção pelo novo coronavírus<sup>(3-4;11)</sup>. Curiosamente, Braun et al.<sup>(4)</sup> verificaram que a reatividade das células imunológicas em doadores de sangue saudáveis e supostamente não expostos ao SARS-CoV-2 se dava às porções da proteína S viral que apresentam maior similaridade com proteínas dos coronavírus endêmicos causadores de resfriado. Com isso, levantaram a hipótese de que a infecção pregressa por esses outros coronavírus possa ser responsável pela resposta imune celular observada ao SARS-CoV-2 em indivíduos não expostos a esse agente. A confirmação dessa hipótese e sua efetiva implicação na dinâmica de transmissão do novo coronavírus ainda carecem de maior elucidação.

Ante as dificuldades em estudar a imunidade celular em grande número de indivíduos, a avaliação da imunidade contra o novo coronavírus em nível populacional resta dependente dos inquéritos sorológicos em larga escala. Nesses estudos, avalia-se o grau de exposição de uma determinada população à infecção por SARS-CoV-2 pela taxa de indivíduos daquele grupo que apresenta anticorpos contra o vírus. No Brasil, estudos dessa natureza vêm sendo conduzidos em diferentes populações.

Em inquérito sorológico seriado de base populacional, conduzido em 133 cidades-sentinelas brasileiras, contemplando todos os estados da Federação, avaliou-se a soroprevalência da infecção pelo novo coronavírus em 25.025 e 31.165 indivíduos com idade superior a 1 ano, respectivamente, nos meses de maio e junho de 2020. Com base em testes imunocromatográficos rápidos, capazes de detectar anticorpos das classes IgM e IgG anti-SARS-CoV-2, foram verificadas taxas de soroprevalência crescentes, que passaram de 1,9% (IC95% 1,7-2,1) para 3,1% (IC95% 2,8-3,4) no citado período, observando-se maior risco de infecção nos indivíduos com idades entre 20 e 59 anos, nos pertencentes aos estratos socioeconômicos mais baixos e naqueles que residiam em ambientes aglomerados (mais de 6 moradores no domicílio)<sup>(12)</sup>. Outro inquérito sorológico de base populacional, desta vez no município de São Paulo, empregando testes de quimioluminescência e eletroquimioluminescência para detecção de anticorpos IgM e IgG, revelou resultados análogos, com demonstração de elevação das taxas de soroprevalência para infecção pelo novo coronavírus de 5,2% para 17,9% entre os meses de maio e julho de 2020. Mais uma vez, verificou-se maior risco de infecção entre as populações de distritos de mais baixa renda<sup>(13)</sup>.

Em grupos com maior exposição ao novo coronavírus, como, por exemplo, profissionais que atuavam em diferentes funções laborais no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em maio de 2020, foi identificada prevalência global de anticorpos anti-SARS-CoV-2

em 14,1% (IC95% 13,1-15,0) dos 4.957 indivíduos testados. O risco de infecção pelo novo coronavírus nessa população mostrou-se associado a maior vulnerabilidade social, caracterizada por menor escolaridade e residência em regiões mais periféricas da cidade.

Estudos seriados de soroprevalência entre candidatos a doador de sangue podem também contribuir para a inferência do total acumulado de infecções na população. Em análise comparativa conduzida em bancos de sangue de São Paulo e Manaus, Buss et al. <sup>(14)</sup> demonstraram elevação progressiva das taxas de infecção por SARS-CoV-2 entre março e junho de 2020 em ambas as capitais, partindo-se de taxas inferiores a 1% nas duas localidades no início do período avaliado. Nesse estudo, os autores chamaram a atenção para o crescimento muito mais rápido da transmissão do novo coronavírus em Manaus, onde o pico de 51,8% de soropositividade foi atingido no mês de junho, enquanto em São Paulo, no mesmo mês, apenas 13,6% dos doadores se mostraram soropositivos. Levando em conta, ainda, a possibilidade de falsos negativos na testagem sorológica, concluiu-se que a taxa estimada de infecção em Manaus pode ter sido de 66% da população.

Os resultados de soroprevalência encontrados nas diferentes populações analisadas encontram-se resumidos na **Tabela 1**, especificando-se os métodos sorológicos empregados em cada avaliação para permitir melhor comparação. Cabe discutir o que indicam tais resultados? Estaríamos caminhando para a imunidade de rebanho em algumas regiões do país?

**TABELA 1.** Estudos de soroprevalência de infecção por SARS-CoV-2 em diferentes populações brasileiras.

População avaliada	Teste sorológico empregado	Número de pessoas testadas	Soroprevalência (%)						Referências
			Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	
<b>População geral (amostra probabilística)</b>									
Multicêntrico - Brasil	Imunocromatográfico anticorpos IgM e IgG	25.025 a 31.165	NA	NA	1,9	3,1	NR	NR	Hallal et al. <sup>(12)</sup>
São Paulo - capital	Quimioluminescência e eletroquimioluminescência anticorpos IgM e IgG	520 a 1.470	NR	NA	5,2	11,4	17,9	NR	Tess et al. <sup>(13)</sup>
<b>Profissionais de saúde</b>									
Hospital das Clínicas - SP	Imunocromatográfico anticorpos IgM e IgG								Costa*

População avaliada	Teste sorológico empregado	Número de pessoas testadas	Soroprevalência (%)						Referências
			Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	
<b>Doadores de sangue</b>									
Manaus	Quimioluminescência anticorpos IgG	821 a 1.145	< 1	4,8	44,2	51,8	40,0	30,1	Buss et al. <sup>(14)</sup>
São Paulo		799 a 2.454	< 1	2,9	5,9	13,6	11,2	13,6	

NA - Não se aplica; NR- Não relatado; \* Comunicação pessoal de Sílvia F. Costa (dados não publicados).

Entende-se por imunidade de rebanho (*herd immunity*, em inglês) a proteção indireta que se instala em uma população com o aumento do número de infectados no grupo e, conseqüentemente, redução do número de suscetíveis a adquirir a infecção. Em outras palavras, a imunidade de rebanho representa o patamar de imunidade necessário para impedir que o vírus continue circulando em uma determinada população, imunidade esta adquirida após a infecção natural ou pela vacinação. A depender da capacidade que o vírus possua de se disseminar, quando resta uma proporção muito reduzida de susceptíveis na população, a transmissão da infecção se interrompe naturalmente.

Para avaliar esse fenômeno, pode-se estimar a proporção necessária de infectados para que se instale a imunidade de rebanho numa determinada população a partir da identificação da capacidade de transmissão do agente infeccioso. Essa, por sua vez, é calculada a partir do número básico de reprodução da infecção, conhecido como  $R_0$ . No caso da infecção por SARS-CoV-2, o  $R_0$  foi estimado em 2,5 em Manaus <sup>(14)</sup>, entre 1,4 e 6,5 (média 3,3; mediana 2,8) na China e entre 2,4 e 3,1 na Itália <sup>(15)</sup>. Tomando-se, como exemplo, o valor médio estimado em 3, teríamos que um indivíduo infectado seria capaz de transmitir o vírus a 3 pessoas suscetíveis com as quais teve contato. A partir da determinação do  $R_0$  da infecção, pode-se, então, calcular a taxa de infectados teoricamente necessária para que se alcance a imunidade de rebanho como sendo  $1-1/R_0$ , ou, no caso específico da COVID-19,  $1-1/3$ , o que corresponde a 67%.

Tal estimativa, de base teórica, parece bastante alarmante, considerando-se a história natural da infecção e mesmo sua evolução com as intervenções assistenciais de tratamento, pois, até que se pudesse atingir a proporção de 67% de infectados no mundo todo, mais de 30 milhões de vidas teriam sido perdidas. Todavia, essa previsão partiu de pressupostos que não se mostraram corretos na realidade, como, por exemplo, o de que o comportamento da população seria homogêneo em relação à dinâmica de transmissão do vírus. Reconheceu-se, posteriormente, que certas parcelas da população não apresentavam o mesmo potencial de transmissão do agente a suscetíveis, em função, por exemplo, de sua maior adesão às medidas recomendadas de isolamento social. Por outro lado, deve-se admitir que o cálculo da taxa de infectados necessária para a imunidade de rebanho considerava, também, que todos

os infectados desenvolvam imunidade esterilizante definitiva, ou seja, com impossibilidade de reinfecção, algo que, embora se admita muito infrequente, não pode ser integralmente descartado com base nos conhecimentos atuais.

Considerando-se que a imunidade de rebanho não é algo tangível por ora, antes da ansiada descoberta de uma vacina eficaz, resta-nos indagar como ficaremos. Estaremos fadados a permanecer sob a ameaça de retorno da epidemia a qualquer momento? Do ponto de vista epidemiológico, o que representa uma segunda onda de ocorrência da infecção pelo SARS-CoV-2? Como isso poderia se dar e qual seria seu impacto para a sociedade?

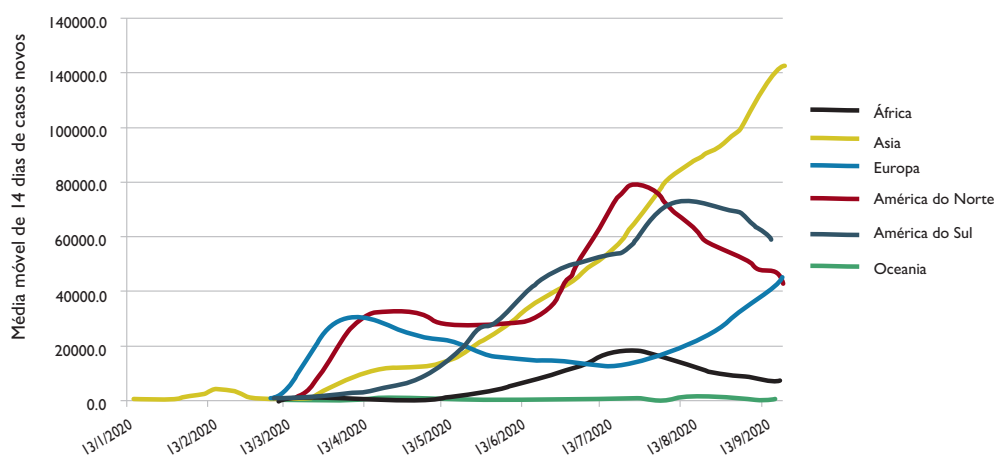
Entende-se por segunda onda o recrudescimento da epidemia em uma comunidade que, afetada inicialmente, havia evoluído com redução da circulação viral e, conseqüentemente, da descrição de novos casos de infecção e de óbitos a ela relativos. Episódios dessa natureza foram bem caracterizados ao longo da história, por exemplo, em sucessivas epidemias de gripe, causadas por diferentes tipos de vírus da influenza<sup>(16-17)</sup>.

Particularmente no que tange à COVID-19, reconhece-se que a ocorrência de uma segunda onda epidêmica pode ter um impacto devastador do ponto de vista social e econômico para a comunidade envolvida, ao afetar a morbimortalidade associada à doença, trazendo de volta o risco de nova sobrecarga assistencial aos serviços de saúde, com potencial ameaça de perda adicional de número significativo de vidas<sup>(18)</sup>. Ao lado disso, após meses da ocorrência da onda inicial, da qual a sociedade ainda não se recuperara integralmente, uma segunda onda epidêmica imporá a retomada de medidas restritivas de distanciamento social, com conseqüências danosas à saúde mental da população e, certamente, à já previamente debilitada economia dos países afetados.

O risco de ocorrência de uma segunda onda epidêmica, sua magnitude e duração dependem de diversos fatores, incluindo a intensidade da adesão às medidas de isolamento social e, conseqüentemente da taxa de infecção na população durante a vigência da primeira onda, a intensidade de interação humana decorrente da mobilidade populacional entre territórios atingidos de forma desigual pela epidemia e o modo como se dá o relaxamento do isolamento social, passado o pico epidêmico<sup>(18-19)</sup>. Modelos matemáticos que levam em conta todas essas variáveis poder ser construídos para avaliar o risco de ocorrência de uma segunda onda epidêmica em uma dada população (20). Nesse contexto, o monitoramento do número de casos de COVID-19 pode revelar diferenças significativas nos padrões evolutivos da epidemia em diferentes continentes, com impacto sobre o risco de surgimento de uma nova onda. De modo preocupante, observamos que a 2ª onda da epidemia teve início recentemente e se encontra ora em curso em vários países europeus (**Gráfico 1**).



**GRÁFICO I.** Evolução temporal do número de casos de COVID-19 em diferentes continentes (janeiro-setembro 2020).



Fonte: Adaptado de Grech e Cuschieri<sup>(18)</sup>

Uma questão relevante no que diz respeito à imunidade adquirida ao SARS-CoV-2, que hoje instiga a todos nós, é saber em que medida a sororeatividade, ou seja, a presença de anticorpos circulantes contra o vírus após uma infecção natural, sintomática ou não, de fato representa um “passaporte de imunidade”, ou a garantia da impossibilidade de uma reinfecção. Podem essas pessoas ficar tranquilas em relação ao risco de contraírem novamente a COVID-19 no futuro? Ou sempre existiria a possibilidade de uma reinfecção? O impacto dessa questão não se limita apenas aos indivíduos que foram infectados pelo novo coronavírus, mas também diz respeito ao papel que terá uma futura vacina que se mostre eficaz em induzir a produção de anticorpos específicos contra o SARS-CoV-2. Uma vacina comprovadamente eficaz em levar à produção desses anticorpos fará com que os vacinados que responderem adequadamente à imunização fiquem, de fato, protegidos de uma eventual reinfecção? Infelizmente, ainda não podemos responder a essa dúvida com total convicção.

Alguns relatos de possíveis reinfecções pelo SARS-CoV-2 foram recentemente descritos na literatura<sup>(21-25)</sup>. Porém, a análise dos dados apresentados nesses relatos merece uma apreciação bastante cuidadosa, tendo em vista a falta de padronização de como foi definida a reinfecção e a grande variabilidade dos métodos diagnósticos empregados nos diferentes estudos<sup>(10)</sup>. Nem sempre é possível garantir que se trate, efetivamente, de reinfecção. Os relatos são habitualmente baseados em nova detecção de RNA viral, pela técnica de PCR, em secreções da nasofaringe de pacientes com história prévia de infecção documentada pelo SARS-CoV-2. Contudo, deve-se lembrar que a simples detecção do RNA viral não significa que o indivíduo esteja eliminando em suas secreções nasais partículas virais íntegras e capazes de se replicar e que, dessa forma, poderia representar uma fonte de transmissão do novo coronavírus<sup>(10,26)</sup>. Além disso, há de se considerar

que o teste de PCR para detecção do Sars-CoV-2 pode apresentar com certa frequência resultados falsos negativos e falsos positivos<sup>(27)</sup>. A confirmação cabal de reinfecção exige a realização do sequenciamento genético completo do RNA viral nas amostras obtidas na primeira infecção e na suposta reinfecção, de modo a possibilitar a demonstração de que se trata de isolados distintos. Tal condição foi raramente evidenciada até o momento<sup>(28-29)</sup>, visto que essa técnica de biologia molecular é disponível apenas em alguns laboratórios de pesquisa. Além disso, é importante acrescentar que, independentemente da possibilidade de que, de fato, ocorram incidentes de reinfecção pelo SARS-CoV-2, não há por ora evidência de que tal evento possa ter relevância clínica ou importância epidemiológica como potencial fonte de infecção a terceiros<sup>(10)</sup>.

## 2. COMENTÁRIOS FINAIS

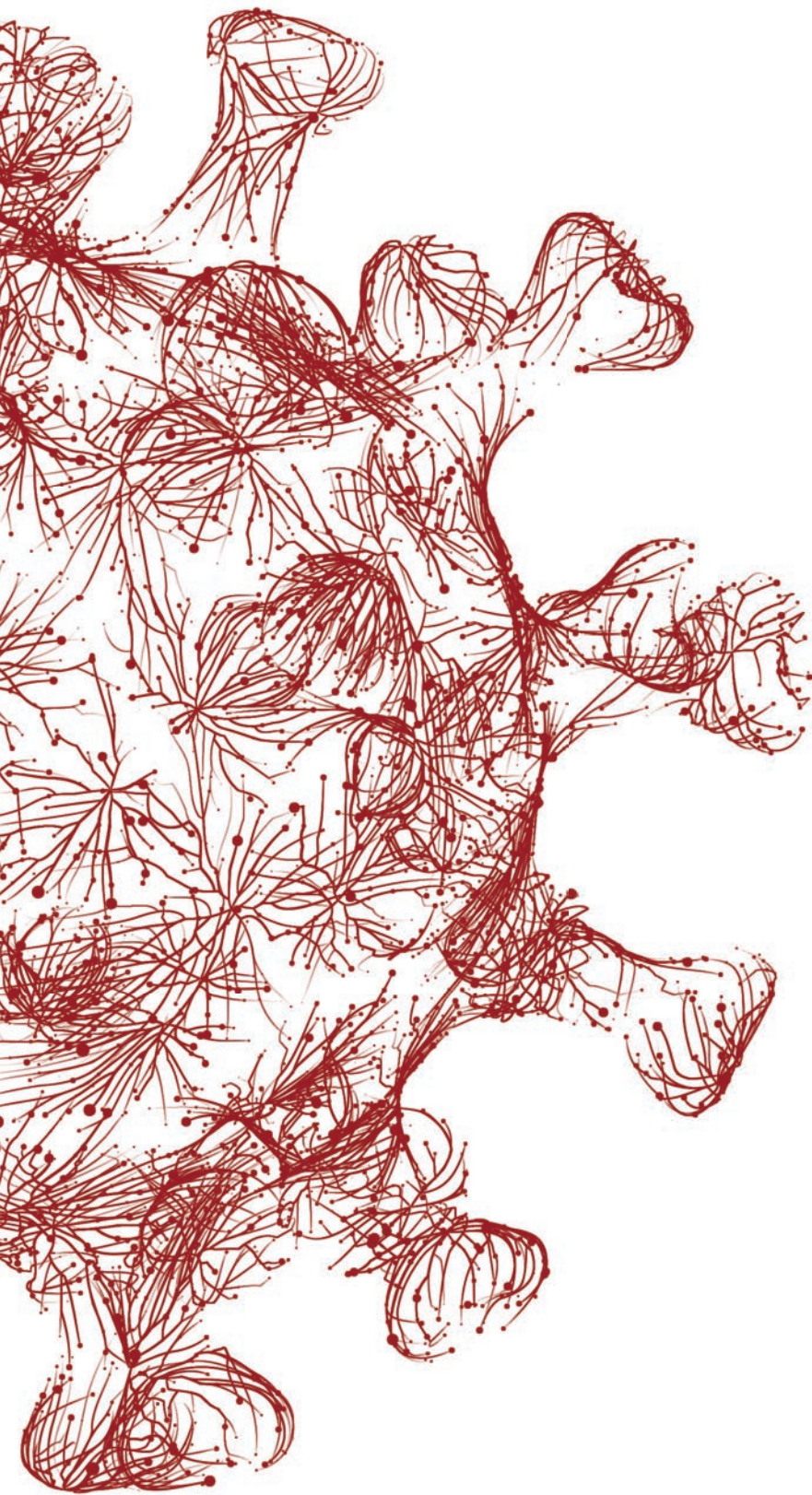
É fato que, passados mais de 10 meses desde o início da pandemia de COVID-19, a transmissão da doença ainda persiste entre nós, representando um grave empecilho à almejada retomada de uma “vida normal”. Até que possamos contar com um imunógeno eficaz em induzir imunidade específica contra o SARS-CoV-2, e que tal tecnologia venha a se tornar acessível a parcelas significativas da população mundial, resta-nos manter as medidas sanitárias voltadas à redução da propagação da infecção. Os conhecimentos atualmente disponíveis sobre o desenvolvimento da imunidade anti-infecciosa contra esse agente viral, em nível individual e coletivo, bem como as lacunas que ainda restam sobre tema, revistos neste artigo, podem-nos ser úteis para melhor compreensão do comportamento da epidemia e seus desdobramentos para a humanidade, seja no corrente momento, seja no futuro.

