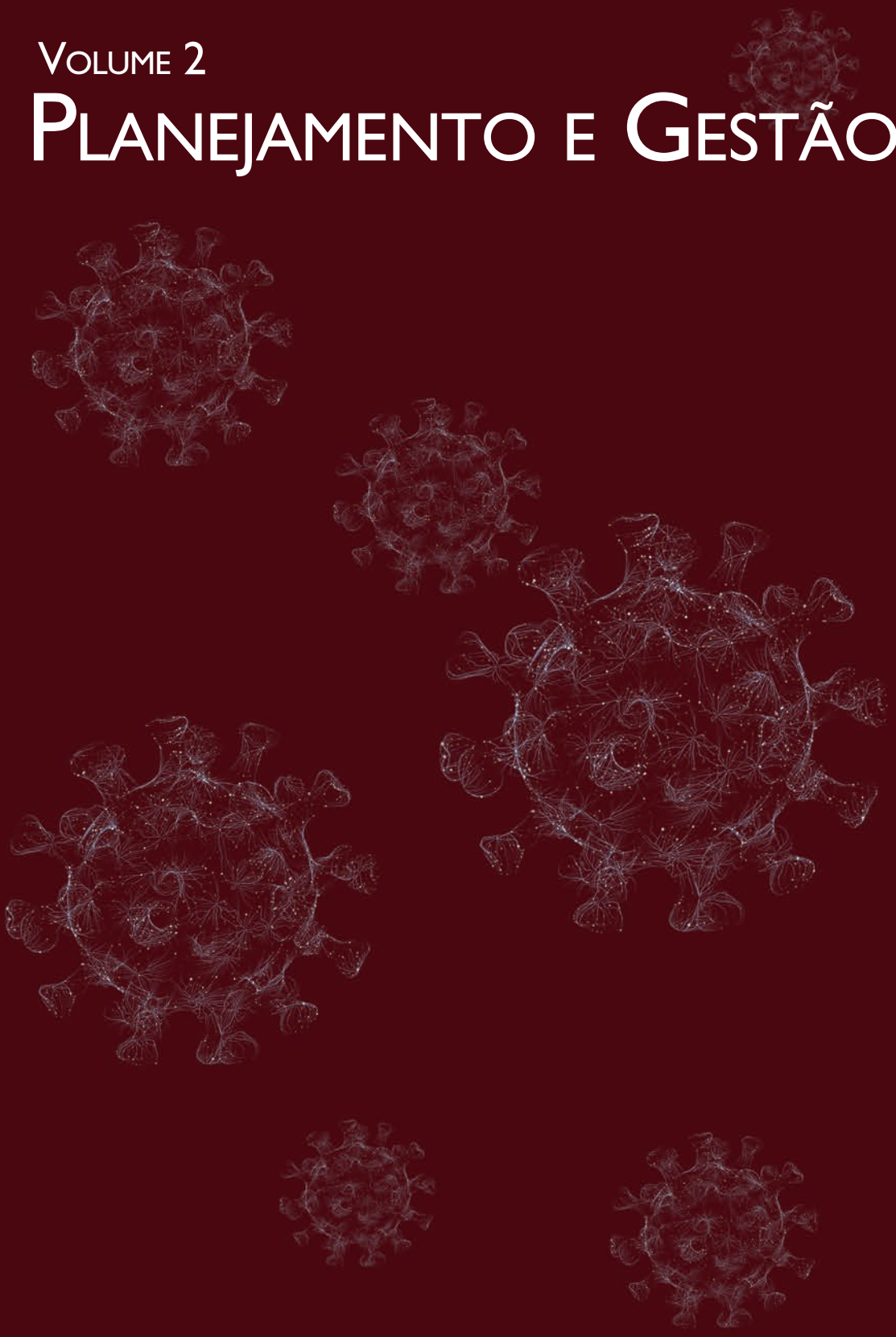
VOLUME 2

PLANEJAMENTO E GESTÃO

COVID-19



Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Coleção COVID-19

Volume 2

Planejamento e Gestão

© 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.

Coleção COVID-19

Brasília, janeiro de 2021.

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

P712 Planejamento e gestão / Organizadores Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.
342 p. – (Coleção Covid-19; v. 2)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-10-2

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

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Coleção COVID-19

Volume 2

Planejamento e Gestão

Brasília
2021

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 Assessoria 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

Assessoria Jurídica

Alethele de Oliveira Santos

Assessoria Parlamentar

Leonardo Moura Vilela

Assessoria de Comunicação Social

Adriane Cruz
Lígia Formenti
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

Assessoria Técnica

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 2 – PLANEJAMENTO E GESTÃO

Alex Ricardo Martins
Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho
Ana Maria Malik
Ana Paula Neves Marques de Pinho
Ângela Ferreira Gomes
Arthur Chioro
Benjamin Zymler
Bernardete Weber
Clara Sette Whitaker Ferreira
Eliana Dourado
Everton Soeiro
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior
Fábio Gregory
Francisco Sérgio Maia Alves
Gilson Caleman
Humberto Lucena Pereira da Fonseca
Ivan Zimmermann
Jairo Bisol
João Pedro Gebran Neto
José Maurício de Oliveira
Juliane Aparecida Alves
Lena Vânia Carneiro Peres
Ligia Bahia
Luis C. L. Correia
Luiz Fernando Li ma Reis
Maria Emi Shimazaki
Maria Fatima Marinho
Mário Scheffer
Miguel A. L. Nicolelis
Rafael Saad Fernandez
Rasível dos Reis Santos
René José Moreira dos Santos
Renilson Rehem
Tereza Cristina Lins Amaral
Vânia Rodrigues Bezerra
Welfane Cordeiro Júnior
Wilma Madeira Silva
Yuri Sahione Pugliese

SUMÁRIO

VOLUME 2 – PLANEJAMENTO E GESTÃO

COVID-19: INCERTEZA, RACIONALIDADE E EVIDÊNCIAS 12
Luis C. L. Correia

PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: VISÃO SISTÊMICA E COOPERAÇÃO PARA ENFRENTAR OS EFEITOS DA PANDEMIA 28
Ana Maria Malik

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM TEMPOS DE CRISE 40
Gilson Caleman, Wilma Madeira Silva, Ângela Ferreira Gomes, Ana Paula Neves Marques de Pinho, Lena Vânia Carneiro Peres, Clara Sette Whitaker Ferreira

GOVERNANÇA E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ENTRE MARÇO E JUNHO DE 2020 52
Benjamin Zymler, Francisco Sérgio Maia Alves

O IMPACTO DA REGIONALIZAÇÃO NA RESPOSTA À PANDEMIA DA COVID-19 66
Maria Emi Shimazaki

A IMPORTÂNCIA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA IMPLANTAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 78
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

O PAPEL DA REVISÃO RÁPIDA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 94
Ivan Zimmermann

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS SOBRE SG, SRAG E COVID-19: SIM, SIVEP-GRIPE E CARTÓRIOS DE REGISTRO CIVIL 112
Maria Fatima Marinho

O COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS (C4) DO CONSÓRCIO NORDESTE E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL 126
Miguel A. L. Nicolelis

COMPATIBILIDADE DOS PLANOS – ESTADUAL E DE CONTINGÊNCIA – NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19 146
Lena Vânia Carneiro Peres, Gilson Caleman, Wilma Madeira Silva, Ana Paula Neves Marques de Pinho, Clara Sette Whitaker Ferreira

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA AUXILIAR EM DECISÕES SOBRE COVID-19 162
Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho

DECISÕES DE GESTÃO: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM REDE NA PANDEMIA DE COVID-19 174
Arthur Chioro

HABILITAÇÃO TEMPORÁRIA DE LEITOS DE UTI NO SUS: UMA MEDIDA ESTRATÉGICA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL 200
Tereza Cristina Lins Amaral, Juliane Aparecida Alves, Eliana Dourado

AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS EM TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19 216
Alex Ricardo Martins, Everton Soeiro, Fábio Gregory, José Maurício de Oliveira, Luiz Fernando Lima Reis, Rafael Saad Fernandez, Rasível dos Reis Santos, Vânia Rodrigues Bezerra, Welfane Cordeiro Júnior

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19 228
Renilson Rehem

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 244
René José Moreira dos Santos

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL 256
Mário Scheffer, Ligia Bahia

O PAPEL DO PROADI PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS 272
Bernardete Weber

COMPLIANCE E *ACCOUNTABILITY* NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 282
Yuri Sahione Pugliese

GESTÃO E CONTROLE DA SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PANDEMIA 296
Humberto Lucena Pereira da Fonseca

DESAFIOS DA GESTÃO EM TEMPOS DE COVID-19: ESCOLHAS ENTRE O IDEAL E O POSSÍVEL 314
João Pedro Gebran Neto

O CALVÁRIO DO GESTOR: RESPONSABILIDADE SANITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA 330
Jairo Bisol

APRESENTAÇÃO
VOLUME 2 – PLANEJAMENTO E GESTÃO

A pandemia, mais evidente no Brasil a partir de março de 2021, requereu dos entes que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) diferentes esforços, seja no âmbito do planejamento, da gestão, da alocação orçamentária e financeira e respectiva execução. Na Coleção COVID-19, o **Livro 2 – Planejamento e Gestão** - está dedicado aos dados, análises e considerações de diferentes aspectos relacionados a esse tema.