## REFERÊNCIAS

1. Andersen KG, et al. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med.* 2020;26:450-2.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease Dashboard [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <http://covid19.who.int>.
3. Cox RJ, Brokstad KA. Not just antibodies: B cells and T cells mediate immunity to COVID-19. *Nature Rev Immunol.* 2020(Oct):581-2.
4. Braun J, et al. SARS-CoV-2 reactive T cells in healthy donors and patients with COVID-19. *Nature.* 2020;587:270-74. doi: <https://doi.org/10.1038/s4158620-2598-9>.
5. Galanti M, Shaman J. Direct observation of repeated infections with endemic coronaviruses. *J Infect Dis.* 2020;jiaa392. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa392>.
6. Huang AT, et al. A systematic review of antibody mediated immunity to coronaviruses: kinetics, correlates of protection, and association with severity. *Nat Commun.* 2020;11:4704. doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18450-4>.
7. Kellam P, Barclay W. The dynamics of humoral immune responses following SARS-CoV-2 infection and the potential for reinfection *J Gen Virol.* 2020;101:791-97.
8. Guo L, et al. Profiling early humoral response to diagnose novel coronavirus disease (COVID-19). *Clin Infect Dis.* 2020;71:778-85.
9. Zhao J, et al. Recovery from Middle East respiratory syndrome is associated with antibody and T-cell responses. *Sci Immunol.* 2017;2(14):eaan5393. doi: <https://doi.org/10.1126/sciimmunol.aan5393>.
10. Murchu EO, et al. Immune response following infection with SARS-CoV-2 and other coronaviruses: a rapid review. *Rev Med Virol.* 2020:e2162. doi: <https://doi.org/10.1002/rmv.2162>.
11. Mateus J, et al. Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans. *Science.* 2020;370(2 Oct): 89-94.
12. Hallal PC, et al. 2020 SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet.* 2020;8:e1390-8.
13. Tess B, et al. SoroEpiMSP – Inquérito soroepidemiológico seriado para monitorar a prevalência da infecção por SARS-CoV-2 no município de São Paulo, SP, Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://monitoramentocovid19.org>.
14. Buss LF, et al. COVID-19 herd immunity in the Brazilian Amazon. 2020; MedRxiv (preprint). doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.16.20194787>.

15. Lai JW, Cheong KH. Superposition of COVID-19 waves, anticipating a sustained wave, and lessons for the future. *Bioessays*. 2020; 2020;42:2000178. doi: <https://doi.org/10.1002/bies.202000178>.
16. Lagacé-Wiens PR, Rubinstein E. Influenza epidemiology - past, present, and future. *Crit Care Med*. 2010;38(4):e1-e9.
17. Sun J, et al. The kinetics of viral load and antibodies to SARS-CoV-2. *Clin Microbiol Infect*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.043>.
18. Grech V, Cuschieri S. COVID-19: A global and continental overview of the second wave and its (relatively) attenuated case fatality ratio. *Early Hum Dev*. 2020 Oct 3:105211. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105211>. Epub ahead of print. PMID: 33039260; PMCID: PMC7532352.
19. López L, Rodó X. The end of social confinement and COVID-19 re-emergence risk. *Nature Hum Behav*. 2020;4(Jul):746-55.
20. Cacciapaglia G, Cot C, Sannino F. Second wave COVID19 pandemics in Europe: a temporal playbook. *Sci Report [Internet]*. 2020 [acesso 2020 out 15];10(1):15514. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-02072611-5>.
21. Bonifacio LV, Pereira APS, Araújo DCA. Are SARS-CoV-2 reinfection and Covid-19 recurrence possible? A case report from Brazil. *Rev Soc Brasil Med Trop*. 2020;53:e20200619. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0619-2020>.
22. Fu W, Chen Q, Wang T. Letter to the Editor: Three cases of re-detectable positive SARS-CoV-2 RNA in recovered COVID-19 patients with antibodies. *J Med Virol*. 2020;92:2298-2301.
23. Lan L, et al. Positive RT-PCR results in patients recovered from COVID-19. *JAMA*. 2020;323(15):1502-1503.
24. Ye G, et al. Clinical characteristics of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 reactivation. *J Infect*. 2020;80(5):e14-e17.
25. Loconsole D, et al. Recurrence of COVID-19 after recovery: a case report from Italy. *Infection*. 2020;48(6):965-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01444-1>.
26. Wolfel R, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581(7809):465-9. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>.
27. Alvarez-Moreno CA. Testing Dilemmas: Post negative, positive SARS-CoV-2 RT-PCR – is it a reinfection? [editorial] *Travel Med Infect Dis*. 2020;35:101743. doi: <https://doi.org/j.tmaid.2020.101743>.

28. Tillet L, Sevinsky JR, Hartley PD. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. *Lancet Infect Dis.* 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S14733099\(20\)30764-7](https://doi.org/10.1016/S14733099(20)30764-7).
29. Van Elslande J, et al. Symptomatic SARS-CoV-2 reinfection by a phylogenetically distinct strain. *Clin Infect Dis.* 2020;5;ciaa1330. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1330>.





# IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19: DO DESENVOLVIMENTO E PESQUISA À DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

Nereu Henrique Mansano<sup>1</sup>

Fernando Campos Avendanho<sup>2</sup>

**RESUMO:** Diante dos imensos desafios trazidos pela pandemia de COVID-19, criou-se uma demanda mundial pelo desenvolvimento de vacinas específicas e para o planejamento e implementação de estratégias de vacinação. O presente texto pretende discutir o estado da arte do desenvolvimento de novas vacinas, os objetivos a serem alcançados com a vacinação, valores e critérios a serem adotados para a definição dos grupos prioritários, as etapas de pesquisa e fases dos estudos clínicos, que, apesar de abreviados, precisam ser realizados e conduzidos com rigor. Apresenta as perspectivas para a produção e disponibilidade dos imunobiológicos no Brasil. Nas considerações finais, destaca-se que todos os imunobiológicos com segurança e eficácia comprovadas devem ser contemplados para atender, no menor tempo possível, os grupos populacionais prioritários, a necessidade de coordenação nacional por meio do Programa Nacional de Imunizações, os efeitos deletérios da politização das discussões sobre a vacina da COVID-19 e a necessidade de convergência de esforços para sua implementação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pandemias. Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Vacinas. Programas de Imunização. Grupos Prioritários.

---

1 Médico pediatra, mestre em Saúde Coletiva, assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4203717908011634>

2 Médico Veterinário, assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3981396494894322>





## I. INTRODUÇÃO

Segundo Plotkin, podemos definir uma vacina como proteínas, toxinas, bactérias ou vírus em fragmentos ou inteiros, mortos ou vivos atenuados, que, quando entram em contato com um animal, produzem reações imunológicas que permitem que este se torne imune (completa ou parcialmente) ao agente patológico, protegendo-o de infecção ou doença infecciosa causada por esse agente<sup>(1)</sup>. Ou seja: uma vacina é basicamente uma substância que, ao ser introduzida no organismo, estimula a obtenção de imunidade para uma doença infecciosa<sup>(2)</sup>.

Desde as primeiras investigações e desenvolvimento das primeiras técnicas de imunização pelo médico inglês Edward Jenner, em 1798<sup>(3)</sup>, os programas de imunização vêm se espalhando e se consolidando como uma das principais estratégias de prevenção de doenças em todo o mundo, prevenindo entre 2 e 3 milhões de mortes todos os anos, para mais de 20 doenças, como difteria, tétano, coqueluche, influenza e sarampo<sup>(4)</sup>.

As doenças respiratórias são de extrema importância no cenário mundial pelo potencial epidêmico/pandêmico. Após episódios caracterizados como emergências epidemiológicas internacionais, como, por exemplo, em 2003, com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), causada por um coronavírus e a pandemia pelo vírus Influenza H1N1, em 2009, a emergência de um agente infeccioso de alta virulência com transmissão respiratória vinha sendo o grande pesadelo dos epidemiologistas e da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(5)</sup>.

Em dezembro de 2019, surgiu um vírus com as características há muito temidas pelos epidemiologistas, o SARS-Cov-2, um novo coronavírus identificado na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China<sup>(6)</sup>. Em pouco tempo, esse vírus se espalhou pelo mundo, sendo declarada pela OMS como emergência de saúde pública de importância internacional em

30 de janeiro de 2020, e caracterizado como pandemia, em 11 de março de 2020. A COVID-19, doença causada pelo SARS-Cov-2, já foi confirmada em todos os continentes, com 44.351.506 casos e 1.171.255 mortes, até 29 de outubro de 2020<sup>(7)</sup>.

Diante da maior tragédia sanitária de nossa geração, trabalha-se em uma velocidade sem precedentes para obter uma vacina contra a COVID-19, um enorme desafio, uma vez que o desenvolvimento de uma vacina é um processo complexo, longo e que exige grandes investimentos financeiros<sup>(4)</sup>.

## **2. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS COM A VACINAÇÃO:**

O objetivo de qualquer vacinação é induzir uma resposta imune protetora para o patógeno-alvo, sem o risco de adquirir a doença e suas potenciais complicações<sup>(8)</sup>. Essa imunidade pode ser alcançada por meios passivos ou ativos.

A imunidade passiva ocorre com a transferência de anticorpos pré-formados para um indivíduo que não está imunizado, propiciando imunidade temporária a um determinado agente, enquanto houver a presença desses anticorpos. Ela ocorre, por exemplo, naturalmente, com a passagem de anticorpos maternos pela placenta ou pelo leite, ou artificialmente, pela introdução de anticorpos previamente formados para uma determinada doença, como, por exemplo, com o soro antirrábico<sup>(9)</sup>.

A imunidade também pode ser adquirida ativamente, e esta pode ser natural ou artificial. A imunidade ativa natural é aquela em que o organismo se expõe ao agente causador da doença no meio ambiente ou por contato com uma pessoa ou animal infectado, com isso o seu sistema imunológico é estimulado e o protege do agente. A vacinação visa propiciar artificialmente a imunidade ativa, estimulando o sistema imunológico a produzir anticorpos para se proteger de uma futura exposição ao agente causador da doença presente na natureza<sup>(9)</sup>.

Do ponto de vista populacional, ao se definir as estratégias de vacinação, esta poderá estar direcionada a eliminar a circulação de um agente infeccioso por meio da imunização generalizada da população, tornando a sua circulação inviável pela falta de suscetíveis, como no caso da vacina para poliomielite. Outro uso da vacina é para diminuir a morbimortalidade, isto é, vacinam-se os grupos que são mais suscetíveis a desenvolver a doença e ter uma evolução grave ou mesmo morrer por determinado agente. Um exemplo é a vacina para influenza que é administrada em grupos estrategicamente definidos pela gravidade que a doença pode gerar. Para determinar a estratégia a ser adotada (aplicação direcionada a todas as pessoas, a apenas alguns grupos ou até mesmo por idade), é preciso ter o perfil de acometimento dela e as características do agente causador da doença, além das características intrínsecas da vacina, como a sua eficácia. Demandam-se, assim, estudos epidemiológicos que determinem a viabilidade de eliminar uma doença ou proteger determinados grupos, quando a eliminação do agente não é possível ou viável<sup>(9)</sup>.

No caso da COVID-19, já é possível detectar grupos que são mais sensíveis aos seus efeitos e que apresentam maior risco. Apesar de haver uma suscetibilidade universal ao vírus, os dados atuais demonstram que determinados grupos são mais suscetíveis a desenvolver sintomas ou ter seu agravamento, demandando internação ou levando a óbito. Considerando esses grupos prioritários e dependendo da disponibilidade, oportunidade e quantidade de doses da vacina, define-se a população-alvo a ser vacinada.

Nas discussões preliminares realizadas até novembro de 2020, tanto no Grupo Técnico de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) da Comissão Intergestores Tripartite, quanto em grupo de trabalho específico instituído pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde para planejamento da operacionalização da vacinação para a COVID-19, foram destacadas como principais questões a serem consideradas na definição dos objetivos da vacinação contra a COVID-19: (i) *“Proteger a integridade do sistema de saúde e a infraestrutura para continuidade dos serviços essenciais: Vacinar os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção”* (ii) *“Reduzir a morbidade grave e mortalidade associada à COVID-19, protegendo as populações de maior risco, identificadas de acordo com a situação epidemiológica”*<sup>(10)</sup>. Foi também consenso que, somente em etapa posterior, de acordo com o aumento da disponibilidade de vacina, será possível ampliar a vacinação para outros grupos e assim buscar reduzir a transmissão da infecção na comunidade<sup>(10)</sup> e gerar a chamada “imunidade de rebanho”. Mesmo assim, estudos adicionais são necessários para averiguar se esta última é factível.

### **3. PRINCÍPIOS A SEREM ADOTADOS, VALORES E CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

Diante da demanda mundial, das expectativas que estão sendo geradas com a vacinação e da provável insuficiência de imunobiológicos para atender toda a população, será fundamental considerar princípios e valores claros na alocação e definição de prioridades para a vacinação contra a COVID-19.

O Grupo de Especialistas para Assessoramento Estratégico em Imunização (Sage), da OMS considera que as vacinas para COVID-19 devem se constituir em *“bem público global”*, no sentido de *“que as vacinas contra a COVID-19 possam contribuir significativamente para a proteção equitativa e promoção do bem-estar humano entre todas as pessoas do mundo”*. O **Quadro 1** apresenta de forma sintética as orientações da SAGE / OMS<sup>(11)</sup>:

**QUADRO I:** Princípios e valores a serem considerados na alocação e definição de prioridades para a vacinação contra a COVID-19

**Bem-estar humano**

Proteger e promover o bem-estar humano, incluindo saúde, segurança social e econômica, direitos humanos e liberdades civis, além do desenvolvimento infantil.

Reduzir as mortes e a carga da doença associadas à pandemia de COVID-19.

Reduzir perturbações sociais e econômicas, contendo a transmissão, reduzindo a doença grave e as mortes, ou uma combinação dessas estratégias

Proteger a continuidade de funcionamento dos serviços essenciais, incluindo serviços de saúde.

**Respeito igualitário**

Reconhecer e tratar todos os seres humanos como tendo o mesmo status moral, e seus interesses como merecedores da mesma consideração moral.

Tratar os interesses de todos os indivíduos e grupos com a mesma consideração, à medida que decisões de alocação e priorização sejam tomadas e implementadas.

Fornecer uma oportunidade significativa de ser vacinado para todos os indivíduos e grupos que atendem aos critérios de priorização.

**Equidade global**

Garantir a equidade de acesso e benefício das vacinas, globalmente, a pessoas em todos os países, em especial os de baixa e média renda.

Assegurar que a alocação das vacinas leve em conta os riscos epidêmicos e necessidades especiais de todos os países, principalmente os de baixa e média renda.

Garantir que todas as nações se comprometam a atender às necessidades de pessoas que vivem em países que não conseguem garantir sozinhos a vacinação de sua própria população, principalmente os de baixa e média renda.

**Equidade nacional**

Garantir a equidade de acesso e benefício das vacinas dentro dos países aos grupos mais atingidos pela pandemia de COVID-19.

Assegurar que a priorização das vacinas nos países leve em conta as vulnerabilidades, riscos e necessidades dos grupos que, devido a fatores sociais, geográficos ou biomédicos de base, possam enfrentar prejuízos maiores da pandemia de COVID-19.

Desenvolver os sistemas de distribuição de imunização e a infraestrutura necessária para garantir acesso às vacinas contra a COVID-19 pelas populações prioritárias, e tomar ações proativas para garantir igualdade de acesso a todas as pessoas que se enquadrem em um grupo prioritário, em especial as populações socialmente desfavorecidas.

### Reciprocidade

Honrar obrigações de reciprocidade com indivíduos e grupos dentro dos países para os quais riscos e prejuízos adicionais tenham sido criados pela resposta à COVID-19 em benefício da sociedade.

Proteger aqueles que enfrentam riscos e prejuízos adicionais da COVID-19 para garantir o bem-estar de outras pessoas, incluindo trabalhadores da saúde e de outros setores essenciais.

### Legitimidade

Tomar decisões globais para alocação de vacinas e decisões nacionais para priorização de vacinas usando processos transparentes baseados em valores compartilhados, nas melhores evidências científicas disponíveis, e na representação e contribuição adequadas das partes afetadas.

Envolver todos os países em um processo de consulta transparente para determinar que critérios científicos, de saúde pública e de valores devem ser utilizados na tomada de decisões de alocação de vacinas entre os países.

Empregar as melhores evidências científicas disponíveis, conhecimento especializado e envolvimento significativo com as partes interessadas relevantes para priorização das vacinas entre diferentes grupos dentro de cada país, usando processos transparentes, legítimos e imparciais para gerar a merecida confiança nas decisões de priorização.

---

Fonte: OMS<sup>11</sup>. Adaptado pelos autores.

Considerando os princípios acima, a SAGE / OMS, propõe também um roteiro prático aos países, para priorizar o uso de vacinas contra a COVID-19 em um contexto de suprimentos limitados. Este deverá considerar as diferentes realidades epidemiológicas e os quantitativos de imunobiológicos e demais insumos disponíveis<sup>(12)</sup>. Sintetizamos aqui, no **Quadro 2**, a proposta da SAGE / OMS, para os territórios com transmissão comunitária. Nesse contexto, o foco inicial deve ser a redução direta da morbidade e mortalidade, bem como a manutenção dos serviços essenciais mais críticos, considerando também a reciprocidade. Conforme houver disponibilidade, propõe-se a expansão para reduzir a transmissão e reduzir as consequências da pandemia nas funções sociais e econômicas<sup>(12)</sup>.

Cada país deverá adaptar a proposta para sua realidade, conforme discussão em andamento, quando da elaboração deste artigo, no Brasil, tanto no grupo de trabalho específico instituído para o Planejamento da Vacinação contra a COVID-19 como no GTVS / CIT.

**QUADRO 2:** Recomendações da SAGE / OMS para uso prioritário de vacinas contra a COVID-19 em um contexto de disponibilidade limitada e de transmissão comunitária da doença <sup>(12)</sup>

Cenário	Grupos prioritários
<b>Etapa I</b> (disponibilidade muito limitada de vacinas, entre 1% e 10% da população nacional)	<p>Etapa I-A (situação inicial): profissionais de saúde com risco alto a muito alto de contrair e transmitir a infecção;</p> <p>Etapa I-B: idosos, definidos de acordo com o risco específico para cada faixa etária.</p>
<b>Etapa II</b> (disponibilidade limitada de vacinas, entre 11% e 20% da população nacional)	<p>Grupos com comorbidades ou condições de saúde que apresentam risco significativamente maior de doença grave ou morte. Deve-se ter cuidado para que, em locais onde haja subdiagnóstico de comorbidades, os grupos desfavorecidos sejam igualmente incluídos nesta categoria.</p> <p>Grupos sociodemográficos com risco significativamente maior de doença grave ou morte (dependendo do contexto do país, alguns exemplos incluem: grupos étnicos, raciais, religiosos e de gênero em desvantagem ou perseguidos, minorias sexuais, pessoas com deficiência, pessoas em pobreza extrema, sem-teto, que vivem em assentamentos informais ou favelas urbanas, trabalhadores migrantes de baixa renda, refugiados, pessoas deslocadas internamente, refugiados, populações em ambientes de conflito ou aqueles que foram afetados por emergências humanitárias, migrantes vulneráveis em situação irregular, populações nômades e grupos populacionais difíceis de alcançar, como aqueles em áreas rurais e remotas).</p> <p>Profissionais de saúde que atuam na prestação de vacinação (sistemática de programas específicos e contra a COVID-19).</p> <p>Professores e trabalhadores da educação priorizados conforme contexto do país, como, por exemplo, professores das pré-escolas e ensino fundamental de crianças para as quais a educação a distância é muito difícil ou impossível.</p>
<b>Etapa III</b> (disponibilidade moderada de vacinas, entre 21% e 50% da população nacional)	<p>Demais professores e trabalhadores da educação.</p> <p>Outros trabalhadores essenciais, fora dos setores de saúde e educação: profissionais de segurança, creches, setor agrícola e de alimentos, transporte, funcionários de serviços públicos essenciais não incluídos em outras categorias.</p> <p>Profissionais de saúde com risco baixo a moderado de contrair e transmitir a infecção (a ser detalhado em nova publicação da OMS).</p> <p>Grupos sociais ou ocupacionais com alto risco de contrair e transmitir a infecção porque não podem se distanciar fisicamente de maneira efetiva (dependendo do contexto do país, alguns exemplos incluem: pessoas que vivem ou trabalham em centros de detenção, população carcerária, residências universitárias, assentamentos, favelas informais ou urbanas, pessoas de baixa renda que vivem em bairros urbanos densamente povoados, pessoas sem-teto, militares que vivem em barracas superlotadas e pessoas que trabalham em certas ocupações, por exemplo, minas e frigoríficos).</p>

Fonte: OMS<sup>12</sup>. Traduzido e adaptado pelos autores.

## 4. AS PESQUISAS, DESENVOLVIMENTO E PERSPECTIVAS DE PRODUÇÃO DE VACINAS CONTRA A COVID-19

O processo de pesquisa e desenvolvimento de uma nova vacina é constituído de diversas etapas, tratando-se, portanto, de “um processo demorado, de alto investimento e associado a riscos elevados, particularmente quando se trata das doenças negligenciadas”<sup>(13)</sup>. No caso da COVID-19, vem-se buscando abreviar os prazos habituais, sem, porém, abrir mão de todos os pré-requisitos necessários.

A primeira etapa corresponde à pesquisa básica, quando novas possíveis vacinas são identificadas. Na segunda etapa, são realizados os testes pré-clínicos (*in vitro* e/ou *in vivo*) que têm por objetivo demonstrar a segurança e o potencial imunogênico da vacina. Somente na terceira etapa, mais longa e cara do processo de pesquisa e desenvolvimento, são realizados os estudos clínicos, já envolvendo seres humanos. Estes ocorrem em 4 fases (I, II, III e IV)<sup>(13)</sup>.

A fase I dos estudos clínicos tem como principal objetivo demonstrar a segurança da vacina; e a fase II, estabelecer sua imunogenicidade, ambas geralmente envolvendo menor número de indivíduos. A fase III é a última fase de estudo antes da obtenção do registro sanitário, geralmente com a realização de estudos multicêntricos e o envolvimento de milhares de voluntários, que em estudos randomizados recebem a nova vacina ou um placebo, tendo como principal objetivo demonstrar a sua eficácia. Somente após a finalização do estudo de fase III e obtenção do registro sanitário é que a nova vacina poderá ser disponibilizada para a população. A fase IV (farmacovigilância) ocorre após a vacina ser aprovada e levada ao mercado / população, buscando acompanhar seu uso para conhecer detalhes adicionais sobre sua segurança e eficácia e, em especial, detectar e definir efeitos colaterais previamente desconhecidos ou qualificados de forma incompleta<sup>(13-14)</sup>.

Até o final de outubro de 2020, levantamento realizado pela OMS<sup>(15)</sup> reportava 44 vacinas que já se encontravam em alguma das fases clínicas de avaliação e outras 154 ainda em etapas pré-clínicas. Dentre as 44 já em desenvolvimento de estudos clínicos, 10 encontravam-se na fase III, apresentadas no **Quadro 3**:

**QUADRO 3:** Vacinas em desenvolvimento contra a COVID-19 em fase 3 do Estudo Clínico<sup>(15)</sup>

Desenvolvedor / Fabricante	Plataforma	Tipo de vacina	Nº de doses	Tempo entre as doses	Forma de administração
Sinovac / Biotech	Inativada	Inativada	2	14 dias	IM
Wuhan Institute of Biological Products / Sinopharm	Inativada	Inativada	2	21 dias	IM
Beijing Institute of Biological Products / Sinopharm	Inativada	Inativada	2	21 dias	IM



Desenvolvedor / Fabricante	Plataforma	Tipo de vacina	Nº de doses	Tempo entre as doses	Forma de administração
Universidade de Oxford / Astra Zeneca	Vetor viral não replicante	ChAdOx1-S	2	28 dias	IM
CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology	Vetor viral não replicante	Vetor Adenovirus tipo 5	1	IM	IM
Gamaleya Research Institute / Health Ministry of the Russian Federation	Vetor viral não replicante	Adeno-based (rAd26-S+rAd5-S)	2	21 dias	IM
Janssen Pharmaceutical Companies	Vetor viral não replicante	Ad26COVSI	2	56 dias	IM
Novavax	Subunidade proteica	Nanopartículas de glicoproteína do SARS CoV-2 recombinante com adjuvante Matrix M	2	21 dias	IM
Moderna/NIAID	RNA	LNP-encapsulated mRNA	2	28 dias	IM
BioNTech/ Fosun Pharma / Pfizer	RNA	3 LNP-mRNAs	2	28 dias	IM
Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical/ Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences	Subunidade proteica	Adjuvante de proteína recombinante protein (RBD-Dimer)	2 ou 3	28 dias	IM

Fonte: OMS<sup>15</sup>. Traduzido e adaptado pelos autores.

Entre essas, estão em desenvolvimento pesquisas em território brasileiro quanto às vacinas: a) Sinovac / Biotech, da Astra Zeneca; b) Universidade de Oxford; c) Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology; d) BioNTech/FosunPharma/Pfizer; e) Jansen-Cilag. Destas, as três primeiras estão implementando parcerias com instituições públicas que atuam na pesquisa e produção de vacinas no Brasil, respectivamente: o Instituto Butantan, do Governo de São Paulo (Sinovac); a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz / Biomanguinhos do Ministério da Saúde (Astra Zeneca); e o Instituto de Tecnologia do Paraná – Tecpar, do Governo do Paraná (Gamaleya)<sup>(10)</sup>.

O contrato entre o Instituto Butantan e a Sinovac Life Science prevê o fornecimento de 46 milhões de doses da vacina Coronavac (6 milhões já finalizadas e 40 milhões com o processamento a ser finalizado) e também contempla a transferência de tecnologia da vacina ao Instituto Butantan, que passará a produzi-la integralmente a partir de 2021<sup>(16)</sup>.

Da mesma forma, o contrato entre a Fiocruz e a Astra Zeneca também prevê a transferência de tecnologia, bem como o fornecimento inicial de 100,4 milhões de doses (sendo 30,4 milhões entre dezembro e janeiro e 70 milhões até julho de 2021), estando ainda prevista a produção, a partir da incorporação da tecnologia pela Fiocruz, de 110 milhões de doses adicionais a partir do segundo semestre de 2021 <sup>(10,17)</sup>.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do grave impacto da pandemia de COVID-19 nos mais diversos aspectos da saúde e da vida das pessoas, em todo o mundo, e especialmente no Brasil, a disponibilidade de uma vacina segura e eficaz contra a COVID-19 é hoje uma demanda de toda a humanidade. Nunca se investiu tanto e se conseguiram avanços tão rápidos no desenvolvimento de uma vacina como ocorre atualmente com a COVID-19.

Todavia, não podemos considerar que a vacina trará uma solução definitiva e em curto prazo aos graves impactos desta pandemia. As demais medidas de prevenção, como, por exemplo, o distanciamento social e o uso de máscaras, ainda estarão presentes por um longo período, minimamente durante todo o ano de 2021.

Além dos tempos ainda necessários para o término das pesquisas, produção e registro das vacinas, ainda serão essenciais pesquisas adicionais para responder a diversas questões, entre as quais, o período de proteção a ser conferido pela vacina e seu nível de eficácia nos diversos grupos populacionais. Conforme evidenciado anteriormente, inicialmente teremos que definir os grupos prioritários que deverão receber as primeiras doses disponíveis. Portanto, será necessário contar com o maior quantitativo de vacinas no menor prazo possível.

Precisaremos contar com todas as vacinas que tenham sua eficácia e segurança comprovadas, com o término dos estudos de fase III e o devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Será também importante garantir a transferência de tecnologia aos laboratórios nacionais que tenham capacidade comprovada para garantir a continuidade de produção das vacinas nos próximos anos.

Não faz nenhum sentido, portanto, restringir ou descartar qualquer vacina pela origem ou “nacionalidade” de seu desenvolvimento; tampouco o mais relevante neste momento seja a polêmica sobre a obrigatoriedade da vacinação. Apesar de ser importante priorizar os direitos coletivos aos individuais, não há perspectiva de termos doses disponíveis em curto prazo para toda a população.

Destaca-se o importante papel de coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) neste processo, para uma distribuição equitativa das doses disponíveis a todas as unidades da federação, independentemente do poder econômico e organização administrativa de cada Secretaria Estadual de Saúde (SES). Precisaremos definir nacionalmente os critérios e grupos

prioritários para a vacinação e uma estratégia nacional de farmacovigilância para as novas vacinas. Esse acompanhamento exigirá a integração das informações referentes à população vacinada e aos lotes dos diferentes imunobiológicos a serem utilizados em todo o território nacional.

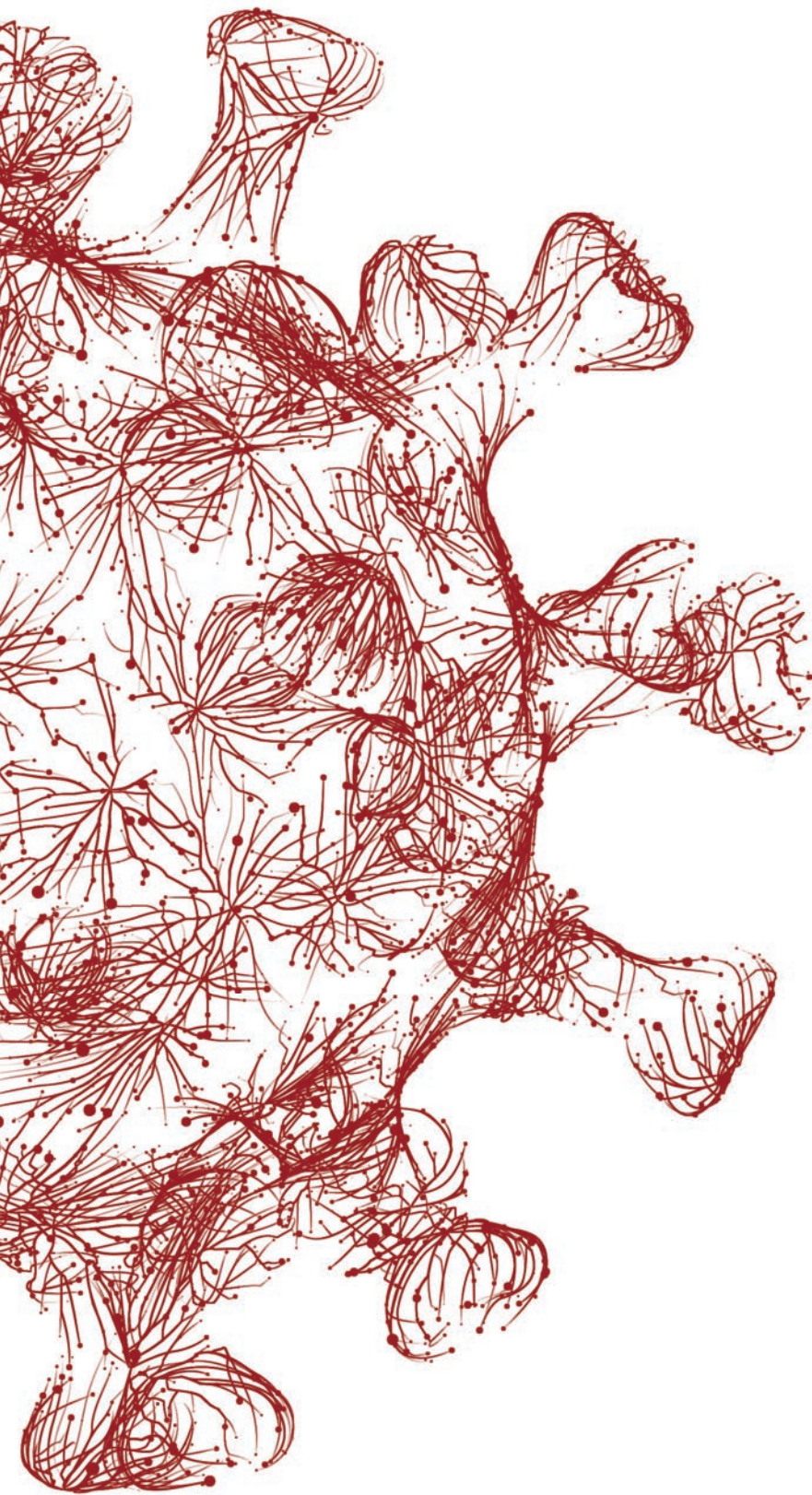
Ao concluir, é importante lembrar que a recente politização das discussões sobre a vacina da COVID-19 pode trazer efeitos deletérios não só em relação à questão da disponibilidade de vacinas, já tratada, mas também na credibilidade e confiança da população, tanto na vacinação contra a COVID-19 como no PNI – patrimônio do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sociedade brasileira. Neste sentido, cabe reforçar a posição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), recentemente publicada em nota à imprensa:

[...] A questão sanitária grave que enfrentamos não deve possuir lados antagônicos, mas esforços convergentes. Milhões de brasileiros aguardam por uma solução definitiva e o papel de cada um dos envolvidos deve ser o de tranquilizar a população [...] O CONASS acredita que o Ministério da Saúde conduzirá de modo republicano o país na aquisição de vacinas para vencer a pandemia e que o diálogo deva ser o principal mecanismo de resolução de conflitos. O momento é de empunharmos a mesma bandeira!

## REFERÊNCIAS

1. Plotkin AS, Orenstein W, Offit PA. Vaccines. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2012.
2. Australian Government. Department of Health. Fundamentals of immunization. Australian Immunization Handbook [Internet]. 2018 [acesso 2020 nov 09]. Disponível em <https://immunisationhandbook.health.gov.au/fundamentals-of-immunisation>.
3. Feijó RB, Sáfadi MA. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. J Pediatr. 2006;82(3 Suppl):S1-3. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572006000400001>.
4. World Health Organization. The push for a COVID-19 vaccine [Internet]. WHO; 2020 [acesso 2020 nov 4]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>.
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de monitoramento no estado do Paraná das Síndromes Respiratórias Agudas (SRA) e das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) [Internet]. 10 maio de 2013 [acesso 2020 nov 3]. Disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/18a7db92fe6d.pdf>.
6. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report 1 [Internet]. 21 jan 2020 [acesso 2020 nov 3]. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>.
7. Organização Pan-americana de Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 29 out. 2020 [acesso 2020 out 30]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/covid19>.
8. Vetter V, et al. Understanding modern-day vaccines: what you need to know. Ann Med. 50:2:110-120. doi: <https://doi.org/10.1080/07853890.2017.1407035>.
9. Clem AS. Fundamentals of vaccine immunology. J Glob Infect Dis. 2011;3(1):73-8. doi: <https://doi.org/10.4103/0974-777X.77299>.
10. Fantinato FFST. Plano operacional da estratégia de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. Apresentação realizada pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações em reunião do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite em 04/11/2020.
11. Organização Mundial da Saúde: Modelo de valores do SAGE / OMS para alocação e priorização de vacinação contra a COVID-19 [Internet]. 10 maio 2020 [acesso 2020 nov 09]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52797>.

12. Organización Mundial de la Salud: Hoja de ruta del SAGE de la OMS para la priorización del uso de las vacunas contra la COVID-19 en el contexto de suministros limitados. 1ª versão; 2020.
13. São Paulo. Instituto Butantan. Ensaios Clínicos [Internet]. [acesso 2020 nov 11]. Disponível em <https://butantan.gov.br/pesquisa/ensaios-clinicos>.
14. Universidade de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Quais são as fases da pesquisa clínica? [Internet]. [acesso 2020 nov 11]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/cpc-centro-de-pesquisa-clinica/pesquisa-clinica/quais-sao-fases-da-pesquisa-clinica>.
15. World Health Organization. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines [Internet]. 3 nov 2020 [acesso 2020 out 28]. Disponível em <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-COVID-19-candidate-vaccines>.
16. São Paulo. Instituto Butantan. Governo de SP assina contrato com Sinovac para o fornecimento de 46 milhões de doses da Coronavac [Internet]. 3 nov 2020 [acesso 2020 nov 10]. Disponível em <https://butantan.gov.br/noticias/governo-de-sp-assina-contrato-com-sinovac-para-o-fornecimento-de-46-milhoes-de-doses-da-coronavac>.
17. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz divulga contrato de encomenda tecnológica com a AstraZeneca. Agência Fiocruz de Notícias e Bio-Manguinhos/Fiocruz [Internet]. 29 out 2020 [acesso 2020 nov 10]. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-divulga-contrato-de-encomenda-tecnologica-com-astrazeneca>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota à imprensa – Suspensão das pesquisas da CoronaVac [Internet]. 10 nov 2020 [acesso 2020 nov 10]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-suspensao-da-pesquisas-da-coronavac/>.





# PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PANDEMIAS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

José Carlos Suárez Herrera<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este ensaio examina os conceitos e práticas de participação social no âmbito da saúde. Baseado no conhecimento derivado de uma pesquisa rápida e de uma análise sumária e não exaustiva da literatura disponível, analisa o impacto da recente pandemia causada pela COVID-19 sobre os processos de reorganização democrática dos sistemas universais de saúde. Vários desafios da participação social para alcançar a sustentabilidade da saúde como um direito humano fundamental são identificados. Finalmente, algumas lições e oportunidades para a colaboração intersetorial são apresentadas como alianças estratégicas necessárias para o desenvolvimento sustentável dos sistemas universais de saúde. Os cenários internacional e brasileiro são levados em consideração.

**PALAVRAS-CHAVE:** Participação Social. Sistemas Universais de Saúde. COVID-19. Colaboração Intersetorial. Desenvolvimento Sustentável.

---

<sup>1</sup> Professor in Strategic Management and Innovation of Healthcare Systems. Department of Strategy, Entrepreneurship and Sustainable Development. KEDGE Business School (Marseille, France). [jose-carlos.suarez-herrera@kedgebs.com](mailto:jose-carlos.suarez-herrera@kedgebs.com).





## I. A ARTICULAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GOVERNANÇA DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

A integração do ideal de participação na era atual de globalização dos riscos sanitários, econômicos e ambientais faz parte inerente do pensamento contemporâneo que promove a democratização dos sistemas universais de saúde. Esse ideal constitui um dos fundamentos essenciais do discurso da Nova Saúde Pública<sup>(1-3)</sup> e corresponde aos princípios e valores de qualquer sociedade dita democrática<sup>(4,5)</sup>.

Nesse contexto, a participação de todos os setores da sociedade nas decisões sobre questões sociais e de saúde tem sido uma estratégia necessária para a governança democrática dos sistemas de saúde<sup>(6-7)</sup>. Como resultado, as autoridades de saúde procuram conceber e implementar espaços institucionais de participação social que possam influenciar eficazmente a tomada de decisões nos seus sistemas de saúde<sup>(8-9)</sup>.

Esse processo de renovação democrática da saúde pública inspirou várias iniciativas nacionais de reforma sanitária nas últimas décadas. A tendência à reorganização participativa da saúde tem-se baseado em grande parte num discurso institucional incontornável: o da descentralização dos sistemas de saúde. A mudança implementada pela descentralização propõe inicialmente a redistribuição da autoridade e da responsabilidade dos níveis superiores de administração para as autoridades regionais, provinciais ou locais<sup>(10-11)</sup>. Isso fortaleceria o desenvolvimento da capacidade decisória das organizações locais, bem como o potencial de participação das partes interessadas no processo de reorganização do sistema de saúde<sup>(12-13)</sup>.