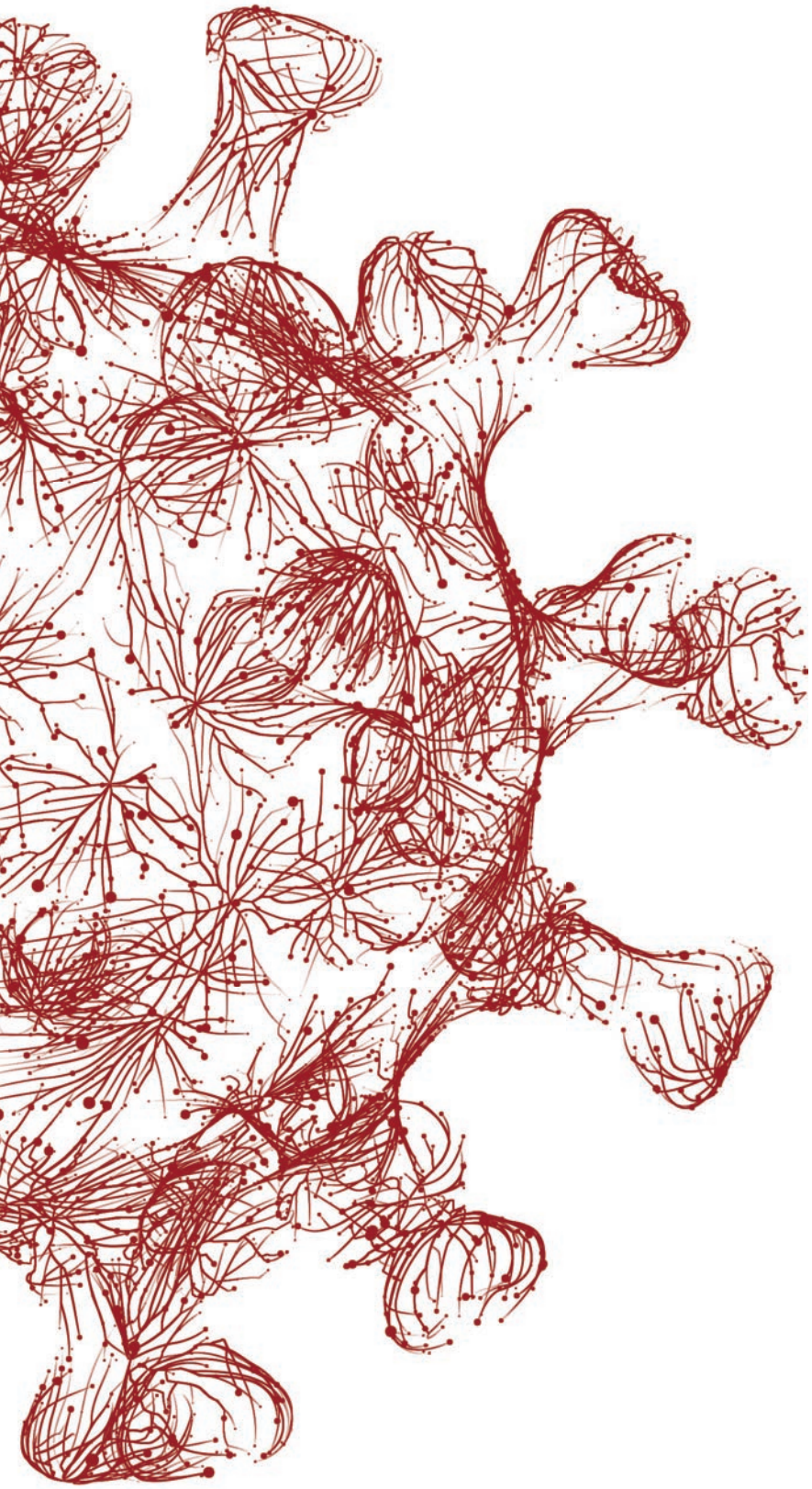
Por contar com enfoques de especialistas dos campos das ciências sociais, biológicas e pesquisa clínica apresenta, na partida, textos que relacionam incertezas, tempestividade e a tomada de decisão, num sistema de saúde formado, ao mesmo tempo, por entes autônomos e interdependentes. Busca apresentar conceitos e práticas sobre o planejamento global, situacional e regionalizado no campo da saúde pública.

As análises também consideram a adoção das medidas não farmacológicas, os diferentes sistemas nacionais de dados, a inteligência artificial, as revisões rápidas, os comitês científicos, os instrumentos de planejamento e sua necessária adaptação à realidade, à luz das evidências disponíveis a cada momento e compatíveis às diferentes realidades e territórios.

Detém-se, no âmbito da gestão hospitalar, aos dados e análises sobre os leitos específicos para a COVID-19, bem como a conjugação de esforços nas estratégias de gerenciamento, a partir das parcerias público-privadas, organizações sociais, consórcios, Proadi-SUS, sob premissas aplicáveis ao SUS e aos planos e seguros de saúde. Os textos aqui compilados também põem no palco os debates relativos aos controles e os desafios da gestão, que caminhou – e ainda caminha – entre a conformidade processual e a pressa responsável.

A argumentação dos autores, sustentada na ciência e na avaliação crítica, foi mantida *in totum*, mesmo que porventura contrária aos posicionamentos do Conass. Que a leitura densa dos textos que compõem o presente livro seja capaz de motivar debates capazes de qualificar ainda mais a gestão do SUS.

Carlos Lula
Presidente do Conass



COVID-19: INCERTEZA, RACIONALIDADE E EVIDÊNCIAS

Luis C. L. Correia[1]

Resumo: Neste capítulo, abordam-se três focos de incertezas provocadas pela pandemia da COVID-19. A incapacidade da sociedade em lidar com estas incertezas da maneira racional promoveu, e ainda promove, controvérsias e polarizações improdutivas. A solução para essa questão é evolução cognitiva no sentido da racionalidade científica. Antes de discutir tópicos específicos, precisa-se alinhar o modelo mental quantos aos conceitos de racionalidade. A incerteza quanto à importância da epidemia, mais prevalente nos primeiros meses do fenômeno, ainda se faz presente dentro de alguns grupos. Argumenta-se que essa questão poderia ser equacionada pela diferenciação entre os paradigmas individual e populacional. Quanto à efetividade de medidas de controle da pandemia, muitos questionamentos se originam do desconhecimento sobre o princípio da plausibilidade extrema e pela inabilidade em diferenciar fenômenos isolados de fenômenos sistêmicos, de caráter exponencial. Finalmente, quanto ao tratamento de pacientes com COVID-19, equívocos de pensamento decorrem da falta de percepção de que um indivíduo cuja doença decorreu de uma pandemia pertence ao paradigma clínico, e não ao paradigma populacional. Explica-se o racional dessas soluções cognitivas ao longo deste capítulo.

Palavras-chave: COVID-19. Fenômenos contagiosos. Paradigma individual e populacional. Racionalidade científica.

1 Doutor e Livre-docente em Cardiologia. Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Diretor do Centro de Medicina Baseada em Evidências – Bahiana. Editor-chefe do Journal of Evidence Based Healthcare. Membro Titular das Academias de Medicina e Ciência da Bahia.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/2Xo3alf

1. INTRODUÇÃO

Oito meses passados do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, após 5 milhões de doentes notificados e 150 mil mortes [1], apresentaremos neste texto uma reflexão retrospectiva de como lidamos com as incertezas que nos acometeram ao longo deste caminho que atravessamos, sem saber quando chegaremos ao final. O que vivemos representa uma oportunidade única de subirmos mais um degrau na evolução cognitiva da sociedade brasileira e global.

Incertezas ou ausência de evidências têm sido, em grande parte, tratadas de forma equivocada, demonstrando que, enquanto sociedade, necessitamos evoluir no que diz respeito ao pensamento científico. Não se trata de "defender a ciência", mas, principalmente de nos fazer entender o que é racionalidade científica e como utilizá-la nas perspectivas pragmática e epistemológica.

Foram três as principais incertezas referentes a esta pandemia, que usarei aqui como ganchos para discutir racionalidade científica em um sentido amplo. Primeiro, qual viria a ser o impacto mundial daquela epidemia que se iniciara na China? Segundo, notando-se o caráter pandêmico do novo coronavírus, para o qual não tínhamos evidências prévias, como proceder com medidas de mitigação do contágio? Terceiro, como tratar pacientes acometidos por esta doença nova na ausência de ensaios clínicos para tratamento específico?

Como base do pensamento, vale salientar que incerteza não é um defeito do universo, na verdade, incerteza é a principal lei do universo. Cabe à sociedade desenvolver princípios de racionalidade que passam por saber diferenciar quando evidências empíricas são necessárias ou quando o melhor caminho probabilístico pode ser traçado na ausência de evidências.

2. A INCERTEZA QUANTO À GRAVIDADE DO PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO

O conceito de medicina baseada em evidências é tradicionalmente individual. Evidências científicas servem de norte para um processo de decisão alinhado com a individualidade clínica e preferências do paciente. O paradigma parte do geral (conceito científico) para o específico (decisão individual). Esse paradigma se estruturou ao longo do último século, dando origem à forma contemporânea de pensar medicina, baseada em ciência e probabilidades clínicas. Vínhamos neste processo evolutivo, reformulando a habilidade do pensamento e a atitude médica na tomada de decisão, quando fomos surpreendidos: a população se tornou nosso paciente.

Em uma era em que o médico se acostumava a racionalizar cientificamente em prol do paciente, fomos surpreendidos com a necessidade de migrar do pensamento clínico, de padrão individual, para o pensamento populacional, de padrão sistêmico e escalável.

No paradigma individual, diante da incerteza, encontramos a melhor solução com base nas probabilidades de eventos comuns, calculadas a partir da curva de distribuição normal.

No paradigma populacional, não há um denominador de muitos sujeitos para que a probabilidade de benefício seja calculada. O sujeito é a população, única, como se apenas houvesse um doente. O pensamento probabilístico cede lugar ao impacto do evento. Eventos populacionais tendem a impactos sistêmicos e escaláveis.

2.1 DISTRIBUIÇÃO NORMAL *VERSUS* DISTRIBUIÇÃO DA CAUDA GORDA

O pensamento médico e epidemiológico tradicional é baseado na curva normal. O padrão de nossa vida clínica são eventos comuns, medianos, representados pela área mais central abaixo da curva normal (*Gaussiana*). Saindo da área central, essa curva normal sofre um declínio abrupto, de forma que os eventos menos comuns são muito incomuns, extremamente raros, representados pelas caudas estreitas.

Imaginem a distribuição normal da estatura. A média da população é 1,67 metros. Se somarmos 10 cm, 1 em 6 pessoas terão altura > 1,77 metros. Se distanciamos 20 cm da média, a probabilidade cai para 1 em 44 de ter uma altura > 1,87 metros. Agora, se somarmos apenas mais 10 cm, a probabilidade de um indivíduo ter uma altura > 1,97 metros cai para 1 em 740. A cada 10 cm a mais, a probabilidade cai de 1 em 6, para 1 em 44, para 1 em 740. E se somarmos mais 10 cm, é quase impossível uma pessoa ter 40 cm a mais que a média (> 2,07 metros): 1 em 32 mil. Os valores até 20 cm da média são possíveis, mas, a partir deste ponto, a redução de probabilidade é abrupta e imensa, tornando os eventos muito raros (caudas estreitas).

Parafraseando o filósofo Nassim Taleb [2], vivemos no "mediocristão": lidamos com eventos comuns, sem necessidade de preocupação com eventos menos comuns, pois estes são muito raros, pertencentes às caudas estreitas da curva normal. Nosso mediocristão é constituído do comum nos infartos, cânceres ou epidemias, como influenza e dengue. Assim vivem médicos e epidemiologistas.

Por outro lado, estamos aprendendo que, no paradigma populacional, deve prevalecer a distribuição da cauda gorda e de eventos escaláveis. Embora menos prováveis que eventos cotidianos que ficam na parte central da curva, os extremos dessa distribuição não são improváveis. Isto ocorre porque o tempo de vida de uma população é tão grande que a probabilidade de um evento raro ocorrer em algum momento da história também é grande: terremotos, pandemias, *tsunamis*, atentado de 11 de setembro.

A curva de cauda gorda indica que esses eventos são menos frequentes que o usual, mas a probabilidade de eles virem a ocorrer não é baixa. Portanto, do ponto de vista populacional, devemos estar atentos a essa probabilidade. Em segundo lugar, eventos populacionais possuem consequências escaláveis, são muito mais impactantes do que uma conduta médica que deixou de prevenir a consequências do câncer de um doente.