Nesse cenário, várias estratégias participativas são incentivadas: por um lado, o possível envolvimento dos atores da saúde, procedentes dos níveis de influência regional e central,

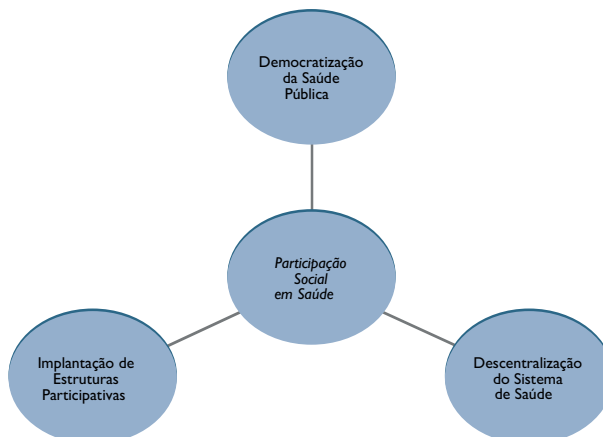
nos processos de regionalização do sistema de saúde; por outro, a participação direta dos atores regionais e locais, na forma mais específica de uma representação formal de todos os setores de atividade, em espaços institucionais de participação social.

Assim, a descentralização dos sistemas de saúde por meio da implementação de mecanismos para fortalecer a participação social pode ser observada – em nível internacional – em vários países, particularmente no Brasil<sup>(14-16)</sup>, no Reino Unido<sup>(17-18)</sup>, na Suécia<sup>(19-21)</sup>, no Canadá<sup>(22-24)</sup>, na Itália<sup>(25-26)</sup> e na Espanha<sup>(27-29)</sup>, entre outros.

As autoridades sanitárias de vários desses países, envolvidas nessa estratégia relativamente complexa, inspiram-se na experiência de descentralização regional do Sistema Único de Saúde (SUS), em vigor no Brasil há pouco mais de 30 anos. No modelo brasileiro, a descentralização do SUS por intermédio da implementação de estruturas participativas ocupa definitivamente um lugar de destaque. A atualização democrática dessas políticas se baseia na profunda convicção, compartilhada por um número crescente de atores nesse sistema, de que o processo de produção de doenças é um processo socialmente determinado<sup>(30)</sup>. Além disso, somente a atualização de uma abordagem coletiva (baseada na implementação de intervenções intersetoriais e territoriais) pode gerar impactos profundos e sustentáveis sobre o desenvolvimento da saúde e do bem-estar das populações<sup>(31)</sup>.

É o caso das conferências de saúde (fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade, criando um espaço de debate para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nas três esferas de governo) e dos conselhos de saúde (órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo), os quais fazem parte da estrutura das secretarias municipais, estaduais e federais de saúde<sup>(31-33)</sup>. No Brasil, estas estruturas são, portanto, um espaço predileto para a participação de todos os setores de atividade na tomada de decisões sobre projetos de interesse coletivo. São, sem dúvida, uma estratégia interessante para responder eficazmente aos problemas sociais e às crises socio sanitárias emergentes<sup>(34-35)</sup>. Assim, neste contexto particularmente complexo de reorganização constante e de resiliência dos sistemas de saúde, uma maior participação de um conjunto de atores intersetoriais na governança dos sistemas de saúde pode ser gradualmente observada, de muitas maneiras, na busca de interesses e objetivos múltiplos – e muitas vezes contraditórios<sup>(36-38)</sup>.

A **Figura 1** mostra o alinhamento entre os três níveis de complexidade organizacional em torno do processo de integração da participação social na governança dos sistemas universais de saúde:

**FIGURA I** : Dimensões da participação social em saúde

Os desafios relacionados com a participação dos atores intersetoriais envolvidos na governança dos sistemas universais de saúde, particularmente em tempos de pandemias e emergências de saúde, merecem ser examinados. A regulação do discurso institucional de descentralização é caracterizada por uma forte trama de competências intersetoriais<sup>(23,39-40)</sup>, o que constitui um grande desafio para a integração prática do ideal participativo na saúde pública contemporânea. Os atores envolvidos são numerosos e representam outros setores da sociedade e cenários institucionais além da saúde, bem como vários campos de prática muito diversos<sup>(41-42)</sup>. Isso implica o desenvolvimento de alianças estratégicas de natureza intersetorial, nas quais as lógicas de ação são múltiplas e ambíguas, as ações concertadas são criadas entre os diferentes atores, e nas quais o conhecimento necessário para a tomada de decisões é compartilhado entre uma rede de atores que atuam nas três esferas de governo do SUS e nos diferentes setores de atividade<sup>(43-45)</sup>.

## 2. IMPACTO DA CRISE LIGADA À COVID-19 NA REORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

A crise da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), está assumindo atualmente as dramáticas proporções de uma pandemia sem precedentes. Na história da saúde pública contemporânea, uma crise desta magnitude só ocorreu muito raramente<sup>(46)</sup>. Este surto pandêmico está associado ao aparecimento de milhares de pessoas doentes, mortas e afetadas em todo o mundo e revela – aos olhos da Humanidade – que o nosso bem mais valioso, além dos bens materiais ou da riqueza econômica, continua sendo a saúde pública. Consequentemente, esta crise, que afeta atualmente a grande maioria dos países, é um acontecimento importante em termos de saúde, assim como em termos políticos, econômicos, sociais, ambientais, tecnológicos e éticos<sup>(47-48)</sup>.

Esta pandemia causa efeitos colaterais consideráveis nas economias dos países <sup>(49)</sup>, que correm o risco de cair em recessão, bem como consequências sociais e psicológicas para a população <sup>(50-51)</sup>. Portanto, os líderes governamentais decidiram que a saúde pública deve ser uma prioridade, pois as autoridades sanitárias expressaram preocupação com a escassez de leitos em unidades de terapia intensiva (UTI). Em toda a Europa e nas Américas, os grandes hospitais enfrentam sérias sobrecargas de pacientes. Um número significativo de profissionais e trabalhadores da saúde foram afetados pela infecção ou quarentena, o que agravou a situação <sup>(52-53)</sup>.

Os sistemas universais de saúde e as autoridades sanitárias correspondentes – mas também todos os setores de atividade, os territórios e as suas populações – estão hoje enfrentando problemas de saúde globais que eram inimagináveis há apenas um ano, dada a velocidade e a escala da propagação da pandemia. O disfuncionamento das instituições de saúde se manifesta de muitas maneiras, tanto socialmente como em termos de saúde <sup>(54-55)</sup>. As maiores preocupações concentram-se na inadequação dos equipamentos de proteção individual (EPI), tais como luvas ou máscaras, e na disponibilidade limitada de ventiladores e leitos de terapia intensiva devido ao volume de pacientes críticos admitidos a cada dia <sup>(56-57)</sup>. Além disso, as medidas de contenção social e distanciamento físico aplicadas, tanto necessárias quanto controversas, dificultam consideravelmente o bom funcionamento dos sistemas universais de saúde, especialmente para os mais vulneráveis <sup>(58-60)</sup>.

Desde o nascimento da pandemia na Ásia (61-63), passando pelo Oriente Médio <sup>(58,64-66)</sup> e Europa <sup>(67-71)</sup> até a África <sup>(59-60)</sup> e as Américas <sup>(48-72-75)</sup>, os processos de reorganização dos sistemas universais de saúde tiveram que ser revisados para enfrentar os desafios desta pandemia. Diante da inexorável e extremamente rápida expansão da COVID-19 em escala global, a maioria das autoridades políticas e sanitárias nacionais tomou uma série de medidas de ação imediatas, que são francamente inspiradoras no plano nacional ou regional, mas com pouca (ou nenhuma) coordenação dessas respostas no plano internacional <sup>(47-48-76)</sup>. De fato, a crise destacou uma dificuldade muito específica dos sistemas de saúde contemporâneos, mas que não é de forma alguma exclusiva do setor de saúde: a extrema segmentação de atores e sistemas, um legado distante das corporações dos antigos regimes que foi reavivado durante décadas pelos diversos *lobbies* profissionais e setoriais <sup>(54,77-78)</sup>.

Poderíamos nos perguntar, portanto, até que ponto o trabalho do pessoal da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes de saúde, assistentes sociais, voluntários etc.) está sendo afetado pela gestão desta crise. Como as equipes administrativas dessas dependências estão lidando com as múltiplas medidas de precaução necessárias para implementar os protocolos e reorganizar os seus serviços (falta de pessoal, gestão de horários etc.)? Como o pessoal está passando por esta crise e como eles apoiam os pacientes afetados pela COVID-19? Como eles mesmos experimentam essas medidas e como eles mesmos perturbaram a sua rotina e identidade pessoal e profissional? Da mesma forma, perguntamo-nos em relação ao objeto central deste ensaio, que estratégias o pessoal da saúde está desenvolvendo para dinamizar e facilitar a participação social nos pontos de acesso dos sistemas universais de saúde?

Além das populações particularmente vulneráveis, esta crise revela (e provavelmente reforça) as desigualdades sociais em saúde que se manifestam estruturalmente na nossa sociedade<sup>(79-81)</sup>. Um dos seus fatores desencadeantes é a diferenciação social em termos de “alfabetização em saúde”, ou seja, “a capacidade de aceder, compreender, avaliar e comunicar informações de forma a promover, manter e melhorar a saúde em vários âmbitos ao longo da vida”<sup>(82-83)</sup>.

De fato, a falta de acesso a conhecimentos de saúde baseado em evidências numa população é um desafio de saúde pública subestimado em todo o mundo. Por exemplo, na Europa, quase metade dos adultos relatou problemas com o conhecimento da saúde e falta de habilidades para cuidar da sua própria saúde e da saúde de outros<sup>(84)</sup>. Num contexto em que circulam livremente enormes quantidades de informação sobre a saúde (mais ou menos verificadas), a capacidade de apropriar-se de informações de qualidade é atualmente muito limitada para uma boa percentagem da população<sup>(85-86)</sup>, aumentando as desigualdades sociais em saúde e dificultando o envolvimento das pessoas nas decisões de interesse coletivo das questões de saúde.

Em consequência, esta pandemia nos lembrou drasticamente que as desigualdades sociais são um grande impedimento para o desenvolvimento sustentável dos territórios e o bem-estar das populações. Diante de novas políticas de saúde pública que prescrevem uma série de medidas de proteção global baseadas no confinamento social e no uso – às vezes abusivo – das tecnologias de informação e comunicação, muitas controvérsias surgiram em torno das noções de liberdade e segurança<sup>(87-88)</sup>. Assim, a crise ligada à COVID-19 levanta muitas questões éticas inerentes à integração da participação social nos processos de reorganização e de resiliência dos sistemas universais de saúde.

### **3. O CENÁRIO BRASILEIRO: OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O processo de concepção do SUS brasileiro começou nos últimos anos do período ditatorial até a sua legitimação em 1986, durante a VIII Conferência Nacional da Saúde. Foi formalizado definitivamente no Capítulo de Saúde da Constituição Federal de 1988, e as suas disposições constitucionais foram regulamentadas oficialmente pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142. A legislação orgânica do SUS contempla um conceito amplo de saúde que visa melhorar as condições sociais de existência da população e promove a participação da comunidade no processo de reorganização do sistema de saúde<sup>(89-90)</sup>.

O SUS concebe legalmente a saúde da população como um direito do cidadão e um dever do Estado dentro de um projeto de Constituição de natureza participativa configurado por um conjunto de princípios democráticos e diretrizes de intervenção. Entre esses princípios, estão a universalidade, a equidade e a integralidade, que estão intimamente ligadas às diretrizes de intervenção, tais como o controle social, a descentralização, a priorização, a regionalização e a

territorialização<sup>(91-93)</sup>. É nesse contexto organizacional de reforma descentralizada que a participação social nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde tem sido institucionalizada no Brasil<sup>(92,94)</sup>.

À vista disso, a participação social constitui um componente essencial das políticas de descentralização do SUS e é institucionalizada por meio da criação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde. Os líderes políticos e as autoridades sanitárias que promovem esse projeto de reforma participativa defendem a ideia de que a descentralização do SUS aproximará a administração pública da sociedade civil, fazendo desta última um ator-chave na formulação de políticas de saúde pública. Esse diálogo institucional entre os cidadãos e o Estado reforçaria a desburocratização do sistema de saúde, o que facilitaria a resolução dos desafios atuais que estão sendo formulados coletivamente<sup>(91,95)</sup>.

Nesta perspectiva de reforma socio sanitária, a descentralização do SUS é considerada uma transferência de poder, não só do nível central para o local, mas principalmente como uma distribuição de poder entre os vários setores organizados da sociedade civil, em parceria com os movimentos sociais de usuários e de equipes profissionais<sup>(36,38)</sup>. Para esse fim, alguns programas de natureza participativa foram implementados, dentre os quais, destacam-se: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a partir de 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e que, posteriormente, passa a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A implementação desses dois programas foi possível graças aos investimentos financeiros alocados pelo Ministério da Saúde para promover a reformulação democrática das políticas de descentralização do SUS<sup>(94,96)</sup>. A adaptação desses programas às realidades locais é caracterizada por seu potencial transformador e participativo no processo de reorganização da assistência à saúde, de forma que eles são agora um elemento-chave na luta contra os efeitos devastadores da pandemia da COVID-19<sup>(97)</sup>.

## **4. DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE GLOBALIZAÇÃO DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA**

No contexto atual de crise sanitária e de ameaça à saúde global, vários desafios importantes podem dificultar a implementação do ideal participativo nos processos de reorganização democrática do SUS:

*Desafios de ordem política*, resultantes da interação entre o pensamento contemporâneo sobre a democratização da saúde pública e as estratégias de descentralização dos sistemas universais de saúde.

*Desafios de ordem estratégica*, resultantes da interação entre as estratégias de descentralização dos sistemas universais de saúde e a implementação de estruturas participativas no campo da saúde (conferências de saúde e conselhos de saúde).

*Desafios de ordem social*, resultantes da interação entre a implementação de estruturas participativas no campo da saúde e o pensamento contemporâneo sobre a democratização da saúde pública.

A **Figura 2** mostra o alinhamento entre os três níveis de complexidade organizacional e a sua relação com os desafios associados ao processo de integração da participação social na governança dos sistemas universais de saúde.

**FIGURA 2** : Desafios da participação social em saúde



## 4.1 DESAFIOS DE ORDEM POLÍTICA

Nos últimos 20 anos, a participação de todos os setores da sociedade civil tornou-se um dos pilares estratégicos das políticas regionais de descentralização dos sistemas de saúde<sup>(10,98-99)</sup>. De acordo com essas políticas, a governança descentralizada e participativa constitui a base para um sistema de saúde eficaz, sustentável e acessível e está associada à melhoria do desempenho das organizações de saúde<sup>(100)</sup>, à redução dos custos da saúde<sup>(11-101)</sup> e à redução das desigualdades sociais em saúde<sup>(2,102)</sup>.

Contudo, a integração do ideal participativo nos processos de descentralização dos sistemas universais de saúde não parece ser acompanhada por um uso integral e emancipatório de estratégias participativas<sup>(103-104)</sup>. Sujeita à existência de matizes na integração de práticas participativas no desempenho dos sistemas de saúde, a literatura identifica duas perspectivas paradoxais, mas potencialmente complementares<sup>(105-107)</sup>.

Por um lado, a perspectiva emancipatória contempla a participação como um fim. Ela procura alcançar um verdadeiro reequilíbrio dentro das estruturas de poder, desenvolvendo a consciência e a cidadania nas comunidades excluídas<sup>(40,107-108)</sup>. Essa abordagem articula a participação



com a mudança política e se opõe à tendência de operacionalizar e medir as práticas participativas. No contexto atual, a tendência da perspectiva emancipatória consiste em questionar as estruturas políticas e administrativas específicas que promovem o incremento das desigualdades sociais num determinado território <sup>(52,109)</sup>.

Por outro lado, a perspectiva utilitária considera a participação como um meio. Vários fatores contextuais impedem uma integração multidimensional dos processos participativos nas políticas de descentralização dos sistemas universais de saúde <sup>(16,104)</sup>. Embora a retórica da participação possa ser usada como uma estratégia social para o progresso e transformação das arenas públicas, existem todos os indícios de que a participação dos diversos setores da sociedade civil está atualmente se desenvolvendo num contexto político altamente conflitivo, no qual apenas são considerados os interesses de alguns setores privilegiados <sup>(14,110-111)</sup>.

## 4.2 DESAFIOS DE ORDEM ESTRATÉGICA

Os atores que representam os diversos setores de atividade estão, agora, intervindo nos espaços de governança participativa dos sistemas universais de saúde. O exercício (e o direito) participativo se manifesta na confluência, no seio desses espaços, de objetivos muito diferentes – e muitas vezes contraditórios – destinados a melhorar o desempenho e a eficácia dos sistemas de saúde. Também pode envolver o compromisso mais ativo dos diferentes grupos de atores envolvidos nas decisões de interesse coletivo <sup>(25,112-113)</sup>.

Em consequência, a criação de um processo democrático nesses espaços que facilite a participação das partes interessadas não está isenta de desafios decorrentes de uma relação complexa entre os valores públicos, as instituições sociais e a evolução do discurso político <sup>(37,114)</sup>. Atualmente, segundo alguns autores, não há um conhecimento profundo dos mecanismos por meio dos quais uma sociedade civil cada vez mais diversificada e fragmentada pode contribuir à melhoria da eficiência e do desempenho dos sistemas de saúde, incentivar o compromisso dos atores intersetoriais ou fortalecer os valores inerentes às sociedades democráticas <sup>(42,44,107)</sup>.

No contexto brasileiro, e seguindo esta linha de argumentação, alguns autores apontam que os espaços de participação do SUS dependem principalmente das decisões tomadas pelos dirigentes da administração e pelos membros das equipes de profissionais de saúde e serviços sociais <sup>(40,115)</sup>. Além disso, afirma-se que muitos desses espaços não foram criados pela iniciativa da sociedade civil, mas pela ação do governo cujo interesse é garantir a transferência de subsídios federais <sup>(92)</sup>. Dessa forma, ao invés de promover uma maior responsabilidade social e uma consciência coletiva por parte da sociedade civil, os órgãos participativos do SUS podem representar uma forma de regulação de iniciativas por meio das quais os movimentos populares exigem melhores serviços <sup>(22,109,116-119)</sup>.

### 4.3 DESAFIOS DE ORDEM SOCIAL

No âmbito da crise sanitária atual, a construção de um projeto de participação democrática parece confrontar-se, em nível internacional, com um processo de “deslocamento de sentido”, que tem a sua origem na existência de forças paradoxais de tensão entre duas tendências aparentemente antagônicas<sup>(120-122)</sup>.

Por um lado, existe um fenômeno generalizado de democratização da saúde pública que se manifesta, no plano local, por intermédio da criação de espaços públicos que incentivam a participação da sociedade civil nos processos deliberativos e decisórios relacionados com os assuntos públicos<sup>(16,75,123)</sup>. O enfrentamento clássico entre o Estado e a sociedade civil parece estar dando lugar à possibilidade, aparentemente cada vez mais viável, de um projeto coletivo de ação intersetorial no qual a participação social se torna gradualmente num projeto democrático viável<sup>(26,27,124)</sup>.

Por outro lado, uma diversidade crescente de atores intersetoriais, que participam ativamente dos processos locais de governança em saúde pública, está criando um conjunto de movimentos sociopolíticos de alcance transnacional e descoordenados entre si, tais como os movimentos altermundialistas, as lutas contra as desigualdades sociais, e os novos fóruns de segurança alimentar e de luta contra a mudança climática<sup>(125-127)</sup>. Esses atores da sociedade civil fazem parte de uma rede extrainstitucional em nível internacional, facilitando, de certa forma, a abordagem, em todos os aspectos, de fenômenos mundiais relacionados com a globalização em cenários locais de lutas quotidianas e de gestão de conflitos em saúde pública<sup>(120-122)</sup>.