Explicando melhor a lógica das curvas, a cauda é gorda, pois a probabilidade dos eventos representados pelas caudas é maior do que na curva normal, de cauda magra.

O conceito de *overuse* exemplifica a importância da dicotomia dos paradigmas. O paradigma *menos é mais,* que é o racional do movimento *choosing wisely* [3], deve prevalecer na dimensão individual de um médico que discute com um paciente o quanto seria apropriado o rastreamento de um câncer como o de próstata. Nesse caso, usamos o conceito de *overdiagnosis ou overtratamento,* tentando evitar atitudes precoces antes do indivíduo estar vivendo as consequências da doença.

Se seguíssemos esse modelo mental, entrar com medidas de distanciamento antes da epidemia se alastrar representaria um *overtratamento*. No entanto, no aspecto populacional, catástrofes estão na cauda gorda (menos improváveis) e possuem consequências escaláveis. Por esses dois motivos, o *princípio da precaução d*eve prevalecer quando "nosso paciente é a população". Percebam que giramos a chave do pensamento.

2.2 A FALTA DO MODELO MENTAL ESCALÁVEL

A tardia reação da comunidade médica e institutos epidemiológicos à epidemia do novo coronavírus evidenciou que o modelo mental da cauda gorda não ocupava o espaço que merecia no intelecto desses especialistas. Probabilisticamente, não estávamos errados em prever um cenário mais favorável, pois o risco do cisne negro (evento raro) era menor do que o risco do cisne branco (um evento usual). O erro foi usar o pensamento probabilístico da cauda estreita para um evento de impacto escalável.

Não estávamos sozinhos no erro de predição. Toda a comunidade ocidental tardou a reagir, fazendo de fevereiro o "mês perdido" no controle da epidemia. Iniciar as medidas em março tornou o controle mais difícil.

É fácil analisar retrospectivamente, portanto minha reflexão não é de culpabilidade. De fato, alguns avançaram a possibilidade de que a então epidemia se tornasse algo mais sério, porém apenas dentro da leveza do campo hipotético, que não gera ações suficientemente precoces.

A limitação está no costume da mente médica, de lidar apenas com fenômenos usuais, regidos pela curva normal. Enquanto toda nossa experiência foi acumulada no mediocristão, pela primeira vez em décadas, o extremistão, o mundo da cauda gorda, apresentou-nos um evento médico.

O que nos pareceu imprevisível não era imprevisível para aqueles de modelo mental da cauda gorda: Bill Gates nos preveniu desta ocorrência em 2015 [4], e Nassim Taleb publicou, em 26 de janeiro de 2020, que este poderia ser um evento de consequências exponenciais [5]. Nenhum dos dois é médico ou epidemiologista. A própria história profissional do primeiro é um evento escalável. O segundo veio do mercado financeiro, um ambiente que acumula eventos extremos de tempos em tempos.

3. A INCERTEZA QUANTO A MEDIDAS DE CONTROLE DA PANDEMIA

A verdadeira sofisticação do processo de decisão depende do entendimento de "evidências" em sentido amplo. A mais importante evidência é a que demonstra racionalidade do processo de decisão. Muitas vezes, essa racionalidade depende da presença de evidências empíricas (experimentais) específicas; outras vezes, a racionalidade depende do entendimento de que evidências empíricas são desnecessárias.

Ao entrar nesse assunto, levanta-se o risco de que esses argumentos sejam sequestrados para outros justificarem condutas cujos dados empíricos se fazem essenciais.

Por outro lado, o risco é maior quando optamos por abrir mão da racionalidade em prol da *evidenciomania*. O culto não pode ser da evidência, esta é um meio para obter o fim. O culto deve ser à racionalidade, este é o fim.

Ciência não se limita a evidências. Ciência derivou da filosofia (*pensamento*), que se tornou ciência quando desenvolvemos o ceticismo e percebemos a necessidade do empirismo. Empírico significa "aquilo que é resultado da observação prática". No entanto, ao adotar o paradigma do empirismo, não podemos perder de vista a importância do pensamento nesse processo.

Pesquisador é empírico. Cientista, por sua vez, está em um nível maior, o filosófico. Foi o filósofo que passou a abraçar o empirismo, mas não perdeu a racionalidade. Na vida, nos processos de decisão profissional ou pessoal, não precisamos ser cientistas enquanto produtores de conhecimento; mas precisamos da racionalidade científica para melhor entendimento do mundo ou escolha das soluções.

Ciência é o entendimento do mundo com base na interação entre pensamento e evidências. Precisamos pensar para entender o mundo, não apenas copiar evidências.

3.1 O PRINCÍPIO DA PLAUSIBILIDADE EXTREMA

Este é o primeiro princípio que nos orienta para a tomada de decisão a despeito da ausência de evidências empíricas. São situações irrefutáveis, já demonstradas como verdadeiras pela natureza, não sendo necessária a observação da realidade por meio do filtro da metodologia científica ou da realização de "experimentos". Na verdade, estudos são dispensáveis, mas também impraticáveis dada a obviedade do conceito.

Com base em um conhecimento de que a transmissão de uma doença ocorre pelo contato entre indivíduos, eliminando o contato da maneira adequada, é plausibilidade extrema de que ocorrerá prevenção da doença. É o mesmo que o impacto da eliminação de mosquitos em doenças transmitidas por estes. O efeito é irrefutável.

Na ausência de vacinas ou da opção de permitir que muitos fiquem doentes em doenças que podem ser graves, o que resta é o distanciamento social.

Nesse caso, houve uma inadequada valorização da dúvida do benefício do distanciamento social, devido à ausência de evidências relacionadas com a COVID-19. Isso enfraqueceu o argumento, gerando uma controvérsia mundial se essas medidas deveriam ser adotadas.

Com o enfraquecimento da percepção de benefício, surgiu o questionamento de que as consequências econômicas dessas medidas poderiam ser piores do que o benefício do "tratamento". No entanto, essas colocações não consideraram que o benefício era algo garantido, enquanto o potencial malefício econômico dessas medidas seria incerto, visto que a própria pandemia poderia ser devastadora para a economia. Ou seja, de um lado, temos uma alternativa de benefício garantido e escalável, de outro, temos uma eventual suposição de que as consequências econômicas do distanciamento social seriam piores do que as consequências econômicas da própria pandemia.

3.2 O PRINCÍPIO DA ASSIMETRIA

Este princípio se faz presente em situações em que não sabemos se há efeito positivo, pois há forças antagônicas nos dois sentidos. Não há plausibilidade extrema para benefício; mas há plausibilidade extrema que o benefício, em se fazendo presente, é de muito maior magnitude do que malefícios potenciais.

É o caso das máscaras.

Máscaras na prevenção de doenças respiratórias virais não se justificam pelo princípio da plausibilidade extrema. Embora haja efeito direto comprovado na disseminação de vírus no

ar, devemos aceitar a dúvida quanto a seu efeito total, derivada de um potencial efeito indireto: máscaras podem induzir contaminação por estimular que pessoas levem a mão ao rosto.

Entretanto, há um particular nas máscaras. O seu efeito positivo é sistêmico (uma pessoa contaminando muitas), enquanto seu efeito negativo é individual (uma pessoa se contaminando). Portanto, há forte tendência de que o efeito total seja positivo. E se isso for verdade, o benefício será exponencial. Estamos diante de um efeito populacional, sistêmico, exponencial.

Há, assim, dois componentes de assimetria: (1) efeito direto positivo (sistêmico) maior do que efeito direto negativo (individual); (2) impacto escalável de benefício (se houver) maior do que impacto de possíveis consequências não intencionais das máscaras.

É o mesmo caso do aquecimento global. É difícil comprovar esse fenômeno a partir de evidências empíricas experimentais (não temos mundos randomizados para serem poluídos ou despoluídos, a fim de comparamos). Esse é um fenômeno sugerido por modelos matemáticos que tentam explicar a variação de temperatura e apontam emissão de gases como um dos fortes preditores. Contudo, a racionalidade científica está em entender que, caso esse fenômeno seja verdadeiro, o benefício de medidas de controle é universal, exponencial, sistêmico, populacional – e o malefício da despoluição do mundo tende a ser de menor magnitude do que o potencial benefício.

Observem que essas argumentações não utilizam como alicerce principal o pensamento probabilístico, pois não temos esse dado concreto: probabilidade de benefício *versus* malefício. O pensamento se baseia na assimetria de impacto dos fenômenos. A aposta é no maior impacto.

Mesmo assim, não significa abandonar o pensamento probabilístico.

3.3 A COMPENSAÇÃO DAS PROBABILIDADES

Embora o *princípio da assimetria* seja mais baseado na magnitude do efeito, não há um abandono do pensamento probabilístico. Ou seja, quando bem aplicado, esse princípio não implica utilização de condutas de probabilidade mais baixa do que as condutas baseadas em evidências. Para explicar, preciso diferenciar um tratamento individual do tratamento sistêmico.

Na decisão clínica (individual), mesmo quando a eficácia é comprovada por evidências empíricas (incerteza conceitual resolvida), permanece a incerteza individual. Ou seja, tratamentos comprovados não são garantia de que beneficiaram todos os indivíduos. Na verdade, do ponto de vista prognóstico, beneficiam a minoria. Precisamos tratar muitos para poucos se beneficiarem. Portanto, a utilização de tratamentos eficazes não é o mesmo que certeza de benefício.

Por outro lado, máscaras ou desaquecimento global guardam consigo uma incerteza conceitual, pois não possuem eficácia comprovada. No entanto, não são "tratamentos"

aplicados individualmente. Não são condutas aplicadas a muitos indivíduos para alguns se beneficiarem. São condutas sistêmicas, populacionais. Se aplica a uma população, para a população se beneficiar. Portanto, o número necessário a tratar (NNT) para promover um benefício, se funcionar, é de 1. Melhor dizendo, não se aplica o paradigma do NNT.

Sendo assim, em condutas sistêmicas, a incerteza conceitual é compensada pela "certeza" de que, se o efeito existir, ele vai se fazer presente quando aplicado. Equivaleria a uma certeza individual, na medida em que o indivíduo da ação é uma "unidade populacional".

Ainda assim, essa vantagem probabilística não se deve apenas ao caráter populacional. A vantagem existe também porque esses tratamentos estão sendo aplicados a situações de problemas prevalentes, e não incidentes (que podem ou não ocorrer). Ou seja, o problema já existe. Isso elimina o principal motivo pelo qual o número necessário a tratar para causar um benefício tende a ser muito maior do que 1: tratamos muitos pacientes que nunca sofrerão do desfecho que queremos prevenir.

Por esse motivo que o tratamento de sintomas prevalentes possui um NNT muito menor do que condições incidentes. Nos exemplos que usamos, a epidemia já existe, o calor já existe. Não é uma probabilidade.