Em resumo, a mudança no significado do conceito de participação – devido à crescente interrelação entre fenômenos globais e locais –, da sua dimensão política e coletiva para modalidades mais instrumentais e utilitaristas das práticas participativas, parece acentuar a progressiva segregação das relações existentes entre os diversos setores da sociedade civil e o Estado<sup>(128,129)</sup>. Nesse sentido, o pensamento contemporâneo sobre a democratização da saúde pública deve fortalecer o alinhamento entre a criação local de espaços participativos e as representações socioculturais de movimentos e fenômenos de natureza global<sup>(114,130)</sup>.

## 5. LIÇÕES E OPORTUNIDADES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

Este ensaio ilustra a pertinência de fortalecer os vínculos entre o pensamento contemporâneo sobre a democratização da saúde, as políticas de descentralização dos sistemas universais de saúde pública e a ação intersetorial inerente à implementação de estruturas participativas em saúde. Um processo decisório que não se baseia na participação intersetorial da sociedade civil corre o risco de incentivar a absorção do setor público pelos interesses financeiros e promove uma

conceção relativamente passiva por parte da cidadania. No entanto, apesar dos benefícios constatados da participação social nos processos de interesse coletivo no campo da saúde, a criação de mecanismos regulatórios que fortaleçam a implementação de estruturas participativas torna-se particularmente problemática no contexto do surgimento de emergências de saúde globais <sup>(73,131)</sup>.

A pandemia da COVID-19 lembrou a todos a importância do planejamento e da coordenação a longo prazo dos governos e das suas políticas de saúde pública. Com isso, vem a necessidade de compreender melhor os pontos fortes e fracos dos sistemas universais de saúde e como responder rapidamente ao surto, particularmente nos contextos de estação da gripe, de recessão econômica e de ressurgimento potencial dos casos de COVID-19 <sup>(132,133)</sup>.

Apesar dos numerosos e, muitas vezes, inspiradores exemplos de luta intersetorial contra o impacto da COVID-19, que provocaram mudanças em direção a uma resposta mais participativa e integrada, apontamos para os desafios persistentes e bem conhecidos que agora precisam ser tratados. Uma estratégia com três vertentes aparece aqui como uma alavanca-chave para fortalecer a participação social na governança dos sistemas universais de saúde diante da COVID-19: (1) *em nível da governança*: a resposta regulatória rápida do governo e das autoridades sanitárias; (2) *em nível da sociedade civil*: a sensibilização dos cidadãos com base em dados transparentes; e (3) *em nível dos territórios*: a coordenação e a colaboração entre os principais atores intersetoriais.

**FIGURA 3** : Oportunidades de participação social na saúde



Essa tripla estratégia, baseada em alianças estratégicas entre os atores envolvidos na luta contra a pandemia da COVID-19, está prevista no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 17: “Revitalização da Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável”. Diferentes modalidades de alianças, tais como a governança da rede <sup>(134-136)</sup>, a concertação intersetorial <sup>(42,61,137)</sup>, a parceria público-privada

(138-141) e a participação comunitária<sup>(107,131,142-143)</sup>, desempenham atualmente um papel importante na expansão e no fortalecimento dos programas de saúde pública, baseados no desenvolvimento sustentável dos países do mundo inteiro<sup>(48)</sup>, incluindo os da América Latina e do Caribe<sup>(72,75)</sup> e do Brasil<sup>(54,74,144,145)</sup>.

As conferências e os conselhos de saúde, criados durante o processo de descentralização do SUS no Brasil, representam assim pontos interessantes de acesso que contêm no seu funcionamento todo um universo de linhas paradoxais de tensão que exigem toda a nossa atenção. Essas estruturas participativas nos permitem examinar a relação recíproca entre, por um lado, a emergência – a escala global – de riscos sanitários que definem as tendências expansionistas muito gerais das sociedades modernas e, por outro lado, uma abordagem local que reforça a integração da participação social nos processos decisórios de interesse coletivo<sup>(37-38,107)</sup>.

O lugar da socialização dialética e transformadora criada pelas conferências e conselhos de saúde produz em si uma rede de atores intersetoriais cujas dinâmicas de colaboração seriam relevantes para documentar em profundidade de modo a fortalecer o nosso discernimento sobre as práticas participativas no campo da saúde<sup>(46,128)</sup>. Trata-se, de fato, de espaços ideais de pesquisa e de ação para enriquecer a nossa compreensão das questões relacionadas com integração da participação social num contexto de globalização de risco<sup>(37)</sup> e de desafios emergentes de saúde global<sup>(146)</sup>.

Numerosos autores sugerem que uma resposta rápida aos desafios enfrentados pela participação social na saúde pode ser possibilitada por meio da cooperação criativa entre os setores público, privado e associativo. Como as inovações sociais e territoriais continuam a surgir nas Américas, África, Europa, Sudeste Asiático e em outros lugares, é essencial que os líderes políticos e as autoridades sanitárias se perguntem como podem aproveitar as suas próprias forças e as dos atores municipais, locais e nacionais para acelerar a luta contra a pandemia. Por outro lado, os governos em todos os níveis devem pensar criativamente no uso de financiamento, políticas, dados e parcerias com atores intersetoriais para aumentar rapidamente as respostas às necessidades da crise de saúde.

Vários países do Sudeste Asiático (Singapura, Hong Kong, Taiwan e Coréia do Sul) enfrentaram favoravelmente a epidemia utilizando uma combinação de evidências, transparência (informação ativa aos cidadãos) e consciência pública guiada por uma resposta governamental rápida e proativa<sup>(53,147-149)</sup>. Em outras palavras, agindo em conjunto com diferentes atores da sociedade civil, eles compartilharam informações de forma transparente e se organizaram de forma mais consciente, coordenada e coletiva<sup>(150)</sup>.

A pandemia da COVID-19 tem proporcionado oportunidades únicas de aprendizado para os governos e as autoridades sanitárias<sup>(132,151-152)</sup>. O desenvolvimento de um sistema digital integrado e universalmente acessível situa-se no centro das alianças estratégicas necessárias para melhorar a resposta à pandemia, e para prestar serviços de saúde sustentáveis e de quali-

dade<sup>(85,153)</sup>. Mais do que simplesmente digitalizar as formas atuais de trabalho, isso exige que os dados sejam usados para gerar evidências que transformarão e melhorarão os serviços de saúde. Um sistema universal de saúde “que aprende” nos permitiria analisar continuamente os dados que são coletados como parte dos cuidados de rotina para monitorar os resultados, identificar melhorias nas estratégias e implementar mudanças com base nas evidências.

Consequentemente, a resposta à COVID-19 pelos sistemas universais de saúde é um aprendizado contínuo das capacidades de colaboração e coordenação entre as partes interessadas de todos os setores da sociedade. A participação social na governança de um sistema de saúde começa com a consciencialização da cidadania sobre projetos de interesse coletivo<sup>(107,143)</sup>. As alianças estratégicas, no que lhes concerne, deveriam ser mais valorizadas e colocadas no centro do *modus operandi* da cooperação internacional para o desenvolvimento dos territórios e do bem-estar das populações<sup>(154-155)</sup>. Essa abordagem intersectorial e inclusiva certamente poderia nos ajudar a construir coletivamente a expressão reflexiva e manifesta dos valores democráticos promovidos pelos sistemas universais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Kickbusch I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J Public Health*. 2003;93(3):383-8.
2. Baum F. The new public health [Internet]. 4th ed. UK: Oxford; 2016 [acesso 2020 out 18]; Disponível em: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20173272776>.
3. Tulchinsky TH, Varavikova EA. *The New Public Health*. Academic Press; 2014. 911 p.
4. Abelson J, et al. Bringing ‘the public’ into health technology assessment and coverage policy decisions: From principles to practice. *Health Policy*. 2007;82(1):37-50.
5. Dwyer JM. The politics of participation. *Community Health Stud*. 1989 [acesso 2020 out 18];3(1):59-65. Disponível em: <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/38177>.
6. Abelson J, et al. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med*. 2003;57(2):239-51. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00343-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00343-x).
7. Cabeza E, et al. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. ... *Gac Sanit*. 2016;30(Suppl 1):81-6.
8. Li KK, et al. Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making. *Soc Sci Med*. 2015;138:14-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.023>.
9. Coughlin S, et al. Looking to tomorrow’s healthcare today: a participatory health perspective. *Intern Med J*. 2018;48(1):92-96. doi: <https://doi.org/10.1111/imj.13661>.
10. Costa-Font J, Turati G. Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction? *Regional Studies*. 2018;52(7):974-85. doi: <https://doi.org/10.1080/00343404.2017.1361527>.
11. Arredondo A, Orozco E, Icaza ED. Evidences on weaknesses and strengths from health financing after decentralization: lessons from Latin American countries. *Int J Health Plann Mgmt*. 2005;1;20(2):181-204.
12. Milewa T, Dowswell G, Harrison S. Partnerships, Power and the “New” Politics of Community Participation in British Health Care. *Soc Policy Adm*. 2002;1;36(7):796-809.
13. Gray TF, et al. The decision partner in healthcare decision-making: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2019;92:79-89. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.006>.
14. Paiva FS, et al. Social participation and health in Brazil: a systematic review on the topic. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):487-98.

15. Shimizu HE, et al. Os Conselhos de Saúde no Brasil: 25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social. In: Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, organizadores. Política, planejamento e gestão participativa em saúde [Internet]. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2018 [acesso 2020 out 18]. p. 27-54. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34552>.
16. Stralen CJ van. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. *Rev Psicol Política* [Internet]. 2015 Jan 26 [acesso 2017 Mar 13];5(10). Disponível em: <http://www.each.usp.br/rpp/index.php/RPPEACH/article/view/252>.
17. Hogg CNL. Patient and public involvement: What next for the NHS? *Health 8. Expectations*. 2007;10(2):129-38.
18. North N, Werkö S. Widening the Debate? Consultation and Participation in Local Health Care Planning in the English and Swedish Health Services. *Int J Health Serv*. 2002;32(4):781-98.
19. Brittain I, Taylor B, Tyler S. Public involvement. Contributory factors. *Health Serv J*. 2002;112(5803):30-1.
20. Ståhlberg A, et al. Curious, thoughtful and affirmative—Young children’s meanings of participation in healthcare situations when using an interactive communication tool. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):235-246. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13878>.
21. Rosen P. Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy*. 2006;79(1):107-16.
22. Thurston WE, et al. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy*. 2005;73(3):237-52.
23. Frankish CJ, et al. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med*. 2002;54(10):1471-80. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00135-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00135-6).
24. Eliasoph H, et al. “We are all in this together”: integrated health service plans in Ontario. *Healthc Q*. 2007;10(3):82-7. doi: <https://doi.org/10.12927/hcq.2007.18938>.
25. Saita E, et al. Trust or Distrust Toward Healthcare Services: Breast Screening in the North and South of Italy. *World Futures*. 2016;72(5-6):254-65.
26. Souliotis K, et al. Assessing Patient Organization Participation in Health Policy: A Comparative Study in France and Italy. *Int J Health Policy Manag*. 2017;7(1):48-58.
27. Suarez Alvarez O, et al. Claves para el éxito de la participación comunitaria: diálogos sobre participación en el ámbito local. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32:48-51.
28. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(Supplement 1):192-202.
29. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(Supplement 1):158-61.



30. Martinez MG, Kohler JC. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Glob Health*. 2016;12(1):64.
31. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev Adm Publica*. 2000;34(6):63-80.
32. Carvalho AI de. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;3(1):23-5.
33. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:2455-64.
34. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011;21:15-30.
35. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(3):537-47.
36. Fuks M. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Rev Sociol Polit*. 2005;(25):47-61.
37. Suarez-Herrera JC, Champagne F, Contandriopoulos A-P. Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive: Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *nps*. 2010;23(1):206-21.
38. Labra ME. Conselhos de saúde. Visões “macro” e “micro.” *Civitas*. 2006;21;6(1):199-221.
39. Lane M. Participation, Decentralization, and Civil Society Indigenous Rights and Democracy in Environmental Planning. *J Plan Educ*. 2003;22:360-73.
40. Wendhausen ÁLP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saude Soc*. 2006;15(3):131-44.
41. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1670-81.
42. Quinn A, Laws M. Addressing Community Needs and Preparing for the Secondary Impacts of Covid-19. *NEJM Catal Innov Care Deliv* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7371326/>.
43. Bteich M, et al. A proposed core model of the new public health for a healthier collectivity: how to sustain transdisciplinary and intersectoral partnerships. *Critical Public Health*. 2019 Mar 15;29(2):241-56.
44. Coots J, Belkin G, Drucker E. From Punishment to Public Health: Interdisciplinary Dialogues and Cross-Sector Policy Innovations. In: Hansen H, Metzl JM, editors. *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of*

- Health [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [acesso 2019 abr 18]. p. 181-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_15).
45. Li SS, et al. Knowledge translation in tri-sectoral collaborations: An exploration of perceptions of academia, industry and healthcare collaborations in innovation adoption. *Health Policy*. 2018;122(2):175-83.
  46. Cash R, Patel V. Has COVID-19 subverted global health? *Lancet*. 2020;395(10238):1687-8.
  47. Buss PM. De pandemias, desenvolvimento e multilateralismo. *Le Monde Diplomatique* [Internet]. 3 abr 2020 [acesso 2020 abr 4]; Disponível em: <https://diplomatique.org.br/de-pandemias-desenvolvimento-e-multilateralismo/>.
  48. Tanne JH, et al. Covid-19: how doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15];368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1090>.
  49. Nicola M, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg*. 2020;78:185-93.
  50. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];63(1). Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/consequences-of-the-covid19-pandemic-on-mental-health-and-implications-for-clinical-practice/E2826D-643255F9D51896673F205ABF28>.
  51. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *BMJ* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];369. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1379>.
  52. Ornell F, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00063520.
  53. Wu D, et al. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis*. 2020;94:44-8.
  54. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crisis, conditioning factors, and challenges in the coordination of Brazil's federative State in the context of COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00185220.
  55. Calisher C, et al. Statement in support of the scientists, public health professionals, and medical professionals of China combatting COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10226):e42-3.
  56. Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical Supply Shortages — The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(18):e41.
  57. Ma X, Vervoort D. Critical care capacity during the COVID-19 pandemic: Global availability of intensive care beds. *J Crit Care*. 2020;58:96-7.

58. Da'ar OB, Haji M, Jradi H. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Potential implications for weak health systems and conflict zones in the Middle East and North Africa region. *Int J Health Plann Manage.* 2020;35(5):1240-5.
59. Hien H. La résilience des systèmes de santé : enjeux de la COVID-19 en Afrique subsaharienne. *Sante Publique.* 2020;32(2):145-7.
60. Paintsil E. COVID-19 threatens health systems in sub-Saharan Africa: the eye of the crocodile. *J Clin Invest.* 2020;130(6):2741-4.
61. Zhang Z, Shen Y, Yu J. Combating COVID-19 Together: China's Collaborative Response and the Role of Business Associations. *Nonprofit Volunt Sect Q.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1177/0899764020964591>.
62. Chen J, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China *J Infect.* 2020 May 1;80(5):e1-6.
63. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433.
64. Khoury P, Azar E, Hitti E. COVID-19 Response in Lebanon: Current Experience and Challenges in a Low-Resource Setting. *JAMA.* 2020;324(6):548.
65. El Chammy R, Roberts B. Using COVID-19 responses to help strengthen the mental health system in Lebanon. *Psychol Trauma.* 2020;12(S1):S281-S283. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000732>.
66. Kassem II, Jaafar H. The potential impact of water quality on the spread and control of COVID-19 in Syrian refugee camps in Lebanon. *Water Int.* 2020 Jul 3;45(5):423-9.
67. Paterlini M. On the front lines of coronavirus: the Italian response to covid-19. *BMJ [Internet].* 2020 [acesso 2020 out 17];368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1065>.
68. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet.* 2020;395(10231):1225-8.
69. Legido-Quigley H, et al. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):e251-2.
70. Stoecklin SB, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(6):2000094. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000094>.
71. Sjödin H, Johansson AF, Brännström Å, Farooq Z, Kriit HK, Wilder-Smith A, et al. COVID-19 healthcare demand and mortality in Sweden in response to non-pharmaceutical mitigation and suppression scenarios. *Int J Epidemiol [Internet].* 2020 [acesso 2020 out 19]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543571/>.

72. Rodriguez-Morales AJ, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020;35:101613.
73. Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nursing*. 2020 Jan 1;6:2377960820963771.
74. Cupertino GA, et al. COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(2):609-12.
75. Miller MJ, et al. COVID-19 in Latin America: Novel transmission dynamics for a global pandemic? *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];14(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205198/>.
76. Behrens LL, Naylor MD. “We are Alone in This Battle”: A Framework for a Coordinated Response to COVID-19 in Nursing Homes. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):316-22.
77. Comas-Herrera A, et al. COVID-19: Implications for the Support of People with Social Care Needs in England. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):365-72.
78. Stein KV, Goodwin N, Miller R. From Crisis to Coordination: Challenges and Opportunities for Integrated Care posed by the COVID-19 Pandemic. *Int J Integr Care* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];20(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7427683/>.
79. Blundell R, et al. COVID-19 and Inequalities\*. *Fiscal Studies*. 2020;41(2):291-319.
80. Cénat JM, et al. Social inequalities and collateral damages of the COVID-19 pandemic: when basic needs challenge mental health care. *Int J Public Health*. 2020;65(6):717-8.
81. Freitas CM, et al. COVID-19 as a global disaster: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambient Soc* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];23. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-753X2020000100906&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-753X2020000100906&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
82. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
83. Rootman I, Ronson B. Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go? *Can J Public Health*. 2005;96(Suppl 2):S62-77.
84. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-50.
85. Beaunoyer E, Dupéré S, Guitton MJ. COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Comput. Hum. Behav*. 2020;111:106424.
86. Khilnani A, Schulz J, Robinson L. The COVID-19 pandemic: new concerns and connections between eHealth and digital inequalities. *J Inf Commun Ethics Soc* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];18(3). Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/https://doi.org/10.1108/JICES-04-2020-0052/full/html>.

87. Gasser U, et al. Digital tools against COVID-19: Framing the ethical challenges and how to address them. 2020 Apr 21 [acesso 2020 out 18]; Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2004.10236v1>.
88. Katapally TR. A Global Digital Citizen Science Policy to Tackle Pandemics Like COVID-19. *J Med Internet Res*. 2020;22(5):e19357.
89. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. 158 p.
90. Paim J, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
91. Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 280 p.
92. Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2001;17:89-97.
93. Lenita Á, Wendhausen P. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80(6):697-704.
94. Brandão CC, Scherer MD dos A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:69-83.
95. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família [Internet]. EDUFBA; 2006 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7>.
96. Silva SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-26032020-122037/>.
97. Maciel FBM, et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25:4185-95.
98. Richard S, Reinhard B, Josep F. Decentralization In Health Care: Strategies And outcomes. McGraw-Hill Education (UK); 2006. 327 p.
99. Vargas I, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705-17.
100. Suarez-Herrera JC, et al. Améliorer la performance des systèmes de santé: Concepts, méthodes, pratiques. Les Presses de l'Université de Montréal; 2017. 365 p.
101. Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:1245-56.

102. Cotlear D, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1248-59.
103. Wendhausen ÁLP. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80:697-704.
104. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:797-805.
105. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan*. 2001;16(3):221-30.
106. Vazquez ML, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):579-91.
107. Bispo Júnior JP, Morais MB. Community participation in the fight against COVID-19: between utilitarianism and social justice. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00151620.
108. Castro EM, et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):1923-39.
109. Morais JB, Jorge MSB, Bezerra IC, Paula ML de, Brilhante APCR. Avaliação das pesquisas nos cenários da atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. *Saude Soc*. 2018;27(3):783-93.
110. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saude Soc*. 2017;26:411-23.
111. Campos GW de S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 19];18(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1981-77462020000300302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462020000300302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
112. Osei-Frimpong K. Patient participatory behaviours in healthcare service delivery. *Journal of Service Theory and Practice* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jun 1]; 27(2). Doi: <https://doi.org/10.1108/JSTP-02-2016-0038>.
113. Kolasa K, Dohnalik J, Borek E, Siemiątkowski M, Ścibiorski C. The paradox of public participation in the healthcare in Poland –What citizens want, and what they think. *Health Policy*. 2014;118(2):159-65.
114. Suarez-Herrera JC. L'intégration organisationnelle de la participation: des enjeux locaux pour une santé publique globale [tese] [Internet]. [Montréal (Canada)]: Université de Montréal; 2010 [acesso 2017 Jul 21]. Disponível em: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4543>.
115. Diaz P, Hernando P. Participação cidadã e controle social: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – Bahia [dissertação] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia;



- 2008 [acesso 2020 out 19]; Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15226/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Pedro%20Hernando%20Pairazam%C3%A1n%20D%C3%ADaz.%202008.pdf>.
116. Oliveira SRA, et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 15];33(7). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017000705003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705003&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
  117. Dias HH. Exercício do controle social na Estratégia Saúde da Família: uma construção coletiva nas Políticas Públicas de Saúde no município de Piranga [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Conselheiro Lafaiete; 2014 [acesso 2020 Jun 10]; Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/VRNS-9STFYN>.
  118. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saude Soc.* 2006;15(1):49-57.
  119. Serapioni M, Matos AR. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. *Soc Sci Med.* 2014;123:226-33.
  120. Sassen S. Local Actors in Global Politics. *Current Sociology.* 2004;52(4):649-70.
  121. Suarez-Herrera JC, Blain M-J. La recherche en santé mondiale: perspectives socio-anthropologiques. Montréal (Québec, Canada): Cahiers scientifiques de l'ACFAS; 2012. 276 p.
  122. Teixeira E. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã [Internet]. São Paulo: Cortez; Recife: Equip, 2001 [acesso 2020 out 19]. 224 p. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1744>.
  123. Bryson JM, Crosby BC, Bloomberg L. *Creating Public Value in Practice: Advancing the Common Good in a Multi-Sector, Shared-Power, No-One-Wholly-in-Charge World.* New York, NY, USA: CRC Press; 2015. 426 p.
  124. Stewart E. *Publics and Their Health Systems: Rethinking Participation.* Switzerland: Springer; 2016. 163 p.
  125. Suarez-Herrera JC, O'Shanahan Juan JJ, Serra-Majem L. La participación social como estrategia central de la nutrición comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83(6):791-803.
  126. Olesen T. Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Curr Sociol.* 2005;53(3):419-40.
  127. McNamara KR, Newman AL. *The Big Reveal: COVID-19 and Globalization's Great Transformations.* International Organization. Cambridge University Press; 2020;:1-19.



128. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
129. Gerard F, Imbert C, Orkin K. Social protection response to the COVID-19 crisis: options for developing countries. *Oxf Rev Econ Policy*. 2020;36(Supplement\_1):S281-96.
130. Paul E, Brown GW, Ridde V. COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ Glob Health*. 2020;5(4):e002622.
131. Moon MJ. Fighting COVID-19 with Agility, Transparency, and Participation: Wicked Policy Problems and New Governance Challenges. *Public Administration Review*. 2020;80(4):651-6.
132. World Health Organization. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): World Health Organization; 2020 p. 30. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
133. World Health Organization. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak – Interim guidance 25 March. Geneva; World Health Organization; 2020.
134. Iedema R, et al. A network of networks: The governance of deliberative approaches to healthcare improvement and reform. *J of Health Org and Mgt*. 2017;31(2):223-36.
135. Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annu Rev Public Health*. 2017;38(1):329-49.
136. Shiffman J. Four Challenges That Global Health Networks Face. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(4):183-9.
137. Wilson TL, et al. Fast-track Innovation: Area Agencies on Aging Respond to the COVID-19 Pandemic. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):432-8.
138. Sukhwani V, Deshkar S, Shaw R. COVID-19 Lockdown, Food Systems and Urban-Rural Partnership: Case of Nagpur, India. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5710.
139. Seddighi H, et al. Public-Private-People Partnerships (4P) for Improving the Response to COVID-19 in Iran. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1-6.
140. Corey L, Mascola JR, Fauci AS, Collins FS. A strategic approach to COVID-19 vaccine R&D. *Science*. 2020;368(6494):948-50.
141. Bolger JC, et al. Public-private partnership: strategies for continuing urgent elective operative care during the COVID-19 pandemic. *Br J Surg* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 19]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361733/>.

142. Chen Q. Unpacking the black box: How to promote citizen engagement through government social media during the COVID-19 crisis. *Comput Hum Behav.* 2020;110:106380.
143. Khongsai L, et al. Combating the Spread of COVID-19 Through Community Participation. *Glob Soc Welf* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 19]; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00174-4>.
144. Werneck GL, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 18];36(5). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2020000500101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2020000500101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
145. Moraes RR, et al. COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. *medRxiv.* 2020 Jun 14;2020.06.11.20128744.
146. Arshad Ali S, et al. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—An emerging global health threat. *J Infect Public Health.* 2020;13(4):644-6.
147. Park S, Choi GJ, Ko H. Information Technology-Based Tracing Strategy in Response to COVID-19 in South Korea—Privacy Controversies. *JAMA.* 2020;323(21):2129.
148. Wang CJ, Ng CY, Brook RH. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA.* 2020;323(14):1341.
149. Wong JEL, Leo YS, Tan CC. COVID-19 in Singapore –Current Experience: Critical Global Issues That Require Attention and Action. *JAMA.* 2020;323(13):1243.
150. Sun J, et al. COVID-19: Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. *Trends Mol Med.* 2020;26(5):483-95.
151. Iyengar K, et al. Learning opportunities from COVID-19 and future effects on health care system. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):943-6.
152. Farrugia G, Plutowski RW. Innovation Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clinic Proceedings.* 2020;95(8):1574-7.
153. Fagherazzi G, Goetzinger C, Rashid MA, Aguayo GA, Huiart L. Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e19284.
154. Brown G, Susskind D. International cooperation during the COVID-19 pandemic. *Oxf Rev Econ Policy.* 2020;36(Supplement\_1):S64-76.
155. Lee D, Heo Y, Kim K. A Strategy for International Cooperation in the COVID-19 Pandemic Era: Focusing on National Scientific Funding Data. *Healthcare.* 2020;8(3):204.

# DIPLOMACIA DA SAÚDE NA GESTÃO DE PANDEMIAS

Paulo Marchiori Buss<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo apresenta um panorama da resposta global à pandemia de COVID-19, no espaço da diplomacia da saúde e, como tal, com ênfase no papel das Nações Unidas e suas instâncias e agências principais, como a Assembleia Geral das Nações Unidas, o Conselho de Segurança, o Conselho Econômico e Social, o Conselho de Direitos Humanos e, evidentemente, a Organização Mundial da Saúde. Além disso, examina especificamente o que vem ocorrendo na diplomacia da saúde na América Latina, pela importância da cooperação no enfrentamento da pandemia entre países vizinhos. A seguir, faz considerações sobre o papel do Brasil na diplomacia global e regional da saúde. Ao final, elenca um conjunto de iniciativas que deveriam ser adotadas pelos mecanismos multilaterais e intergovernamentais de cooperação política e técnica, concluindo que a diplomacia da saúde pode ser uma ‘ponte para a paz’, superando dificuldades políticas mais amplas nas relações entre países, podendo implementar importante resolutividade no enfrentamento da pandemia.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19. Resposta Global. Resolutividade. Diplomacia em Saúde.

---

<sup>1</sup> Médico Sanitarista, Mestre em Medicina Social, Doutor em Ciências, Professor Emérito da Fundação Oswaldo Cruz, Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195>. paulo.buss@fiocruz.br.



## I. INTRODUÇÃO

Uma enfermidade infecciosa epidêmica não respeita fronteiras geográficas, determinadas pelos arranjos da história política da humanidade. Disso temos fartos exemplos: os processos epidêmicos que grassaram na Europa medieval, as várias ondas de epidemia pelo *V. cholerae* em todo o século XIX e, neste século, as pandemias de influenza e, hoje em dia, pelo SARS-CoV-2.

Por isso, a cooperação entre os países, utilizando-se da ‘diplomacia da saúde’, nos planos global e regionais, é política e prática essencial para o sucesso no enfrentamento de uma epidemia-pandemia.

Este artigo vai apresentar um panorama da resposta global à pandemia de COVID-19, com ênfase no papel das Nações Unidas e suas instâncias e agências principais, como a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), o Conselho de Segurança (CS), o Conselho Econômico e Social (Ecosoc), o Conselho de Direitos Humanos (CDHNU) e, evidentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, examinará o que vem ocorrendo na América Latina, pela importância da cooperação no enfrentamento da pandemia entre países vizinhos. Finalmente, fará algumas considerações sobre o papel do Brasil na diplomacia global e regional da saúde. Toma como fonte primordial de informações e análises o acompanhamento sistemático do enfrentamento da pandemia nos planos global e regionais, que vem sendo realizado pelo Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris-Fiocruz), reunidos na forma de um ‘*instant e-book*’<sup>(1)</sup>, a ser lançado em outubro de 2020. No site <https://portal.fiocruz.br/cris> pode ser encontrada a narrativa da evolução da resposta da saúde global e da diplomacia da saúde registrada e analisada pelo Cris, como informes sistemáticos, no período abril a outubro de 2020. Utiliza, ademais, trechos que integram 11 artigos<sup>(2-11)</sup> publicados pelo autor, com colaboradores, entre março e outubro de 2020, que se encontram listados entre as referências.

Na absoluta impossibilidade de abordar detalhes, este texto pretende ser, em última análise, um seguro ‘roteiro de leituras complementares’, que permitirá o leitor conhecer a documentação mais importante e adentrar o vasto e complexo campo da resposta da diplomacia da saúde na pandemia de COVID-19.

## 2. APROXIMAÇÃO A CONCEITOS

Existem diversos conceitos de diplomacia da saúde, muitos deles complementares entre si, tal como se constata no artigo de revisão de cerca de 60 artigos, da autoria de Lee e Smith<sup>(12)</sup>. Ao final do artigo, os autores concluem que diplomacia da saúde é *“o processo de formulação de políticas por meio dos quais atores estatais, não estatais e outros atores institucionais negociam respostas aos desafios da saúde ou utilizam conceitos ou mecanismos de saúde na formulação de políticas e estratégias de negociação para alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais”*.

Em 2010, definimos diplomacia da saúde como:

Campo de conhecimentos e práticas, além de conjunto de recursos políticos e técnicos, oriundos dos setores governamentais de relações exteriores, saúde e correlatos, bem como da sociedade civil, para atuar sobre temas de saúde nos planos multilaterais global e regionais, assim como nas relações bilaterais entre países<sup>(13)</sup>.

Embora curiosamente não haja uma definição de pandemia no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como seria de se esperar, quanto ao conceito de pandemia, os autores pouco divergem. Segundo Porta<sup>(14)</sup>, uma pandemia é definida como *“uma epidemia que ocorre em todo o mundo, ou em uma área muito ampla, cruzando fronteiras internacionais e geralmente afetando um grande número de pessoas”*.

Segundo a OMS, uma pandemia é a disseminação mundial de uma doença. O termo é utilizado quando uma epidemia – grande surto que afeta uma região – se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Atualmente, há mais de 190 países com casos declarados da infecção pelo SARS-CoV-2.

*“A OMS tem verificado a disseminação [da COVID-19] em uma escala de tempo muito curta, e estamos muito preocupados com os níveis alarmantes de contaminação e, também, de falta de ação [dos governos]”*, afirmou o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, num dos primeiros painéis da OMS que trata das atualizações diárias sobre a doença, a 11 de março<sup>(15)</sup>. *“Por essa razão, consideramos que a COVID-19 pode ser caracterizada como uma pandemia”*, explicou durante a conferência de imprensa em Genebra.

Em qualquer configuração conceitual, afinal, uma pandemia é, reconhecidamente, um importante problema global comum a todos os países e respectivas autoridades, razão pela qual é tema prioritário de uma diplomacia da saúde atenta e responsável.

### 3. DIPLOMACIA DA SAÚDE E AS PANDEMIAS NO PLANO GLOBAL

O mundo do imediato pós-Segunda Guerra Mundial erigiu dois conjuntos de organizações para regular as relações entre os países, sob a égide da paz e do bem-estar comum: a Organização das Nações Unidas (ONU), no plano político-estratégico; o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, as instituições de Bretton Woods, na esfera econômica. Essa foi a arquitetura institucional da nova ordem que moldou, até os nossos dias, a macroestrutura internacional, sob inspiração ocidental e com hegemonia norte-americana.

As Nações Unidas são, há 75 anos, desde 1945, o espaço político por excelência para elaborar os arranjos políticos e técnicos para enfrentar os grandes desafios globais. Sem qualquer sombra de dúvida, uma pandemia é um enorme desafio para toda a humanidade.

O sistema ONU, em suas diversas instâncias, agências, programas, fundos, iniciativas, tem abordado um temário abrangente, com amplitude mundial, como questões ligadas a paz, segurança, direitos humanos, desenvolvimento, educação, cultura, população, meio ambiente, economia e comércio e, ultimamente, cada vez mais, saúde.

Em 1948, é criada uma agência global especializada em saúde, no interior do sistema das Nações Unidas, a OMS<sup>(16)</sup>. Desde então, tem sido no âmbito da OMS que os Estados membros – hoje em número de 193 – estabelecem uma agenda de saúde global e constroem consensos (ou mitigam dissensos) em toda sorte de questões da saúde, porque é a organização por excelência da prática e implementação da diplomacia da saúde global.

A OMS e suas seis regionais, incluindo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na região das Américas, são o palco principal e preferencial nos quais se desenvolvem as negociações da diplomacia da saúde. Contudo, neste século XXI, pela importância capital que a saúde adquire num mundo cada vez mais globalizado, cada vez mais outras instâncias das Nações Unidas passaram a tratar do tema saúde.

Neste segmento, tratamos das respostas à pandemia por parte do Secretariado das Nações Unidas, da Assembleia Geral, do Ecosoc, do CDHNU e das agências especializadas em saúde do sistema global e das Américas (OMS e Opas).

### 4. A RESPOSTA DAS NAÇÕES UNIDAS

A pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, o novo coronavírus, não foi, absolutamente, uma surpresa para os sanitaristas e epidemiologistas. Nem para os mais altos dirigentes dos Estados membros da ONU.

Em abril de 2015, foi criado pelo então secretário-geral das Nações Unidas, Ban Ki-moon, um painel de alto nível (*High-Level Panel on the Global Response to Health Crises*) para examinar e

extrair lições da epidemia pelo vírus Ebola, que, entre 2013 e 2016, afetou a África Ocidental – principalmente três países: Libéria, Sierra Leoa e Guiné –, mas ameaçava espalhar-se pelo mundo. Criado para tratar do que seria uma resposta global a crises em saúde, já previa a ocorrência de pandemias em anos vindouros, alertando que elas poderiam se converter em novas ameaças graves contra as quais o mundo deveria se precaver. O informe foi adotado pela 70ª. Assembleia Geral da ONU, em 2016, pela resolução A/70/723, intitulada “*Proteger a humanidade de futuras crises sanitárias: Informe do grupo de alto nível sobre a resposta mundial às crises sanitárias*” (ver: [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/723&Lang=S](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723&Lang=S)).

O informe somava 97 páginas, 248 parágrafos e 27 grandes recomendações, para os níveis nacional, regional e internacional, incluindo medidas de caráter transversal que demandam o envolvimento de todas as instâncias de governo (*all-government*) e o conjunto da sociedade (*all-society*). Entre as recomendações, encontrava-se o fortalecimento dos respectivos sistemas de saúde, da OMS, o aumento em pelo menos 10% das contribuições dos Estados membros à OMS, a criação de um conselho de alto nível sobre crises na saúde pública global e, *last but not least*, a convocação de uma cúpula mundial, em 2018. Esta teria a participação das mais altas autoridades dos Estados membros, visando preparar o sistema multilateral e cada país para futuras ameaças à segurança humana representadas por enfermidades epidêmicas.

O conselho de alto nível se converteu em uma força-tarefa, copresidida pela vice-secretária-geral das Nações Unidas, pela diretora-geral da OMS e pelo presidente do Banco Mundial. Nenhuma autoridade nacional. A cúpula nunca foi convocada. O informe do Fórum Político de Alto Nível (HLPF), que tão sábias recomendações continha, foi apenas arquivado<sup>(6)</sup>.

Entretanto, em anos recentes, a Secretaria Geral e a AGNU – composta pelos Chefes de Estado ou altos representantes dos Estados membros da ONU – têm chamado a si a discussão e deliberações sobre temas da saúde global, ou seja, assumindo um papel inédito na diplomacia da saúde. Não foi diferente nesta pandemia.

A OMS declarou a COVID-19 uma pandemia em 11 de março. Imediatamente, todos se viram na obrigação de oferecer respostas que naquele momento pareciam adequadas. A AGNU adotou uma primeira resolução em 2 de abril, intitulada “*Solidariedade global para enfrentar a COVID-19*” (ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/270>). Em 20 de abril, adotou uma segunda resolução intitulada “*Cooperação internacional para assegurar acesso global a medicamentos, vacinas e equipamento médico para enfrentar a COVID-19*” (ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/274>).

Os títulos são importantes. No primeiro caso, quer-se uma solidariedade global, imprescindível naquele momento em que se observava a falta dela. No segundo caso, o acento é posto sobre a cooperação para assegurar acesso global aos produtos essenciais de saúde para combater a COVID-19. Há uma sutileza importante nesse título: trata-se de assegurar o *acesso global*, ou seja, em toda parte. Não diz *acesso universal*, que seria para todos e em qualquer parte. Ademais, confere ao secretário-geral da Organização a função de identificar, recomendar e coordenar os esforços



para garantir a disponibilidade global daqueles produtos. Não faz menção às flexibilidades de propriedade intelectual previstas em Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips) ou na Declaração de Doha sobre Propriedade Intelectual e Saúde Pública, cruciais para garantir o acesso universal e tampouco insta compromissos dos Estados membros, sem os quais certamente será impossível alcançar os propósitos da resolução.

A terceira resolução, “*Resposta unida contra ameaças globais à saúde: combatendo a COVID-19*” (ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/307>), que circulou como *draft* entre as delegações nas Nações Unidas em 14 de abril, foi adotada somente em 11 de setembro. Como as duas anteriores, esta resolução tampouco faz menção às flexibilidades de Trips. Mais rica que aquelas nas partes preambular e resolutive, a resolução contém alguns pontos nos quais possivelmente houve dificuldades de consenso: chamamento à intensificação da cooperação multilateral para enfrentar surtos de doenças; colaboração internacional para assegurar que os aspectos sociais, econômicos, humanitários e financeiros adversos sejam tratados em tempo e de maneira não discriminatória; ênfase no pleno respeito aos direitos humanos e que não há lugar para discriminação racial e xenofóbica na resposta à pandemia; reafirmação da necessidade de proteger os trabalhadores e os pequenos negócios por meio de mecanismo de proteção social adequado. Embora deposite no secretário-geral a iniciativa pelas ações decorrentes, essa resolução faz um chamamento aos Estados membros. É possível que o agravamento da pandemia e a exibição de números trágicos tenha vencido as resistências e permitido que o projeto de resolução fosse finalmente aprovado pela AGNU em setembro.

A quarta resolução, “*Resposta ampla e coordenada à pandemia da COVID-19*” (ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/306>), foi adotada no último dia útil da 74ª AGNU. A resolução recorda a obrigação dos Estados membros de cooperar uns com os outros, conforme a Carta (criticando assim posturas nacionalistas e antimultilateralistas), fazendo listagem de acordos alcançados pelo sistema das Nações Unidas; a obrigação de os Estados observarem que a resposta à COVID-19 se faça à luz de suas respectivas obrigações sob o direito internacional; centrar a cooperação internacional para enfrentar a enfermidade nas pessoas (e não no comércio, portanto); ser sensível às diferenças de gênero, com pleno respeito aos direitos humanos; fortalecimento dos sistemas de saúde e dos sistemas de proteção social; pleno uso das flexibilidades relativas ao regime de propriedade intelectual, *inter alia*.