3.4 AS REGRAS DE APLICAÇÃO DA ASSIMETRIA

A fim de evitar banalização do princípio, proponho aqui três critérios de utilização que servem como resumo das ideias acima apresentadas. A ideal aplicação do princípio da assimetria ocorre quando três critérios são obedecidos:

Condutas sistêmicas (promovem efeito exponencial).

Situação prevalente (NNT se aproxima de 1).

Efeito intermediário comprovado (aumenta probabilidade de benefício).

Quanto a este último critério, observe que máscaras têm efeito direto comprovado em reduzir transmissão de vírus. Só não sabemos se o efeito total é verdadeiro.

Assim como reduzir poluição é plausibilidade extrema que reduz calor. Só não sabemos se a maior temperatura do planeta nesse período atual, de fato, deve-se a este fenômeno. O *princípio da assimetria* traz um racional que parece complexo se comparado ao *princípio da plausibilidade extrema*. Este último é de extrema simplicidade e traz ideias irrefutáveis quando bem aplicado. Já o *princípio da assimetria* necessita de reflexão e pode incitar positivos debates quanto à sua aplicação nas diferentes situações. É um princípio baseado no principal pilar da racionalidade científica: a dúvida.

4. A INCERTEZA QUANTO A TRATAMENTOS DE PACIENTES COM COVID-19

4.1 HIDROXICLOROQUINA: O DIA EM QUE A CIÊNCIA PAROU

O mundo não experimenta apenas a pandemia do novo coronavírus. Progressivamente, fomos tomados por outras duas epidemias: do medo e da informação. Certo dia, em menos de 12 horas, instalou-se a quarta epidemia: a da irracionalidade científica. Mais abrupta que as outras, experimentamos um ponto de inflexão: o dia em que a ciência parou.

Tudo começou de manhã cedo, no dia 19 de março. Eu subia as escadas do hospital em direção à minha sala, quando recebi a cópia de um artigo francês [6], enviado por um amigo que é uma das maiores referências mundiais no estudo de malária. Um cientista puro. O trabalho testara o benefício da hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19. A conclusão indicava que "*o tratamento com hidroxicloroquina é significativamente associado a desaparecimento da carga viral*" na doença em questão.

Naquele primeiro lance de escada, comentei que aquele era um assunto para cientistas como ele, mas ainda não para corredor de hospital. Ele concordou. Minha resposta foi um tanto intuitiva, de relance.

Já no segundo lance de escada (são apenas dois andares), surpreendi-me com uma mensagem de um colega intensivista, mencionando que o estudo estava tendo grande repercussão nos grupos de medicina crítica. Comentei que já sabia (há 15 segundos).

Chegando ao corredor onde fica minha sala, deparei-me com o coordenador das UTIs de meu hospital, que me expressou uma visão crítica a respeito do que estava acontecendo, embora todos ainda estivéssemos sem saber em detalhe do que se tratava.

Ao longo do dia, foram incontáveis mensagens apontando o estudo francês, culminando no anúncio de que o FDA houvera aprovado a hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19.

Neste artigo, pretendemos abordar a inusitada qualidade do trabalho francês. No entanto, esta discussão perde o sentido diante de um ecossistema clínico em que evidência de qualidade é considerada "desnecessária devido à gravidade da situação".

Dessa forma, mais do que uma discussão metodológica, precisamos aprofundar a interface do raciocínio clínico com a dimensão epistemológica da ciência.

4.2 CORONAVÍRUS: DEVEMOS ABANDONAR O ÔNUS DA PROVA?

A ciência parou e deu lugar a observações do tipo "nesta situação crítica, não podemos colocar barreiras científicas". No entanto, essas observações carecem da diferenciação entre duas dimensões: sistêmica e individual.

Epidemia é uma situação sistêmica. Considera-se que a pandemia do novo coronavírus é potencialmente grave. Temos assim uma grave situação sistêmica, cuja conduta indicada são medidas populacionais de redução da transmissão. Medidas de alto custo, que se julgam necessárias pela gravidade sistêmica.

Por outro lado, uma vez adquirindo a doença, a análise de um paciente se torna individual e não sistêmica. Mesmo que uma doença tenha origem em uma epidemia, o tratamento do doente tem dimensão individual.

O doente tem um risco individual de morte, e o tratamento oferecerá uma redução relativa do risco a esse doente. Nessa dimensão individual, raciocinamos com probabilidade de desfecho indesejado em um paciente (risco individual). O risco individual é estimado pela mortalidade geral da doença. A letalidade da COVID-19 não ultrapassa 1% [7]. Observem que essa é uma mortalidade menor que sepse ou infarto do miocárdio.

Sendo assim, a COVID-19 não representa uma condição (curso inexorável) em que se justifique a violação do ônus da prova científica. Se COVID-19 fosse o caso de dispensar evidências de tratamento individual, abandonaríamos evidências em muitas outras doenças agudas, cujos tratamentos são pautados na verdadeira demonstração de eficácia.

Aqueles, portanto, que argumentam estarmos diante de uma situação em que se faz necessária a perda da integridade científica, na escolha de tratamentos individuais, estão confundindo as dimensões sistêmica e individual.

4.3 QUANDO EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS SÃO DESNECESSÁRIAS?

Evidências empíricas de um tratamento são desnecessárias quando leis da natureza garantem a eficácia, independentemente de uma eventual comprovação empírica. Essas são situações de "plausibilidade extrema", exemplificadas pelo paradigma do paraquedas, quando a lei da gravidade assegura a eficácia. Ventilar um paciente com insuficiência respiratória extrema se encaixa nessa situação.

Uma variante da plausibilidade extrema são condições sem eficácia garantida da conduta, mas com prognóstico negativo inexorável. Por exemplo, quando temos um quadro clínico de fatalidade garantida, em algumas situações, pode-se considerar a adoção de um tratamento empiricamente não comprovado. No entanto, essa conduta deve se restringir a tratamentos de efeito intermediário garantid**o**. Por exemplo, colocar um paciente em uma máquina artificial de

oxigenação do sangue na insuficiência respiratória ou circulatória extrema. Mesmo que não saibamos se no final das contas reduz mortalidade, sabemos que o tratamento tem um efeito garantido nas trocas gasosas ou circulatório. Esse efeito intermediário é uma condição básica para que um eventual efeito benéfico final se faça presente.

O caso do novo coronavírus não corresponde a condições de plausibilidade extrema. Primeiro, não temos uma doença de fatalidade inevitável, pelo contrário. Segundo, hidroxicloroquina não tem um efeito intermediário garantido.

4.4 PRECIOSISMO CIENTÍFICO?

É importante perceber que o rigor científico não serve à ciência. O rigor científico serve à sociedade e aos indivíduos. Ciência não é um fim, é um meio.

A tentativa de baixar o crivo da ciência carece da visão econômica sob a ótica probabilística. Economia no sentido de balancear consequências positivas e negativas. Probabilidade no sentido de reconhecer que os benefícios e as consequências não intencionais têm imprevisibilidade.

O benefício de um tratamento comprovadamente benéfico é probabilístico. O que oferecemos ao paciente é uma probabilidade. Ao reperfundir um paciente com infarto do miocárdio, temos uma probabilidade de 5% em salvar uma vida. Por isso que precisamos tratar 20 para beneficiar 1 (o paradigma do NNT).

Se, além disso, não sabemos se o tratamento é benéfico, a probabilidade vira condicional, ou seja, P1 (probabilidade de benefício individual) x P2 (probabilidade de o conceito científico ser verdadeiro). A multiplicação de duas probabilidades resulta em uma probabilidade bem menor.

Outro fator que não sabemos é o caráter do benefício: é prevenção de morte, de complicações, rapidez de recuperação, controle de sintomas? Estamos diante de uma pequena probabilidade de beneficiar e nem sabemos que tipo de benefício.

Do outro lado, consequências não intencionais são múltiplas, desde algumas mais previsíveis a outras que nunca imaginaríamos. Nesse caso não temos probabilidade condicional (P1 x P2). São muitas probabilidades, uma para cada tipo de consequência, e essas probabilidades se somam (P1 + P2 + P3 + P4, assim sucessivamente).

Essa é a base para o princípio da hipótese nula: partimos da premissa de não existência do benefício até que se prove o contrário. Isso não é apenas uma técnica científica, é um pensamento pragmático.

Pode haver consequências clínicas negativas, como efeitos adversos e interações medicamentosas. No entanto, julgo mais escaláveis as consequências indiretas: primeiro, a dispersão dos esforços e atenção para condutas fúteis, em detrimento da valorização do básico,

a qualidade assistencial. Diante de uma situação crítica, devemos nos concentrar para fazer melhor o que devemos fazer ao invés de nos distrairmos com condutas que não sabemos se devemos fazer. O impacto da qualidade assistencial (impossível de ser perfeita) em geral é imensurável e tende a ser maior que tratamentos específicos. Continuando as consequências indiretas: a fadiga cognitiva das equipes médicas com um amontoado de informações inúteis; a falsa esperança; o uso político; o marketing clínico baseado em fantasia. No início desta epidemia, a comunidade médica criticava profissionais que tentavam vender suas terapias ortomoleculares ou coisas do gênero. Por que agora estamos fazendo o mesmo?

4.5 O ARTIGO FRANCÊS

Este artigo [6] é um aglomerado de vieses. Todavia, não são apenas vieses clássicos, há condutas que nem constam nos tradicionais *checklists*. Algo caricatural. Foram 26 pacientes que utilizaram hidroxicloroquina *versus* 16 pacientes controles. Um hospital de Marselha recrutou pacientes para o tratamento, e outros centros de outras regiões recrutaram os controles. O desfecho foi substituto: a negativação virológica do *swab* nasal no sexto dia.

At day 6 post-inclusion, 70% of hydroxychloroquine-treated patients were virologicaly cured comparing with 12.5% in the control group (p= 0.001).

Primeiro, viés de confusão. Randomização serviria para evitar o viés de confusão, o que não ocorreu. No entanto, esse estudo vai além, ele causa viés de confusão. Não prevenir não é o mesmo que causar.

O inusitado: pacientes de Marselha que recusavam o tratamento continuavam no estudo como grupo controle! Isso provoca grande heterogeneidade basal entre os grupos, pois pacientes que recusam são diferentes de pacientes que aceitam. Ao recusar um tratamento, o paciente não deveria ser incluído no estudo. Na verdade, em um ensaio clínico, potenciais voluntários não recusam tratamento. O que eles recusam é entrar no estudo.

Seguindo o padrão de irracionalidade, pacientes que se encaixavam em critérios de exclusão (comorbidades, contraindicações à droga) eram incluídos no estudo como grupo controle. Pacientes mais graves, antes no grupo droga, foram transferidos para o grupo controle.