Para orientar a resposta do sistema como um todo, o secretário-geral lançou, em março de 2020, um plano estratégico dirigido a todas as agências, incluindo a OMS, com o título: “*Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19*”<sup>(17)</sup>, o qual localiza a saúde em um contexto de resposta mais amplo e prioriza as ações a serem tomadas por todas as agências, com destaque à OMS.

Por ocasião da 75ª. AGNU, seis meses depois do primeiro, o secretário-geral lançou um segundo documento, de balanço e perspectivas do sistema em relação à pandemia, intitulado “*United Nations Comprehensive Response to COVID-19 Saving Lives, Protecting Societies, Recovering Better*”<sup>(18)</sup>, no qual aponta que a resposta das Nações Unidas à COVID-19 e seus impactos é

composta de três elementos globais: 1) *Uma resposta de saúde abrangente* e coordenada em grande escala, orientada pela OMS e seu Plano Estratégico de Preparação e Resposta; 2) *Uma iniciativa abrangente para proteger a vida e os meios de subsistência*, abordando as devastadoras consequências socioeconômicas, humanitárias e de direitos humanos de curto prazo da crise, prestando atenção aos mais afetados; e 3) *Uma recuperação transformadora*, por meio da qual as fragilidades subjacentes sejam corrigidas e se identifiquem oportunidades visando a mudanças transformadoras na direção de sociedades e economias mais justas, equitativas e resilientes.

Diz ainda o documento que a saída desta crise é uma oportunidade para enfrentar a crise climática, as desigualdades, a exclusão, as lacunas nos sistemas de proteção social e muitas outras injustiças que se revelaram e agravaram. Em vez de restaurar sistemas e perspectivas insustentáveis, o mundo deve optar por energia renovável, sistemas alimentares sustentáveis, igualdade de gênero, redes de segurança social mais fortes, cobertura universal de saúde e um sistema internacional que preste serviços de forma consistente, eficiente e universal, tudo isso tomando como base a agenda de desenvolvimento sustentável.

## **5. A RESPOSTA DO CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS**

O Ecosoc (ver: <https://www.un.org/ecosoc/en/home>) é a instância da ONU responsável pelo seguimento da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), ou seja, por promover as discussões anuais formais sobre desenvolvimento sustentável, nas dimensões econômica, social e ambiental. Suas reuniões são realizadas em julho de cada ano, e suas conclusões e recomendações enviadas à consideração da AGNU, que se realiza todo o mês de setembro.

Está composto por 54 Estados membros eleitos entre os 193 que integram as Nações Unidas, mas todos os Estados membros da ONU são incentivados a participar da reunião anual. As sessões do Ecosoc são um arranjo complexo, composto por: i) um segmento de integração; ii) o segmento do HLPF; e iii) o segmento de alto nível do Ecosoc. O HLPF é responsável pelo acompanhamento da Agenda 2030 e dos ODS. O segmento de alto nível do Ecosoc tem caráter ministerial porque é responsável, entre outras coisas, por adotar a mencionada declaração ministerial a ser encaminhada à AGNU.

Em 2020, dedicou suas três sessões substantivas ao impacto da pandemia sobre os progressos alcançados na implementação da Agenda 2030 desde 2015 que, segundo a visão dominante, embora pequenos e desiguais, podem perder-se por completo ou serem obliterados, dado o caráter paralisante global imposto pela COVID-19<sup>(5)</sup>.

## 6. A RESPOSTA DO CONSELHO DE DIREITOS HUMANOS DAS NAÇÕES UNIDAS

O CDHNU (ver: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/hrc/pages/home.aspx>) é um organismo intergovernamental das Nações Unidas encarregado de fortalecer a promoção e a proteção dos direitos humanos em todo o mundo e para enfrentar situações de violações destes, assim como formular recomendações sobre eles. Está composto por 47 Estados membros da ONU, eleitos pela AGNU para um período de três anos. O Brasil assumiu este ano uma das cadeiras, devendo permanecer no Conselho até 2023.

Em julho de 2020, o CDHNU realizou sua 44ª sessão, que adotou a Resolução A/HCR/44.23/Rev.1, intitulada *O papel central do Estado em responder a pandemias e outras emergências de saúde, bem como as consequências socioeconômicas resultantes em apoiar o desenvolvimento sustentável e a realização de todos os direitos humanos*, na qual o Conselho pedia mais Estado e equidade para enfrentar a pandemia<sup>(4)</sup>.

O CDHNU realizou sua 45ª Sessão<sup>(2)</sup> entre 14 de setembro e 2 de outubro, em Genebra, com uma vastíssima pauta (<https://undocs.org/es/A/HRC/45/1>), como de praxe. Discutir todas as dimensões dos direitos humanos examinadas na referida sessão é tarefa que foge ao escopo deste artigo. A lista completa dos mais de 60 temas abordados e respectivos informes apresentados encontra-se em <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session45/Pages/ListReports.aspx>, informação complementada em <https://undocs.org/en/A/HRC/45/3>.

A Alta Comissária (AC) apresentou um informe relevante sobre as repercussões da pandemia de COVID-19 sobre os direitos humanos. Segundo posição do CDHNU, o respeito aos direitos humanos em todo seu espectro, que abarca tanto dimensões econômicas, sociais e culturais, quanto civis e políticas, é fundamental para o êxito da resposta sanitária e para a recuperação pós-pandemia.

Os informes de todos os subtemas preparados por diversas instâncias do Conselho foram orientados para considerar impacto e ações com relação à COVID-19 (<https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/COVID19Guidance.aspx>). Trata-se de rica contribuição política e de práticas, a qual remetemos o leitor, com documentos relacionados com os direitos humanos respectivos, abordando cada uma das seguintes dimensões da pandemia: Acesso à atenção médica; Medidas de emergência; Que ninguém seja deixado para trás; Habitação; Pessoas portadoras de deficiência; Idosos; População prisional ou recolhidas às instituições; Informação e participação; Estigmatização, xenofobia e racismo; Migrantes, deslocados e refugiados; Repercussões sociais e econômicas; Alimentação; Privacidade; Crianças; Jovens; Gênero; Água, saneamento e higiene; Povos indígenas; Minorias; Negócios e direitos humanos; Sanções internacionais e unilaterais; e Cooperação e solidariedade internacional.

## 7. A RESPOSTA DA OMS

A OMS e suas regionais, como a Opas, têm exemplos muito bem-sucedidos, ao longo de sua história, no enfrentamento de epidemias e pandemias. Para citar apenas alguns, a eliminação da varíola da face da terra, na década de 1980; o controle da poliomielite e de muitas outras doenças infecciosas e parasitárias (DIP), em anos mais recentes, como resultado de programas mundiais de imunização (desde 1974), associados a medidas essenciais de saúde pública; e a criação (1975) e vigência até a atualidade do TDR (sigla em inglês do *Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Enfermidades Tropicais*).

Vital em todo este processo foram as reorientações dos sistemas de saúde, emanadas da casa da saúde global, como a Atenção Primária à Saúde<sup>(19)</sup>, lançada em Alma-Ata (1978-1979) – que no Brasil tomou a denominação de Estratégia e Programa Saúde da Família – e reafirmada em Astana, aos 40 anos da Conferência de Alma-Ata (2019)<sup>(20)</sup>, que comentamos em artigo de 2018<sup>(21)</sup>.

Um marco fundamental da governança global da OMS para o controle das DIP e o enfrentamento de pandemias é o RSI<sup>(22)</sup>, aprovado em 2005 pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde. Negociada durante dez anos, entrou em vigor mundialmente em 2007, visando a “*prevenir, proteger, controlar e dar respostas de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública*”. “Emergência de saúde pública de importância internacional” significa um evento extraordinário que, nos termos do Regulamento, é determinado como: (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada.

Parafraseando Almeida e Campos, quando falamos de OMS não nos referimos a ela “*como mera organização formal e estática composta por Estados membros organizados em torno de um corpo de normas, regras e procedimentos decisórios, mas como um espaço sócio-político de embates, negociações e enfrentamentos que refletem a dinâmica mais ampla do multilateralismo e da ordem mundial*”<sup>(23)</sup>.

Nesse sentido, a pandemia propiciou os embates políticos e decisões de países mais inusitados da sua história<sup>(8)</sup>. Transferiram-se para a agência destinada a debater a saúde global e enfrentar a pandemia as idiossincrasias da competição Estados Unidos-China pela hegemonia mundial: acusando a OMS de conluio com a China, o governo Trump retirou-se da OMS<sup>(7)</sup>, em decisão unilateral contestada pelo Congresso americano e inúmeras organizações científicas do país, além de questionada veladamente por Estados membros e organizações multilaterais poderosas que ampliaram seus apoios à OMS. Poucos países, incluindo o Brasil, expressaram sua simpatia pela crítica estadunidense à organização.

A agência vem liderando o processo de enfrentamento da pandemia com uma abordagem baseada na ciência e assentada sobre o multilateralismo. Em maio, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados membros aprovaram uma única Resolução intitulada *Resposta à*

*COVID-19* (ver: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_CONF1Rev1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_CONF1Rev1-en.pdf)), que recebeu ressalvas apenas da representação dos Estados Unidos.

A resolução é relevante quando pede o acesso universal, oportuno, equitativo e justo a todos os produtos essenciais seguros, eficazes e acessíveis, incluindo seus componentes e precursores, necessários na resposta à pandemia como prioridade global. Ademais, defende a remoção urgente dos obstáculos injustificados a esse acesso, coerente com as disposições de tratados internacionais, incluindo o Acordo Trips e a saúde pública e as flexibilidades confirmadas pela Declaração de Doha sobre ele. Em artigo mais detalhado <sup>(9)</sup> comentamos as virtudes e omissões da resolução.

De janeiro a setembro, a OMS disponibilizou cerca de 165 guias técnicos e comunicações científicas (*scientific briefs*) sobre a COVID-19 (ver: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>), distribuídos em 16 grandes tópicos (ver: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>), que estão relacionados no quadro abaixo. Cada tópico contém um expressivo número de textos-guias-comunicações, com abordagens das múltiplas dimensões que cada um dos grandes tópicos admite, constituindo-se em acervo de inestimável valor para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19. É uma resposta robusta da OMS às necessidades de cooperação técnica internacional no enfrentamento da COVID-19.

#### **QUADRO I.** Guias técnicos da OMS para a COVID-19, por grandes tópicos

##### Guias técnicos da OMS para a COVID-19

Ações críticas de preparação, prontidão e resposta à COVID-19  
Coordenação, planejamento e monitoramento em nível de país  
Protocolos de sorologia e investigação precoce  
Comunicação de riscos e engajamento da comunidade  
Nomeação da doença coronavírus (COVID-19)  
Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos  
Cuidados clínicos  
Planejamento de recursos essenciais  
Origem do vírus/Redução da transmissão animal-humana  
Operações humanitárias, campos, refugiados/migrantes em não campos e outros ambientes frágeis  
Laboratórios Nacionais  
Prevenção e controle de infecções (WASH)  
Orientação para escolas, locais de trabalho & instituições  
Viagens, Pontos de Entrada e Saúde de Fronteiras  
Profissionais de saúde  
Manutenção dos sistemas e serviços essenciais de saúde

O mais importante e abrangente destes guias é o *Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS* <sup>(24)</sup>, de 2 de fevereiro de 2020, que descreve as medidas de saúde pública sobre as quais a comunidade internacional está pronta a fornecer para apoiar todos os países na preparação e resposta à COVID-19, atualizado em 14 de abril de 2020 <sup>(25)</sup>, e com um primeiro balanço <sup>(26)</sup> do período 1º de fevereiro a 30 de junho, publicado em 3 de agosto de 2020.

A OMS atualiza diariamente números e orientações sobre a pandemia, em transmissões pela UN-TV, da qual participam dirigentes e técnicos (ver: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>), além de garantir assistência técnica, enviar suprimentos necessários aos países mais frágeis, manter um acervo atualizado das mais de 70 mil publicações sobre COVID-19 já publicadas no mundo e um *dashboard online*, com atualização permanente para mundo, regiões e países (ver: <https://COVID19.who.int/>). No *OpenWHO Training* (ver: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/training/online-training>), mantém uma expressiva oferta de cursos para formação *on-line* em diversas dimensões do enfrentamento da pandemia.

Um fenômeno impressionante, que passou a preocupar as autoridades nacionais globais, foi a *infodemia* sobre a COVID-19 <sup>(27)</sup>, entendida como um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa.

A OMS desenvolve quatro iniciativas globais importantes sobre diagnósticos, vacinas e terapêuticas: o Estudo *Solidarity* <sup>(28)</sup>, para encontrar respostas rápidas sobre quais terapêuticas são as mais eficazes; o *Solidarity 2* <sup>(29)</sup>, um estudo sorológico global para melhor entender a pandemia; o “*ACT Accelerator*” <sup>(30)</sup>, e COVAX, que visa acelerar o desenvolvimento, produção e distribuição equitativa de vacinas, diagnósticos e terapêuticas; e o *COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)* <sup>(31)</sup>, que irá compilar os compromissos assumidos para compartilhar voluntariamente o conhecimento relacionado com a tecnologia da saúde COVID-19, propriedade intelectual e dados.

A conclusão a que se pode chegar, examinando esse conjunto impressionante de recursos desenvolvidos pela OMS para enfrentar a pandemia, é que se trata de uma resposta robusta e muito abrangente. Contudo, a efetividade de todas essas ações e iniciativas de diplomacia da saúde global só poderá ser analisada ao final da pandemia, e com estudos utilizando metodologias apropriadas e sensíveis ao que se quer auferir.

## 8. A RESPOSTA DA OPAS

Como a pandemia é um processo global, toda a ação regional é feita em estreita colaboração com a sede da organização em Genebra e, portanto, seria tedioso repetir as ações específicas regionais da Opas que são parte do relato anterior geral da OMS.

Contudo, vale ressaltar a realização, em meio à pandemia, da 58ª reunião anual (virtual) do Conselho Diretor da Opas, composto pelos Ministros de Estado da Saúde da região. O Conselho examinou o documento base preparado pelo secretariado <sup>(32)</sup>, que faz uma análise exaustiva da



situação da enfermidade na região; informa também exaustivamente sobre as diferentes medidas gerais e médicas adotadas e, reconhecendo fragilidades esperadas num processo complexo como de uma pandemia, define ações necessárias para melhorar a situação, concentrando-se em quatro linhas de ação complementares que se reforçariam mutuamente: a) Fortalecimento da liderança, reitoria e governança; b) Fortalecimento da informação epidemiológica; c) Fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de prestação de serviços; d) Fortalecimento das operações de reposta ante emergências e da cadeia de suprimentos.

Segundo o mesmo documento <sup>(32)</sup>, os 54 países e territórios da Região notificaram casos de COVID-19. As diversas medidas adotadas por eles para controlar a pandemia mostraram diversos graus de execução e êxito.

Sem ser exaustivo, mas apenas para exemplificar a importância de uma instituição de diplomacia da saúde e cooperação internacional para enfrentar pandemias, descrevemos o caso do diagnóstico da enfermidade: com o apoio da Opas, 34 países e territórios adotaram métodos de diagnóstico molecular para a detecção de SARS-CoV-2 em pelo menos um laboratório nacional de referência e de saúde pública; embora apenas 18 deles tenham capacidade de sequenciamento local, o sistema propicia a todos o acesso ao sequenciamento em laboratórios específicos fora do país; diante da dificuldade de aquisição de suprimentos para meios de diagnóstico *in vitro*, dificultada pela escassez de produtos no mercado, a Opas apoiou os países com suprimentos para realizar aproximadamente 4,9 milhões de reações ou testes e apoiou na compra de mais de 10 milhões de testes PCR pelo Fundo Rotatório Regional para Insumos Estratégicos de Saúde Pública.

Segundo a organização, os 35 Estados membros ativaram diversos mecanismos interseoriais de coordenação em resposta à pandemia de COVID-19, com a participação da liderança política do mais alto nível, incluídos funcionários de setores-chave, e a participação ativa dos governos e autoridades locais, assim como ativaram planos de gestão de crises e mecanismos de resposta a situações de emergência.

Na **Figura 1** abaixo, são apresentados alguns números publicados pela OPAS no apoio aos países, na qualidade de entidade central da diplomacia da saúde na região.



Fonte: OPAS (2020). COVID-19: Respuesta de la OPS. 31 de agosto 2020. Informe N0 23. Ver: <https://www.paho.org/es/tag/informes-situacion-COVID-19>. Acesso 2020 set 03.



O acesso do leitor ao site <https://www.paho.org/pt> permitirá conhecer em detalhes as amplas ações da organização quanto a recursos, orientações técnicas e materiais de comunicação em COVID-19.

## 9. A RESPOSTA NA AMÉRICA LATINA

A América Latina não é um todo homogêneo politicamente. Nem jamais foi. Em capítulo da Enciclopédia Oxford de Saúde Pública Global<sup>(33)</sup>, a qual remetemos o leitor interessado, tivemos a oportunidade de analisar mais detidamente a dimensão da saúde em alguns dos processos de integração latino-americanos. Neste artigo, vamos apresentar apenas sua resposta à pandemia de COVID-19, que pode ser complementada com o artigo de Tobar e Linger, no livro do Cris sobre a COVID-19<sup>(1)</sup>.

O multilateralismo em saúde na região está representado pela Opas – como braço de saúde do sistema interamericano. A Opas, criada em 1902, é a instância de governança de saúde em nível regional, na qual participam todos os Estados e Territórios das Américas e sua resposta já foi comentada no segmento anterior do artigo.

De 1960 a 1980, foram criadas diversas iniciativas de integração, com diferentes abrangências, composições e matizes, constituindo-se, melhor dito, em organizações intergovernamentais plurilaterais, entre as quais: 1) Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC); 2) Mercado Comum Centro-Americano, posteriormente Sistema de Integração Centro-Americano (Sica); 3) Comunidade Andina de Nações (CAN); 4) Associação Latino-Americana de Integração (Aladi); 5) Organismo do Tratado da Integração Amazônica (OTCA), e 6) Mercado Comum do Sul (Mercosur).

Os próximos parágrafos deste texto analisam as respostas de algumas destas entidades intergovernamentais plurilaterais.

A Comunidade de Estados da América Latina e do Caribe (Celac) é a iniciativa de integração mais recente e ampla da região. Embora não tenha uma área específica e estruturada de saúde, tem atuado diante de ameaças epidêmicas, como foram os casos dos vírus Ebola e Zika.

A Celac apresenta dificuldades para sua plena decolagem. Contudo, desenvolveu reuniões técnicas de monitoramento de COVID-19 nos meses de janeiro e fevereiro e, posteriormente, uma Reunião Ministerial sobre Assuntos de Saúde para a Atenção e Seguimento da Pandemia COVID-19, em 26 de março, com a participação de chanceleres, ministros e representantes de saúde de 30 países e a colaboração da Cepal, Segib, Caricom, Sela e Opas, além da Comissão Nacional de Saúde da China<sup>(34)</sup>.

Entretanto, não teve fôlego para estruturar uma agenda sub-regional de saúde eficaz, com ações comuns específicas contra a pandemia. Em 23 de julho, em encontro virtual dos chanceleres

da Celac com a China, o país asiático anunciou que teria disponível um empréstimo de US\$ 1 bilhão para acesso a vacinas e medicamentos.

Em 17 de agosto, a Celac realizou uma reunião virtual de Ministros das Relações Exteriores para tratar do Acesso da América Latina e do Caribe à Vacina Experimental para COVID-19<sup>(34)</sup>. Na ocasião, apresentou a Aliança para a Produção da Vacina SARS-COVID-19 para a América Latina, com a presença da Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Haiti, Nicarágua, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. O Ministro das Relações Exteriores do México mencionou duas questões orientadoras para uma frente regional contra a pandemia: 1) a Resolução que o México apresentou às Nações Unidas (Resolução A/RES/74/274, ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/274>) sobre cooperação internacional para garantir o acesso global a medicamentos, vacinas e equipes médicas para lidar com a COVID-19; e 2) a necessidade de modelos de cooperação multilateral para a produção e acesso a medicamentos para a região.