Segundo, o estudo exclui do grupo tratamento pacientes que não completaram o tratamento, em uma grosseira violação do *princípio da intenção de tratar.* Inadequadamente denominam isso de "*loss of follow-up*". Não houve perda de seguimento, os pacientes continuavam disponíveis para ser avaliados. Na verdade, essa é uma *análise por protocolo*, em que 6 dos 26 pacientes saíram do estudo: 3 porque foram para a UTI, 1 porque morreu (!), 1 porque teve náusea e 1 teve alta hospitalar. Dos 6, 5 pacientes não continuaram o tratamento porque pioraram! E estes foram excluídos do grupo controle.

Terceiro, há possibilidade de viés de desempenho promovido por diferenças nas condutas gerais entre os grupos. Estudo aberto, grupo tratamento em hospital diferente do grupo controle. Devemos procurar sinais: espontaneamente, 6 pacientes do grupo tratamento receberam azitromicina. Não que azitromicina vá resolver nada, mas isso é um sinal indicativo de maior atenção ou indicação de cuidados adjuntos.

Quarto, risco de erro aleatório. Esse é claramente um estudo pequeno, o que aumenta sobremaneira a probabilidade do erro aleatório. O cálculo amostral traz a ilusão de 85% de poder. No entanto, não apresenta a premissa de positividade do *swab* no grupo controle e estima uma inusitada eficácia de 50%. Algo bom demais para ser verdade para a maioria dos tratamentos, quanto mais para esse de baixa probabilidade pré-teste. Portanto, aqui temos um estudo pequeno, com alto risco de erro aleatório. Além disso, para que um estudo pequeno consiga demonstrar "significância estatística", esta precisa que ser tão grande que se torna "boa demais para ser verdade".

É uma redução relativa de 82% na positividade. Isso normalmente não acontece. No entanto, devemos reconhecer que, para tratamento antibiótico, essa grande magnitude de efeito pode acontecer. Por exemplo, se compararmos antibiótico com placebo em infecção bacteriana grave, o tamanho do efeito seria muito grande. Por outro lado, devemos evitar a ilusão de que estamos usando um antibiótico para o novo coronavírus.

Por fim, aqui estamos diante de um resultado laboratorial, o que conhecemos como desfecho substituto. Mesmo que considerássemos esse resultado confiável, ainda haveria uma grande incerteza do benefício clínico.

Por tudo isso, esse é um estudo a ser descartado por seu alto risco de viés e acaso. Em um pensamento científico bayesiano, esse estudo não aumenta a probabilidade de a hipótese ser verdadeira.

4.6 A PROBABILIDADE PRÉ-TESTE

Há evidências de que a droga tem ação antiviral *in vitro*. Isso traz plausibilidade, que não deve ser confundida com probabilidade. A probabilidade é principalmente influenciada por dados clínicos geradores de hipótese (análise específica) e comportamento do ecossistema científico em casos semelhantes (análise genérica). Não temos dados empíricos prévios e é incomum que tratamento de um tipo de condição (malária, protozoário) tenha eficácia relevante em outra condição (viral). A estimativa probabilística deve ser feita assim, pensando no todo, e não na especificidade trazida por argumentos de plausibilidade.

Dessa forma, começamos por um tratamento de probabilidade pré-teste muito baixa, deparamo-nos com um estudo que não tem valor em modificar essa probabilidade,

e terminamos com a ilusão de um tratamento com alta probabilidade de benefício. O que aconteceu com nossa mente científica?

4.7 O PREÇO DA IRRACIONALIDADE

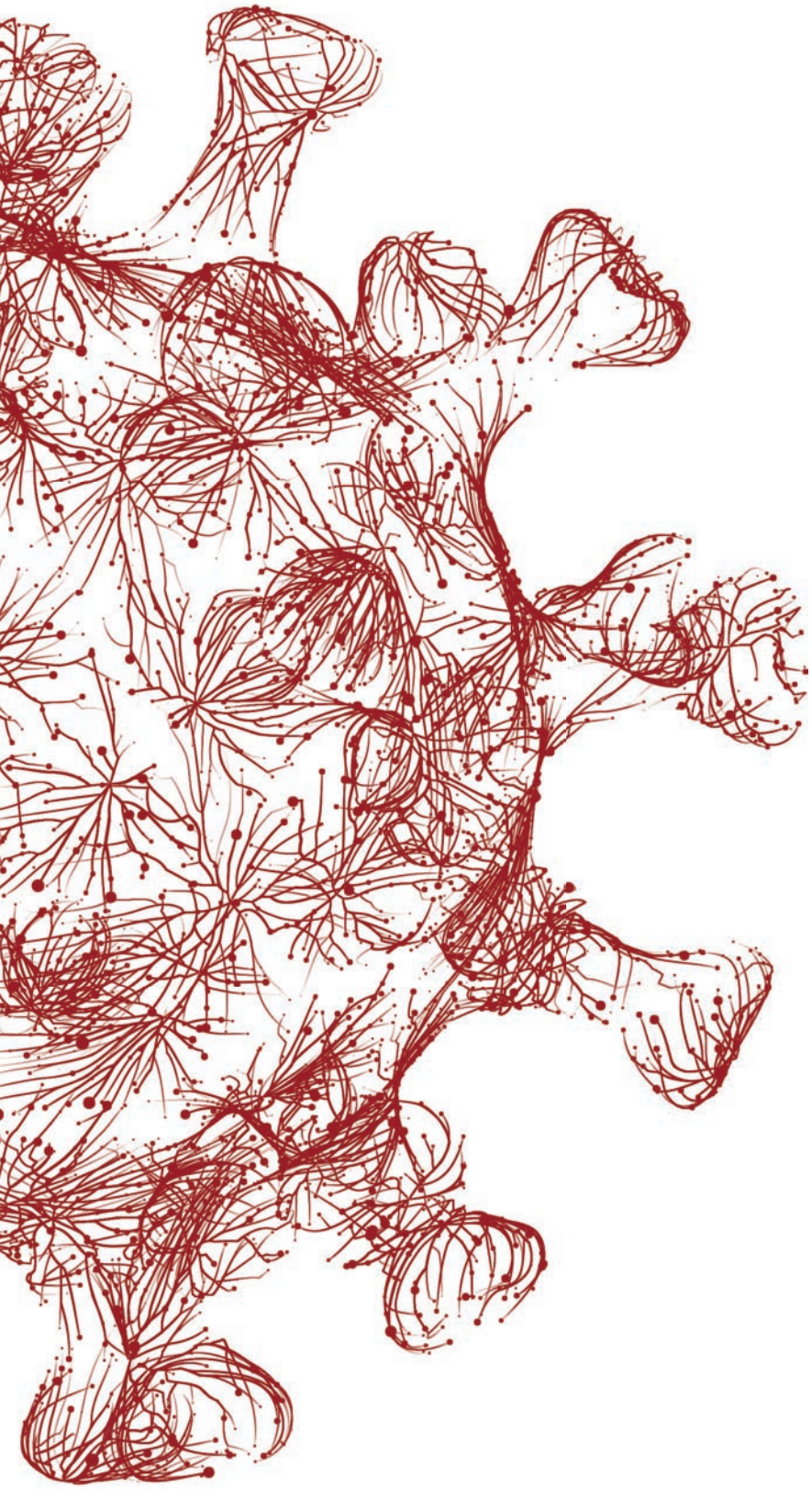
Em tempos de segurança real moderadamente reduzida (consideremos o denominador), temos nossa segurança perceptível severamente afetada. A *epidemia de coronavírus* cedeu o protagonismo para a *epidemia do medo.* A percepção da realidade é alterada por um viés de confirmação voltado para o pior cenário. Ao final do dia, o placar estatístico registra as piores notícias, os piores países, o número de doentes, o número de mortes, silenciando aqueles que permanecem saudáveis, os que se curaram ou os países de menor impacto da doença. A interpretação do passado é enviesada.

Já a predição do futuro tem esquecido que há um intervalo de confiança que contém os extremos do pessimismo e otimismo. A ciência da predição e tomada de decisão probabilística deu lugar a decisões baseadas em medo.

A perda da racionalidade pode ter um preço muito maior do que pensamos. Este é o valor da ciência, lembrar-nos do incompreensível valor da incerteza e da racionalidade.

REFERÊNCIAS

1. Johns Hopkins University: Coronavirus Resource Center – Brazil [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: https://coronavirus.jhu.edu/region/brazil.
2. Taleb NN. A Lógica do Cisne Negro. Rio de Janeiro: Beste Seller; 2015.
3. Levinson W, et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. BMJ Qual Saf. 2015;24(2):167-74. doi: https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821.
4. Gates B. The Next Outbreak: we are not ready. TED; 2015.
5. Norman J, Bar-Yam Y, Taleb NN. Systemic risk of pandemic via novel pathogens – Coronavirus: A note. New England Complex Systems Institute [Internet]. 26 jan 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: https://necsi.edu/systemic-risk-of-pandemic-via-novel-pathogens-coronavirus-a-note.
6. Gautret P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. Int J Antimicrob Agents. 2020;56(1):105949. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.
7. Ioannidis JP. Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. Eur J Clin Invest. 2020;50(4):e13222-e.



PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: VISÃO SISTÊMICA E COOPERAÇÃO PARA ENFRENTAR OS EFEITOS DA PANDEMIA

Ana Maria Malik[1]

Resumo: O texto começa com a explicação de o 'porquê' ainda haver moléstias infecciosas em pleno século XXI, mesmo em países desenvolvidos. A seguir, discute o imaginário da relação do homem com as doenças infectocontagiosas, mediado pela ficção. O método descreve a coleta de informações não sistematizada utilizada para a elaboração do artigo, que olha para questões de gestão e planejamento em saúde, de maneira multiprofissional e multidisciplinar, bem como para a heterogeneidade nacional, além dos determinantes sociais e morais da saúde e da doença, passando pela governança, fator crítico para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, apresenta-se, de maneira resumida, o caso do SUS na pandemia e tenta-se um olhar para o futuro.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde. Pandemia. Governança. Sistema Único de Saúde.

1 Médica pela Faculdade de Medicina da USP (1978), Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas/EAESP (1983) e Doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1991). Professora titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e Coordenadora do FGVsaúde. http://lattes.cnpq.br/9829102938377756. ORCID 0000-0002-0813-8886 ana.malik@fgv.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/2LqxDNd

1. INTRODUÇÃO – QUEM DIRIA, DOENÇAS INFECCIOSAS NO SÉCULO XXI

Muitas pessoas curiosas a respeito de assuntos relacionados com a saúde já ouviram dizer que os três responsáveis pelo aumento (em geral) da expectativa de vida da população mundial foram o saneamento básico, as vacinas e os antibióticos. Por isso, faz parte do imaginário coletivo o fato de que não deveria haver mais epidemias (menos ainda pandemias) no século XXI. Pelo menos em países desenvolvidos.

No entanto, desde o ano 2001, foram observadas situações em que o mundo se viu atacado por doenças que se expandiram rapidamente, talvez menos que a COVID-19, mas de maneira muito grave: gripe aviária, gripe suína, SARS e ebola [(1)]. As doenças infecciosas sempre estiveram presentes na humanidade (mais ou menos identificadas) e não deixarão de estar no futuro [(2)]. Entre as características desses problemas de saúde, estão sua imprevisibilidade e seu potencial para levar a um impacto global. Além disso, elas têm formas limitadas de transmissão, incluindo humano a humano, animal a humano, transmitidas por vetores e pela água.

Boa parte delas é controlável por medidas médicas e sanitárias, como vacinas, saneamento básico e medicamentos específicos. Os chamados determinantes sociais, conhecidos como as causas das causas, também têm impacto sobre elas, seja em função de identificar fragilidades e de aproveitar brechas na imunidade, seja em função de acentuá-las, impedindo que os indivíduos desempenhem suas atividades regulares e influenciem suas condições laborais.

Nesse caso, faz sentido perguntar por que elas continuam e, até onde a vista alcança, continuarão a acometer a população mundial, independentemente dos avanços científicos

e de infraestrutura que vierem a ocorrer. Por exemplo, já se sabe que comer animais que não foram mortos para essa finalidade é um risco de contrair doenças. Mesmo assim, se alguém passa fome ou desconhece a origem da carne a que tem acesso, está dada mais uma condição de adoecimento. Desde sempre, enfermidades, entre elas as infecciosas, têm custos elevados, tanto no que diz respeito ao seu tratamento (ou a sua prevenção) quanto a seus impactos no setor econômico, como no comércio e, pelo menos até a segunda década do século XXI, nas viagens (sejam elas a trabalho ou a turismo). De fato, a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) ensinou, pelo menos nos seus primeiros meses, que muitos deslocamentos voltados a atividades profissionais podem ser evitados, com algumas consequências não mensuráveis no curto prazo. No entanto, muitos consideram que "experiências" – das quais vive o turismo – não podem ser substituídas por visitas virtuais.

Também foi possível verificar a importância do comportamento humano sobre o controle ou sobre a ampliação do contágio por doenças infecciosas. A grande maioria delas se transmite em função de relações interpessoais, a partir do momento em que chegam aos seres humanos. Alguns comportamentos são controláveis, outro são ensináveis, mas é fundamental reconhecer que as pessoas alteram sua forma de agir se e quando isto lhes parece razoável. Entram nessa categoria desde a disposição para tomar vacina até a concordância em realizar o isolamento social, passando pelo uso de preservativos ou de máscaras, pelo controle do tabagismo e pelo incremento dos hábitos de higiene.

O terrorismo, no mundo atual, em que as guerras se dão longe dos tradicionais campos de batalha, também tem sido acusado de guardar (e às vezes usar) micro-organismos que, potencialmente, podem se tornar armas extremamente potentes, por vezes letais, principalmente antes de identificar o agente causador. Uma última questão dessa introdução traz o fato de que muitas enfermidades entre as chamadas crônico-degenerativas podem ser tratadas com antibióticos ou prevenidas por vacinas (como é o caso de algumas condições gástricas, causadas pelo *Helicobacter pylori*, ou de alguns cânceres). A ficção científica tem usado o cenário de doenças infecciosas como uma forma de causar medo. É o caso dos filmes A Gripe (Gamgy ou the Flu), de 2013, Contágio (Contagion), de 2011, Epidemia (Outbreak), de 1993, ou o longínquo Enigma de Andromeda (the Andromeda Strain) de 1971.

Num momento em que a comunicação é um fator de informação, mas também de confusão e de pânico, é necessário considerar o mundo em que ocorre a pandemia, as condições reais de vida da(s) população(ões) e ampliar a visão de planejamento e de gestão para além da busca de medicamentos, da tentativa de manutenção das condições físicas e até da descoberta de uma vacina ou de condições em que a saúde seria preservada. Planejamento e gestão em saúde nunca podem ser encarados de maneira independente do contexto em que são aplicados. Menos ainda numa situação de instabilidade e de excesso de informações contraditórias, sem que haja – de fato – uma verdade.

2. MÉTODO

O texto foi desenvolvido à luz da realidade do último trimestre de 2020, quando a pandemia de COVID-19 no Brasil estava começando a chegar num *plateau*. Além do espanto de alguns com a continuidade da existência de moléstias infectocontagiosas em pleno século XXI, em que as condições de vida pareciam avançadas, também se observava a disseminação de meios de comunicação com possibilidade de levar informações (verdadeiras e falsas) em pouquíssimo tempo ao mundo (quase) todo com opiniões sobre diversos assuntos, inclusive a saúde. A população já estava cansada do distanciamento social, a credibilidade de todos os governos estava abalada, e a Europa começava a ter novo aumento de casos. A vacina passava de ser considerada uma solução de médio prazo para a população, com muitos desenvolvedores trabalhando com velocidade, na tentativa de serem o primeiro na descoberta do Graal, a uma esperança de melhora da situação desde que não se abandonassem as demais condições de controle ou contenção do vírus. Para isso foi feita uma revisão não sistematizada de literatura científica e de divulgação, de documentos de organismos internacionais, audição de aulas, *webinars* e discussões apresentadas por leigos, cientistas sociais, cientistas da área médica e biológica, de diferentes tendências e tentativa de compreensão de discursos de autoridades governamentais, diretamente ligadas ou não à saúde. O foco dessas atividades foi o Brasil, mas, tendo em vista a farta disponibilidade de material (ou a impossibilidade de não se estar exposto a ela), a realidade internacional também foi considerada. Em outubro de 2020, já se sabia que os padrões do desenvolvimento da pandemia não eram os mesmos pelo mundo inteiro, nem considerando os distintos estágios da disseminação da doença e os diferentes efeitos climáticos.

O objetivo deste ensaio é mostrar como, sem seguir receitas, existem modelos a serem pensados e ponderados, antes de serem aplicados nas diferentes realidades. Cada um deles, como se trata de modelos, tem variáveis explícitas e outras que não se consegue evidenciar. Em comum, todos permitem pensar em formas alternativas de atuar, ante esta e outra(s) pandemia(s). Como disse Johnson [3] o planeta de cidades em que vivemos só foi possível devido a Snow e Whitehead, conforme Newsom [4].

3. O QUE DEVERIA/PODERIA TER OCORRIDO E NÃO OCORREU

O início já é história.

Segundo a documentação conhecida, tudo começou em 2019, na China, mesmo que haja algumas controvérsias quanto a realmente quando e onde. Com maior ou menor acurácia, todos previram que haveria problemas pelo mundo. Alguns, como é o caso desta autora, ainda achavam que, sem pânico e com medidas adequadas de higiene, a contaminação seria muito menos alastrada do que o foi. Os mais precavidos, desde o final de 2019, já preveniam seus colegas

(quando da área da saúde), seus colaboradores (quando empresários de outros locais do mundo) e quem estivesse preparado para ouvir em relação ao que imaginavam/anteviam que viria a acontecer.

É fácil criticar *ex post facto.* Da mesma forma, não requer muito esforço dizer como tudo deveria ter sido feito, mais de meio ano depois. No entanto, cabe deixar claro que não há como ter uma prescrição que funcionará sempre em casos de epidemia/pandemia. Cada país é um, cada situação econômica, política, demográfica e epidemiológica é uma. O Brasil foi, por exemplo, referência internacional na comunicação e no tratamento durante o aparecimento e no período inicial do HIV-aids, entre outros. Portanto, o mais importante é levantar algumas variáveis a não esquecer e lidar como elas como for possível.

Em primeiro lugar, trata-se da gestão de uma crise (ou mais de uma). Segundo artigo de 2017 publicado no *Journal of Management* [5], a pesquisa nessa área ainda é considerada fragmentada e insuficiente, focando-se em geral em duas grandes abordagens: uma voltada para a dinâmica interna da crise e outra que se preocupa na gestão dos *stakeholders* externos. Segundo esse mesmo artigo, uma crise – no caso organizacional – se caracteriza como facilmente perceptível, tendo graves consequências e sendo potencialmente disruptiva. Esse é exatamente o caso da atual pandemia: levou a muitas e profundas mudanças no sistema de saúde brasileiro (por exemplo, após mais de um ano de discussão sobre se e como poderiam ser usadas telessaúde, teleconsultas e telemedicina no ambiente nacional, de repente, essas atividades se tornaram usuais, inclusive com propaganda televisiva por operadoras de saúde. No entanto, a autorização teria sido temporária, embora dificilmente este novo uso seja reversível) [6].

Qualquer ser humano do mundo de 2020 percebeu a ocorrência da crise, se não foi por outro motivo, foi por que muitos negócios estiveram fechados, diminuiu o número de veículos nas vias e diversas pessoas passaram a ser vistas de máscara na rua, considerando apenas aspectos objetivos. Quanto às consequências, foi possível verificar falências, desemprego, redução do nível de poluição do ar, questões referentes à educação e ao aproveitamento do ensino a distância, sem falar na violência doméstica e no desenvolvimento de maior familiaridade com os trabalhos do lar. Indiretamente, pode-se falar na eventual valorização das atividades domésticas, da convivência no lar, da resiliência, da leitura e de outras atividades culturais como opções de lazer e de novas formas de organização do trabalho.

No início, esperava-se solidariedade, senso de cidadania e civilidade da população. Rapidamente, verificou-se que a solidariedade foi de curta duração (as doações de pessoas físicas para os mais necessitados não se mantiveram por muito tempo, o senso de cidadania foi não mais que relativo, pois rapidamente os cidadãos voltaram a se comportar como antes da pandemia, comprando mais do que necessário de bens ditos essenciais como álcool em gel e papel higiênico para garantir atendimento de suas necessidades). Mais rapidamente ainda, além de muitas pessoas nas regiões periféricas não terem condições objetivas de realizar distanciamento social, foram observadas festas, propiciando aglomerações, tanto entre os mais endinheirados quanto entre os menos favorecidos, auxiliando a propagação do vírus.

Fica assim comprovado que o comportamento humano é importante fator de impacto para a disseminação de enfermidades infectocontagiosas. Mudanças na natureza causadas pelo ser humano também podem conduzir a isso, pois estima-se que o aquecimento global leve malária e outras doenças tropicais para países de climas antigamente mais frios [7].

Por outro lado, muitos países mostraram que a transmissão da COVID-19 de pessoa a pessoa pode ter sua velocidade reduzida ou ainda ser interrompida. Esse conhecimento, se empregado, teria permitido que os países se preparassem para a emergência sanitária e teria talvez havido tempo suficiente para providenciar vacinas e medicamentos. No entanto, a vida real não é assim, e mesmo agora, quando se observa a segunda onda em muitos países europeus, estes não necessariamente estão preparados e voltam a decretar medidas de emergência. A Organização Mundial da Saúde colocou à disposição um manual que, em tese, permite seguir orientações (como consta do título, provisoriamente – *interim*) de maneira a ajudar países onde haja mais dificuldade para sistematizar conhecimentos [8]. Mais de seis meses depois, algumas delas podem estar superadas, mas é um bom início para quem não opta por desqualificar, *a priori*, organizações internacionais.