Diversas iniciativas também são observadas em outros blocos sub-regionais plurilaterais, com maior ou menor organicidade e graus de cumprimento dos acordos realizados.

O Sistema de Integração Centro-Americano (Sica) (<https://www.sica.int/>) desempenhou um papel importante na articulação dos países membros no enfrentamento da pandemia. Os Chefes de Estado aprovaram seu “*Plano de Contingência Regional para a América Central e a República Dominicana contra a COVID-19*” (ver: <https://www.sica.int/coronavirus/plan>), lançaram um Observatório Regional para COVID-19 (ver: <https://www.sica.int/coronavirus/observatorioSICACOVID19>), bem como mobilizaram fundos mobilizados para financiar as iniciativas. O Comisca (Conselho de Ministros de Centro-América) (ver: <https://www.sica.int/comisca/>) foi importante na implementação dos componentes sanitários do referido plano (ver: <http://comisca.net/content/COVID-19?Idm=1>), incluindo a realização de ‘*telementorias*’, seminários dedicados a aprofundar questões clínicas, terapêuticas, epidemiológicas e de saúde pública sobre a enfermidade e suas circunstâncias.

O Organismo Andino de Saúde – Oras/CONHU (<http://orasconhu.org/portal/>) conseguiu manter o vínculo entre os países da sub-região, por meio do intercâmbio de informações epidemiológicas e lições aprendidas sobre gestão de pandemias, diagnóstico laboratorial, impacto socioeconômico, saúde mental e outros aspectos relativos à COVID-19, mas não conseguiu estabelecer um plano de ação comum, muito provavelmente pelas dissenções políticas e ideológicas entre os governos atuais dos Estados membros. Webinars sobre temas relacionados com a enfermidade e suas circunstâncias vêm sendo desenvolvidos no âmbito do Oras.

As condições de saúde dos povos indígenas amazônicos são precárias, tornando-os altamente vulneráveis a ‘doenças tropicais’ e à COVID 19 em particular. Existem muitos fatores que promovem o surgimento e disseminação de doenças zoonóticas e potencialmente pandêmicas, como a poluição dos rios por mercúrio e a caça ilegal. A Organização do Tratado da Cooperação

Amazônica (OTCA) (<http://www.otca-oficial.info/home>), formada pelos oito países que compartilham a ‘*cuenca amazônica*’, em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), retomou sua atuação por meio do “*Plano de Contingência para a Proteção da Saúde em Povos Indígenas altamente vulneráveis e em contato inicial*” (ver: <http://www.otca-oficial.info/news/details/946>). O Plano prioriza a área de fronteira dos países amazônicos, a análise da situação de saúde das populações indígenas e o fortalecimento das capacidades de resposta dos serviços de saúde e gestão da informação, em particular à COVID-19, fortalecendo os atores locais.

Após algumas tensões entre os presidentes da Argentina e do Brasil, o Mercosul (<https://www.mercosur.int/pt-br/>) convocou uma reunião virtual extraordinária em março de 2020, na qual os presidentes assinaram uma Declaração<sup>(37)</sup> que destina US\$ 16 milhões do Fundo para a Convergência Estrutural do Mercosul (FOCEM) para o combate coordenado pelas autoridades nacionais dos quatro Estados partes contra a COVID-19. Os Ministros da Saúde do Mercosul emitiram uma Declaração da XLVI Reunião<sup>(38)</sup>, mas até o momento ela não se traduziu em linhas de ação efetivas.

Desde o início da difusão do SARS-CoV-2 nas Américas, os diversos órgãos da Organização dos Estados Americanos (OEA) (<http://www.oas.org/pt/default.asp>) adotaram resoluções, emitiram dezenas de comunicados, diretrizes e orientações, organizaram dezenas de seminários virtuais; criaram repositórios de boas práticas e acompanhamento das respostas dos Estados membros, *inter alia*, com o objetivo de apoiar os países na implementação de respostas e políticas públicas inclusivas e acessíveis, com enfoque nos direitos humanos. Bermudez analisa amplamente a resposta da OEA em capítulo de livro organizado pelo autor deste capítulo, recentemente publicado em formato virtual<sup>(1)</sup>, ao qual remetemos o leitor para completar sua visão sobre o tema na organização líder do chamado sistema interamericano.

A Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal) (<https://www.cepal.org/es>) desenvolveu intensa atividade em relação à COVID-19, elaborando relatórios, documentos e seminários virtuais sobre a pandemia, estimulando a cooperação e o intercâmbio entre os países da ALC, além de liderar, por vezes, o diálogo com a governança global para enfrentar a doença.

A orientação comum a todos os eventos e relatórios da Cepal é que será necessário transformar o modelo de desenvolvimento da região para enfrentar um cenário de longa pandemia e para os tempos pós-pandêmicos. Um exemplo disso é o relatório de política sobre os efeitos da COVID-19 na região<sup>(39)</sup>, elaborado em conjunto pela Cepal e o secretário-geral das Nações Unidas.

Além disso, produziu, ao longo de 2020 até aqui, oito relatórios especiais sobre a evolução e os efeitos da pandemia na região, atualizando as análises econômicas e sociais à medida que surgiam informações relevantes e culminando com recomendações de políticas (ver: <https://www.cepal.org/es/temas/COVID-19>).

As iniciativas da Cepal no interior do sistema das Nações Unidas, em conjunto com diversas de suas agências, também foram importantes. Juntas, a entidade e a Unesco lançaram

um relatório que torna visíveis as consequências e as medidas tomadas pelos sistemas educacionais da região perante a crise da COVID-19. Associado à Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), promoveu um diálogo com agências de propostas de investimentos da região sobre como o novo cenário internacional pode afetar os esforços de atração de investimento estrangeiro direto (IED). Com a regional latino-americana ONU Mulheres, lançou um documento conjunto, no qual exortam os governos da região a fortalecer as políticas de atenção, a partir de um enfoque sistêmico e integral, incorporando todas as populações que requerem atenção e gerando sinergias com as políticas econômicas e de emprego, saúde, educação e proteção social.

Com a Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO), a Cepal lançou relatório sobre como evitar que a crise da COVID-19 se transforme em uma crise alimentar. Associada à Organização Internacional do Trabalho (OIT), lançou um relatório sobre a situação do trabalho na América Latina, no contexto da COVID-19.

Em seu esforço de ser instrumento e protagonista no diálogo com a governança regional da América Latina e a governança global, a Cepal articulou diversos espaços políticos regionais e globais, com publicações ou mensagens sobre temas tão diversos, como: rumo a uma globalização mais democrática, um novo paradigma de desenvolvimento reconhecendo a interdependência social, ambiental e econômica; reafirmando a centralidade dos direitos humanos dos migrantes no desenvolvimento sustentável; os desafios da política fiscal na mitigação da pandemia e subsequente reativação econômica; enfrentar o impacto da pandemia nos mercados de trabalho latino-americanos; reforçar e expandir os esquemas de integração produtiva regional, entre outros.

A abordagem multidimensional da COVID-19 e de seus desdobramentos econômicos, sociais, políticos, ambientais e, por último, a integração regional, ambas as propostas promovidas pela Cepal e pela Opas são, em nossa opinião, o caminho a seguir na região para o enfrentamento da pandemia e do período pós-pandêmico.

## **10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A descrição e a análise dos processos de enfrentamento da pandemia COVID-19, em nível global e regional na América Latina, demonstram a fragilidade do multilateralismo, após 75 anos de existência das Nações Unidas.

Para enfrentar uma pandemia, hoje mais bem caracterizada como uma ‘sindemia’<sup>(40)</sup>, precisam ser acionadas ações de saúde pública adequadas, mas também ações intersetoriais e intergovernamentais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, da redução das inequidades em saúde e das questões ambientais subjacentes, claramente esboçadas, em última análise, como ‘causas das causas’ da sindemia pandêmica.

No plano global, os caminhos estão ainda sendo traçados, com a elevada taxa de transmissão e o surgimento do que parece ser uma ‘segunda onda’ em alguns países europeus e a convivência de epidemias em diversos estágios ao redor do globo.

Nesse sentido, os diversos órgãos das Nações Unidas e seus Estados membros, em todas as instâncias, precisam transformar em ações concretas as posições ainda retóricas de suas declarações. A paralisação no progresso da implementação da Agenda 2020 e seus ODS precisa ser superada com as ações firmes que se propõem nos documentos da SG-ONU, da Assembleia Geral das Nações Unidas e dos seus Ecosoc e CDHNU, que oferecem como saída pós-pandêmica a retomada da Agenda 2030 em sua plenitude.

Seguramente, pela condução firme demonstrada até aqui, a OMS deve ser valorizada no seu papel reitor da condução global da resposta à pandemia no campo da saúde, suas recomendações adotadas e seu financiamento recomposto, inclusive no tocante ao financiamento das pesquisas e da produção de recursos diagnósticos, e agentes farmacológicos e vacinais.

Os altos números de casos e óbitos que ainda se verificam nas Américas, que mantêm a região como epicentro mundial da pandemia, precisam ser enfrentados com o que até agora foi incerto: políticas nacionais de vigilância e controle entre as esferas governamentais e intersetoriais no interior de cada país e a retomada imediata de um plurilateralismo que já teve seus dias de glória, mas hoje vive uma paralisia, quando não um evidente retrocesso.

Pelo seu gigantismo em todos os aspectos, o Brasil precisa retomar sua política externa assertiva em todos os âmbitos, incluindo na América Latina, onde, sem nosso país, as relações internacionais dificilmente progredirão de forma adequada no enfrentamento da sindemia vigente.

## REFERÊNCIAS

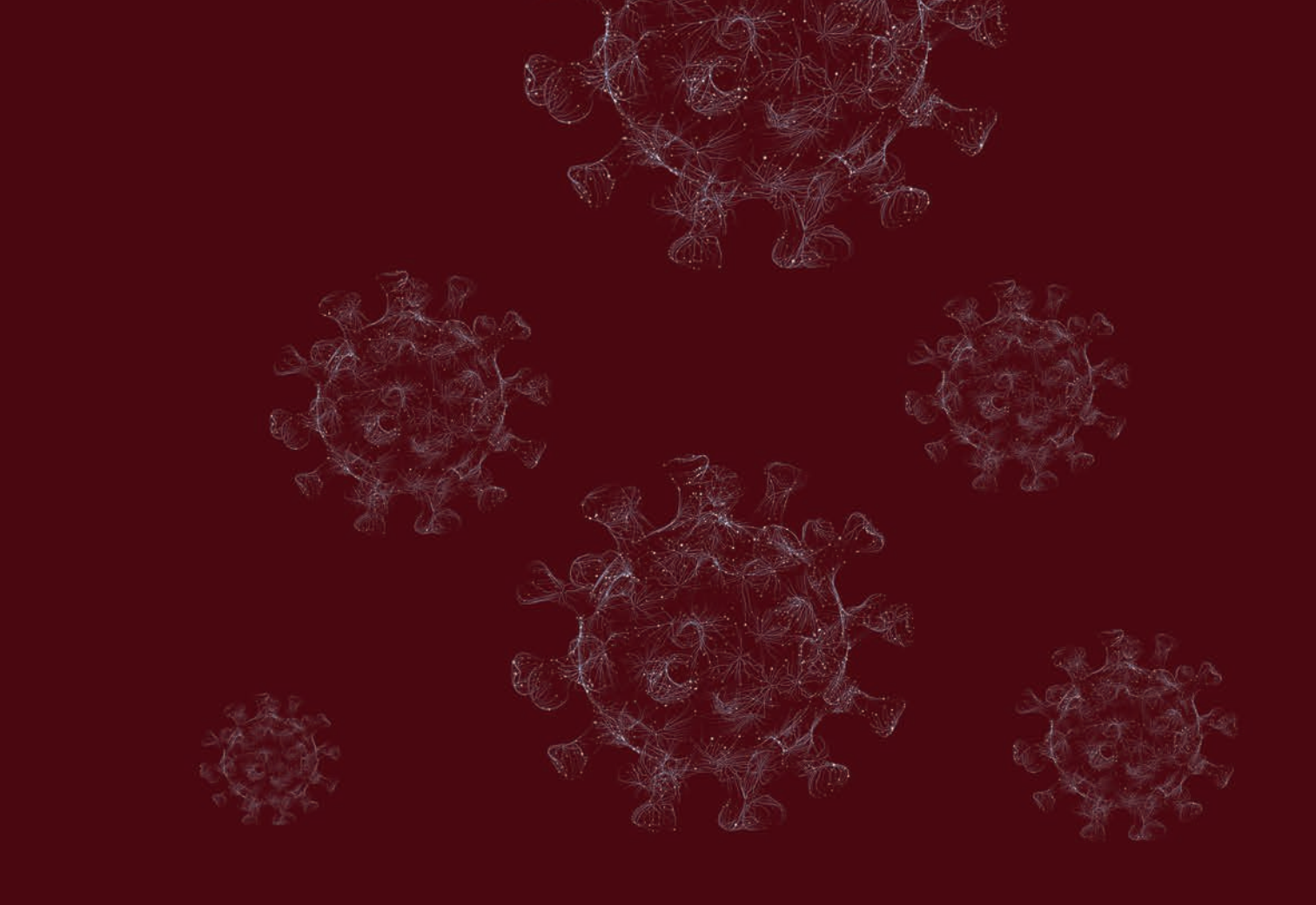
1. Buss PM, Fonseca LE, organizadores. Diplomacia da saúde e COVID-19: reflexões à meio do caminho. Editora Fiocruz; 2020 (no prelo).
2. Alcazar S, Galvão LA, Buss PM. 75ª Assembleia das Nações Unidas e Conselho de Direitos Humanos da ONU em tempos de COVID-19. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 07 out 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1260>.
3. Galvão LA, Alcazar S, Buss PM. 75ª Assembleia das Nações Unidas: clima, biodiversidade, multilateralismo e pandemia. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 07 out 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1259>.
4. Alcazar S, Buss PM. Conselho de Direitos Humanos da ONU: mais Estado e equidade para enfrentar a pandemia. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 04 ago 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Conselho-de-Direitos-Humanos-da-ONU-mais-Estado-e-equidade-para-enfrentar-a-pandemia>.
5. Buss PM, Alcazar S. Conselho Econômico e Social da ONU (Ecosoc) de 2020: esperança ou fracasso? Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 28 jul 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1224>.
6. Buss PM, Alcazar S, Galvão LA. Pandemia pela COVID-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 14 jul 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Pandemia-pela-COVID-19-e-multilateralismo-reflexoes-a-meio-do-caminho>.
7. Buss PM, Alcazar S. Por que Trump rompeu com a OMS? Le Monde Diplomatique [Internet]. 8 jun 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/por-que-trump-rompeu-com-a-oms/>.
8. Buss PM, Galvão LA. Assembleia Mundial da Saúde: equidade na resposta à pandemia? Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 21 maio 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1183>.
9. Buss PM. Fechar fronteiras e excluir territórios não é solução, hora é de ajuda mútua na América do Sul. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 30 mar 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1146>.
10. Buss PM, Galvão LA. Bem-estar para todos na agenda da Saúde das Américas. Centro de Estudos Estratégicos blog [Internet]. 08 out 2019 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1056>.

11. Buss PM, Alcazar S, Galvão LA. Pandemia pela COVID-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estud. Av.* 34 (99):45-64, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/s01034014.2020.3499.004>.
12. Lee K, Smith, R. What is ‘Global Health Diplomacy’? A Conceptual Review. *Global Health Governance* [Internet]. 2011 [acesso 2020 out 10];5(1):1-12. Disponível em: <http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee-and-Smith-What-is-Global-Health-Diplomacy-Fall-2011.pdf>.
13. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS* [Internet]. 2010 [acesso 2020 out 10]; 4(1):93-105. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/710/1355>.
14. Porta M, editor. *A dictionary of epidemiology*, 5th edition [Internet]. New York: Oxford University Press; 2014 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref=9780195314496--e1373-?rskeyLWgh4s&result=1372>.
15. World Health Organization. Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>.
16. Cueto M, Brown TM, Fee E. *The World Health Organization: A history*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
17. United Nations. Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-COVID19.pdf>.
18. United Nations. United Nations Comprehensive Response to COVID-19 Saving Lives, Protecting Societies, Recovering Better [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-comprehensive-response-to-COVID-19.pdf>.
19. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf).
20. World Health Organization. Astana Declaration [Internet]. 2018 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/Primary-Health/Declaration/gcphc-Declaration.pdf>.
21. Buss PM, et al. Astana: uma conferência para se ler de trás para frente [Internet]. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz; 2018 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Astana-uma-conferencia-para-se-ler-de-tras-para-frente>.



22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional – RSI [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2005 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>.
23. Almeida C, Campos, RP. Multilateralismo, ordem mundial e COVID-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS. Saúde debate [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1115/1686>.
24. World Health Organization. Strategic preparedness and response plan [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.
25. World Health Organization. COVID-19 Strategy Update [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/COVID-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0\\_19&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/COVID-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true).
26. World Health Organization. COVID-19 Preparedness and Response Progress [Internet] 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-COVID-19-preparedness-and-response-progress-report--1-february-to-30-june-2020>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf?sequence=14](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14).
28. World Health Organization. Solidarity clinical trial for COVID-19 treatments [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-COVID-19-treatments>.
29. World Health Organization. “Solidarity II” global serologic study for COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-2-global-serologic-study-for-COVID-19>.
30. World Health Organization. Accelerating a safe and effective COVID-19 vaccine [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/accelerating-a-safe-and-effective-COVID-19-vaccine>.
31. World Health Organization. COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/COVID-19-technology-access-pool>.

32. Organização Pan-Americana da Saúde. CD58/6 - Pandemia de COVID-19 na Região das Américas [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd586-pandemia-COVID-19-na-regiao-das-americas>.
33. Buss P, Tobar S. Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health [Internet]. 26 abr 2018 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24?rskey=B18vVj&result=3>.
34. Pérez EG, Hernández HG. (2020). La unidad regional ante la crisis del COVID-19. CELAC [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <http://revistafal.com/celac-la-unidad-regional-ante-la-crisis-del-COVID-19/>.
35. México. México presente en la alianza internacional para el desarrollo, producción y distribución de la vacuna contra COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-presente-en-la-alianza-internacional-para-el-desarrollo-produccion-y-distribucion-de-la-vacuna-contra-COVID-19>.
36. Organismo Andino de Salud. COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <http://orasconhu.org/portal/node/596>.
37. Mercosul. Declaración de los Presidentes del Mercosur sobre la Coordinación Regional para la Contención y Mitigación del Coronavirus y su impacto” [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.mercosur.int/documento/declaracion-de-los-presidentes-del-mercosur-COVID19/>.
38. Mercosur. Declaración de la XLVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR (virtual), [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7875>.
39. United Nations-CEPAL . El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_COVID\\_lac\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_COVID_lac_spanish.pdf).
40. Horton R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]; 936(10255) Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>.



A Coleção COVID-19 persegue o desafio de apresentar questões relevantes para o debate e o aprendizado acerca da crise sanitária pandêmica, que assola todo o planeta, desde dezembro de 2019. Da Coleção COVID-19, o volume 1 – Principais Elementos – reúne interpretações sobre o conteúdo fundamental relativo à pandemia e seu controle. Aborda temáticas acerca do desenvolvimento humano, desigualdades econômicas, alicerces democráticos, participação e a relação entre os poderes instituídos. Os textos possuem o condão de registrar fatos e evidências, a partir de pontos de vista de profissionais de vários campos do saber, conforme momento histórico vivenciado até novembro de 2020 e que, espera-se, possam contribuir para a compreensão e a análise da crise sanitária mais severa do último século.