A utilização da informação sistematizada (não sua cópia ou aplicação de manuais) se mostra útil, justificando a disseminação do conhecimento (mais que de impressões ou de opiniões). Assim, no mundo, já se verificou que a síndrome não acomete apenas o sistema respiratório; em necrópsias de paciente com COVID-19, foram encontradas respostas inflamatórias em diversos outros órgãos [9]. Ou seja, é preciso sempre estar alerta para novas descobertas (não opiniões, não *wishful thinking* e não informações com vieses.).

No Brasil, no estado de São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo implantou, em 2015, um Comitê de Crise com base no protocolo HICS (*Hospital Incident Command System*) [10] para lidar com a pandemia de febre amarela. Esse comitê foi ativado em diversas outras ocasiões, desde então e, em 2020, a partir de janeiro, assumiu – com base nos princípios de governança da instituição – a gestão do Instituto Central (ICHC) e das ações relacionadas com a transformação desse Instituto em hospital especializado em COVID-19. Ou seja, a partir do conceito de comitê de crise, ele já foi adaptado a diferentes necessidades, desde uma tragédia local num município da região metropolitana da grande São Paulo, devido à violência urbana, até questões de moléstias infecciosas.

Com isso, verifica-se que já existe conhecimento acumulado; e, em tempos de rápidas comunicações, muitos têm condição de ter acesso às informações. No entanto, devido à não compreensão ou à negação da clássica visão sistêmica [11], seja por que motivo for, verifica-se que cada parte do sistema de saúde, cada elo da cadeia de valor da saúde [12] funciona orientado por sua própria diretriz, abrindo mão de um trabalho harmonioso ou pelo menos coordenado, com vistas a atingir o mesmo objetivo, no caso, a saúde do cidadão brasileiro, com a mitigação das consequências do novo coronavírus.

4. SEMPRE UM NOVO CONHECIMENTO OU UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO, MESMO EM PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Muitos conhecimentos são clássicos. Pandemia, por exemplo, é um conceito antigo. O mesmo ocorre com panaceia. Nem mesmo a noção de sindemia, levantada nos últimos meses em relação à pandemia da COVID-19, é deste milênio [13-15]. Artigo recente do mesmo Tsai [16] questiona o conceito, tentando associar as condições sociais a epidemias, de maneira a auxiliar os tomadores de decisão no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar psicossocial das populações vulneráveis. Em setembro de 2020, Hornton [17] afirma que COVID-19 não é uma pandemia; pelo contrário, correlaciona uma síndrome respiratória aguda, transmitida por um vírus, e um espectro de condições não infecciosas, como as chamadas doenças crônico-degenerativas. Para esse autor, todas essas condições num contexto de extrema heterogeneidade social e econômica amplificam os efeitos nocivos de cada uma. Aceitando essa premissa, a abordagem não pode ser tão unidirecionada à busca de uma vacina, caso se deseje proteger a saúde dos cidadãos.

Os conhecimentos em gestão e planejamento tampouco são recentes. Nem mesmo na área da saúde, reconhecida como um setor de adoção tardia dos avanços do setor [18-19], ou na qual as práticas mais contemporâneas não são usualmente empregadas. Dessa forma, quando se fala em pensar uma nova estratégia de enfrentamento do problema, além de sistêmica, ela deve ser multidimensional. Já não é suficiente falar nos conhecidos determinantes sociais (da saúde ou da doença). Em 2020, Donald Berwick publicou um *paper* sobre determinantes morais, em que entra em questões próximas daquelas do conceito de sindemia [20]. Assim, o setor saúde não é suficiente para conter e/ou mitigar a condição.

Por exemplo, para fazer isolamento social, é fundamental haver condições de moradia e de alimentação. Caso contrário, dificilmente o cidadão permanecerá em casa, sem buscar formas de alimentar a si próprio e à família. Os estudos de soroprevalência mostram os efeitos dessa disparidade nas condições de vida: os mais pobres, com menos escolaridade, morando nas regiões periféricas e os pretos tiveram maior contato com o vírus que os demais [21].

Com isso, torna-se necessário repensar a forma de olhar para o problema. Comitês de crise são necessários, tanto no âmbito de órgãos de saúde quando de governos. Isso já vem sendo observado, mas não é frequente verificar que as diferentes instâncias governamentais (no interior de cada unidade subnacional ou, pensando no Sistema Único de Saúde (SUS), em diferentes níveis de governo, como preconiza seu complexo modelo de governança) tenham essa experiência. Verifica-se que, por vezes, interesses político-partidários e até de cunho eleitoreiro superam o interesse nacional, da saúde da população. Desde março de 2020, foi objeto de acaloradas discussões (muitas vezes mais motivadas por opiniões e/ou por adesão a "times") a precedência da saúde perante a economia ou vice-versa, ou a possibilidade de priorizar um ante o outro, dependendo da emergência de situações inesperadas.

Se o planejamento fizesse aquilo que muitos esperam dele, adivinhar o futuro, seria mais fácil saber o que esperar. No entanto, o inesperado – mesmo que *a posteriori* seja possível dizer que era previsível – ocorre com grande frequência, mesmo que se conte com a inteligência artificial para fazer os cálculos. Basicamente, porque quem coloca os dados no computador são humanos, às vezes os mesmos que coletam os dados, com a sua percepção humanamente parcial ou limitada. No caso da pandemia, há informações recebidas com maior rapidez por uns que por outros, interpretadas com diferentes graus de acurácia em distintos ambientes, processadas e divulgadas com mais ou menos transparência. Isso coloca em julgamento as questões da governança e do *compliance*, temas da moda, mas que, como ocorre com termos disseminados, são muito falados, porém interpretados de maneira peculiar, dependendo de quem olha, e pouco aplicados.

Assim, tomando em perspectiva o conceito de governança, a primeira questão é que, embora seja um tema correlato com a gestão, deve ser entendido num nível diferente. A gestão se ocupa do cotidiano; e a governança, das diretrizes mais amplas. Ou seja, no caso da COVID-19, a gestão pensa em quantos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são necessários e como serão ocupados, de maneira adequada, com os insumos requeridos. A governança, por sua vez, deve se preocupar em como informar a população, como garantir que os recursos estejam presentes, no limite como integrar o público com o privado. Assim, se é compreensível que o gestor de cada estado, município ou serviço quisesse ter os seus Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou os seus respiradores, a governança do sistema deveria se preocupar em como fazer chegar os recursos necessários e adequados onde seriam de fato usados. Uma vez que a governança corporativa se preocupa com o relacionamento entre todos os interessados, a visão regional, estadual ou nacional faz certamente parte de seu objeto de atuação. Os seus quatro pilares são a equidade, a transparência, a prestação de contas e a responsabilidade corporativa [22].

Na área da saúde, ainda mais saúde pública, pode-se também olhar para a governança pública, lembrando que ela transcende as questões de planejamento e gestão, precisando considerar a participação dos atores sociais e das instituições que regulam as transações econômicas. Nesse caso, os pilares são um pouco diferentes: a transparência, o acesso à informação, a *accountability* (ou prestação de contas, responsabilidade social) e o *compliance*. No Brasil, há leis para esses pilares, por exemplo, a Lei do Acesso à Informação (instituída, entre outros motivos, pela busca da transparência) e a lei anticorrupção, frequentemente associada às unidades de *compliance* (termo que vem de um verbo, *to comply*, que significa concordar, cumprir a norma) [23].

Finalmente, para não esquecer um conceito caro à saúde, cabe trazer a governança clínica [24]. Esta se insere no conceito de *Triple Aim*, na busca dos melhores resultados em saúde/desfechos, com a utilização mais adequada dos recursos e levando a uma experiência satisfatória para o paciente [25].

5. O CASO DO SUS

O SUS em si é um estudo de caso de governança, mais ainda em tempos de pandemia. Primeiro porque abrange diversas instâncias subnacionais com comando único por nível de go-

verno, de acordo com a lei do sistema. Segundo porque deveria considerar todos os atores envolvidos, desde os cidadãos no seu papel primordial até profissionais, governantes e agentes econômicos, empresas com e sem finalidade lucrativa. Terceiro porque coloca em ação toda a cadeia de valor, desde a geração de conhecimentos até o consumo, passando pelos fluxos de regulação, distribuição e informação.

Nas primeiras semanas após a declaração da pandemia, a informação para a população foi um dos fatores mais críticos. De forma correta ou não, os dados apresentados com frequência pela equipe do Ministério ofereciam aos cidadãos uma sensação de segurança, de se sentirem por dentro de como estava o país e de como sua participação era importante para o futuro da saúde nacional. Contudo, antes do primeiro caso no Brasil, sabe-se que já havia uma série de informações, tanto de posse dos diferentes níveis de governo (federal, estaduais e municipais), tratadas em função da saúde global, quanto de algumas empresas com unidades fora do Brasil. Em função disso, há críticas – cuja acurácia não é transparente para a opinião pública – quanto a se deveriam ter sido tomadas medidas severas de controle pelo menos de viagens em função do Carnaval, que ocorreria em fevereiro e quando aglomeração popular é a norma.

Num segundo momento, começou uma discrepância de informações, em alguns casos, por desconhecimento (orientação quanto à não necessidade de utilizar máscaras nos deslocamentos normais, desmentida depois), em uns, por busca de evidenciar posições ou opiniões (por exemplo, a defesa da não necessidade de isolamento social) e em outros ainda por defesa de medicamentos aparentemente sem evidências científicas de sucesso (que ainda são utilizados por norma em algumas situações). Logo a seguir, com a redução de disponibilidade de EPIs e de equipamentos, com todos os interessados indo a campo para adquiri-los, o mercado se colocou, aumentando os preços de todos os insumos a números nunca vistos. Municípios, estados e serviços de saúde faziam guerra de preços também para contratação de profissionais especializados.

Onde se verificou comando de fato, conseguiu-se ver ação conjunta na gestão e utilização de recursos. Alguns municípios e estados conseguiram tratar a regulação do acesso aos leitos de UTI para COVID-19 e para outras necessidades. Ao mesmo tempo, ocorreu retração da Atenção Primária, priorizando a assistência hospitalar durante a pandemia em detrimento dos Agentes Comunitários de Saúde como agentes de saúde de fato. Tampouco, em média, foram preparados os profissionais para cuidar de sua saúde física e mental [26].

Em alguns dos países onde começou a pandemia, foram criados hospitais de campanha. O Brasil seguiu esse movimento, com diferentes modalidades de gestão, por organizações sociais ou por outras convidadas e interessadas. No entanto, não se pode dizer que tenha havido um processo de avaliação apropriado da experiência, para novas situações [27].

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelo controle dos planos de saúde, adiantou-se e sugeriu que os planos de saúde restringissem acesso a alguns procedimentos eletivos (que não tratamentos oncoló-

gicos e controles de outras condições crônicas bem como pré-natal e partos). Nesse clima, a falta de orientação única fez com que a população tivesse o comportamento habitual nessas condições de insegurança, optando por não procurar os serviços, postergando até mesmo o que seria necessário acompanhar.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), também vinculada ao Ministério da Saúde, está, em outubro de 2020, sob mira da opinião pública (e dos poderes constituídos) porque espera-se dela a liberação adequada da vacina (independentemente de qual seja). O assunto vacina mostra desconsideração pelas questões de governança, pois em vez de se buscar uma, qualquer, que funcione para a população, é objeto de torcida, fazendo a população correr o risco de ser manipulada em prol ou contra qualquer uma das duas.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Em outubro de 2020, o Brasil tem informações sobre as segundas ondas nos países europeus, inclusive epidemiológicas, de medidas de restrição e de tratamentos mais eficazes. Não se trata de copiar o que está sendo feito no exterior, mas de reavaliar o que foi feito e teve bons resultados e onde, tentando entender os fatores críticos de sucesso. O senso comum tem falado no novo normal após a pandemia. No entanto, é difícil dizer o que é normal e o que é realmente novo.

Não há por que criar autoilusões. As pessoas continuam as mesmas. O que é possível neste momento, pensando em planejamento, gestão e governança, é tentar reconstruir as instituições nacionais, Entre elas, no nosso país, com ímpeto civilizatório, está o SUS, que merece ser defendido. Com mais recursos, com mais diálogo, com mais *compliance* e com mais equidade.

REFERÊNCIAS

1. Buratini MN. Doenças infecciosas no Século XXI. Acta Paul. 2016;29(2). doi: https://doi.org/10.1590/1982-0194201600018

2. Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of infectious diseases. N Engl J Med. 2012;366(5):454-61. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMra1108296.

3. Johnson S. The ghost map: the story of London's most terrifying epidemic – and how it changed science, cities, and the modern world. New York: Riverhead Books; 2006.

4. Newsom SW. Pioneers in infection control: John Snow, Henry Whitehead, the Broad Street pump, and the beginnings of geographical epidemiology. J Hosp Infect. 2006;64(3):210-6.

5. Bundy J, et al. Crises and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development. J Manage. 2017;43(6):1661-1692.

6. Conselho Federal de Medicina. Telemedicina: CFM reconhece possibilidade de atendimento médico a distância durante o combate à COVID-19. Portal CMF [Internet]. 19 mar 2020 [acesso 2020 out 18]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/telemedicina-cfm-reconhece-possibilidade-de-atendimento-medico-a-distancia-durante-o-combate-a-covid-19/.

7. Mordecai EA, et al. Thermal biology of mosquito-borne disease. Ecol Lett. 2019;22(10):1690-1708. doi: https://doi.org/10.1111/ele.13335.

8. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance, 22 March 2020. Geneve: World Health Organization; 2020.

9. Vasquez-Bonilla WO, et al. A review of the main histopathological findings in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Hum Pathol. 2020;105:74-83. doi: https://doi.org/10.1016/j.humpath.2020.07.023.

10. California Emergency Medical Services Authority. Hospital Incident Command System [Internet]. [acesso 2020 out 18]. Disponível em: https://emsa.ca.gov/disaster-medical-services-division-hospital-incident-command-system-resources/.

11. Bertalanffy L von. Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimentos e aplicações. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

12. Pedroso MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. Cienc Saude Colet. 2012;17(10):2757-72.

13. Tsai AC, Venkataramani AS. Syndemics and health disparities: a methodological note. AIDS Behav. 2016;20(2):423–430.

14. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity; what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract. 1996;2(2):65–70.

15. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. J Health Soc Behav. 1995;35(Extra Issue):80-94.

16. Tsai AC. Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory?. Soc Sci Med. 2018;206:117-122. doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040.

17. 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.

18. Tsai T, et al. Hospital Board And Management Practices Are Strongly Related To Hospital Performance On Clinical Quality Metrics. Health Aff (Millwood). 2015;34(8):1304-11. doi: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1282.

19. Andreassi T, et al. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2017;33(3): e00030715.

20. Berwick DM. The moral determinants of health. JAMA. 2020;324(3):225-226.

21. Borges B. 26% dos moradores da cidade de SP já tiveram contato com o coronavírus, aponta pesquisa. Portal G1 [Internet]. 22 out 2020 [acesso 2020 out 21]. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/10/22/26percent-da-populacao-da-cidade-de-sp-ja-teve-o-contato-com-o-coronavirus-aponta-pesquisa.ghtml.

22. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Código das melhores práticas de governança corporativa. 5. ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015.

23. Graaf GD, Paanakker H. Good Governance: Performance Values and Procedural Values in Conflict. Am Rev Public Adm. 2014;45(6):635-652.

24. Gomes R, et al. The Polisemy of Clinical Governance: a review of literature. Cien Saude Colet. 2015;20(8):2431-9. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014.

25. Berwick DM, et al. The triple aim: health, care and cost. Health Aff (Millwood). 2008;27(3):759-69. doi: https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759.

26. Lotta G, et al. A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil. FGV, IEPS; 2020.

27. Carrera MB, Malik AM. Articulação público privada na resposta do SUS ao COVID 19. Estadão [Internet]. 27 abr 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/articulacao-publico-privada-na-resposta-do-sus-ao-COVID-19/.

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM TEMPOS DE CRISE

Gilson Caleman[1], Wilma Madeira Silva[2], Ângela Ferreira Gomes[3], Ana Paula Neves Marques de Pinho[4], Lena Vânia Carneiro Peres[5], Clara Sette Whitaker Ferreira[6]

Resumo: O artigo aborda a importância da adoção do planejamento estratégico situacional (PES) para atender organizações complexas, que enfrentam situações e estão sujeitas a acontecimentos que mudam bruscamente o ritmo e o foco de atenção. Trata-se do resultado de pesquisa exploratória, desenvolvida por meio de levantamento bibliográfico que permitiu analisar componentes do PES e de outras ferramentas adotadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) brasileiras, aplicadas na gestão da crise estabelecida por conta da Pandemia da COVID-19, ocorrida em 2020. Identificou-se que planos de gestão de crise são mais potentes quando encontram planos de ação previamente elaborados, fundamentados em um sistema de direção estratégica. Os conteúdos estudados e a experiência prática vivenciada durante o processo de facilitação e de acompanhamento da execução dos planejamentos estratégicos elaborados pelas SES, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde, fundamentaram e confirmaram a elaboração de um fluxograma de manejo de crises que, baseado nos princípios do PES, organiza e orienta o enfrentamento de crises. O planejamento bem fundamentado sustenta o manejo de crise até a retomada pós-crise, sobretudo, como capacidade de raciocínio estratégico das equipes, como prática insti tucional de reflexão permanente, lidando com múltiplos recursos e governabilidade compartilhada.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico Situacional. Gestão. Manejo de Crise. Avaliação. Saúde Pública.

1 Gilson Caleman, médico, doutor em medicina interna e terapêutica, Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), ORCID https://orcid.org/0000-0001-7439-8662, gcaleman@hotmail.com.

2 Wilma Madeira da Silva, comunicóloga, doutora em ciências, Gerente de Projetos Sociais, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, ORCID https://orcid.org/0000-0003-3885-7723, wilmams@alumni.usp.br.

3 Ângela Ferreira Gomes, pedagoga, especialista em planejamento estratégico, consultora na PLANES Consultoria, ORCID https://orcid.org/0000-0003-4897-0041, angelacfgomes@gmail.com.

4 Ana Paula Neves Marques de Pinho, assistente social, Diretora Executiva de Responsabilidade Social, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, ORCID https://orcid.org/0000-0002-8401-0331, ampinho@haoc.com.br.

5 Lena Vânia Carneiro Peres, médica, doutora em medicina, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul, ID ORCID https://orcid.org/0000-0003-1488-6548, lena.agenda@gmail.com.

6 Clara Sette Whitaker Ferreira, médica, mestre em medicina preventiva e especialista em gestão da atenção à saúde, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul, ID ORCID https://orcid.org/0000-0003-3320-1856, clarasettew@gmail.com

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3s4Q8Hv

1. INTRODUÇÃO

O planejamento – analisar cenários, definir objetivos e traçar estratégias – foi e permanece sendo o principal caminho para alcançar resultados efetivos e transformar instituições. Por meio de análise situacional, de elaboração de planos e de desenvolvimento de capacidades, as organizações se preparam para aquilo que o dia de amanhã pode trazer de novo, que, no geral, é uma sequência de acontecimentos cujos sinais podem ser verificados hoje, mas que, em tantas outras vezes, podem ser surpreendentes e até radicais [1].

A análise situacional deve ser considerada uma leitura de dados e de informações que expressam uma determinada interpretação da realidade, construída em função de distintos valores, interesses e inserção social daquele que a explica [1,2].

O conceito de situação está intimamente relacionado com a perspectiva daquele que explica a realidade [1]. Toda explicação é uma leitura da realidade feita por um autor. Assim, mesmo que tenhamos diferentes interpretações de uma mesma realidade, é importante reconhecermos essas diferenças que, fundamentalmente, têm relação com a posição que assumimos num determinado jogo social [1,2].

Estratégia é uma palavra à qual se atribui diferentes significados: algo importante (estratégico) a ser feito, um cálculo para vencer um oponente, e até aspectos transcendentes, relativos ao futuro [1]. No planejamento estratégico, o conceito de estratégia deve ser compreendido como o uso ou a aplicação de uma mudança situacional visando alcançar a situação objetivo. Por sua vez, tática é entendida como o uso ou a aplicação de recursos escassos para obter uma mudança situacional imediata [1,2].

A gestão estratégica integra o que é estratégico ao que é operacional, dilui uma possível decisão vertical e introduz um planejamento contínuo, flexível e ajustado, o que permite a

concretização de um conjunto coerente de projetos [3]. É um meio que proporciona a prática de uma tomada de decisão de forma mais integradora. Permite que as organizações oportunizem e se antecipem às mudanças e transformações dos ambientes no qual estão inseridas.

Existem diferentes formas, métodos e instrumentos para se realizar análises de cenário e elaboração de planejamento, desde os mais tradicionais, até ferramentas mais atuais, com processos mais abertos, flexíveis e participativos, incluindo os que privilegiam o uso de técnicas e ferramentas tais como o *design thinking* [4].

Situações complexas, como são as de governo, estão sujeitas a acontecimentos que mudam bruscamente o ritmo e foco de atenção. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) considera esses acontecimentos nas análises, com conceitos como ameaça, surpresa e crise [5]. Neste artigo, trataremos do PES, por ter sido esse o caminho metodológico vivenciado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) durante os anos de 2019 e 2020, com o suporte técnico do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS.

Em 2020, a ocorrência da pandemia da COVID-19 mudou o cenário internacional e local de forma surpreendente, impondo novos desafios a qualquer gestor, em especial, aos gestores da saúde, exigindo a construção de planos de contingência e a adoção de respostas rápidas para o enfrentamento da realidade complexa da emergência em saúde [6].

Os planos de gestão de crise ou planos de contingência são mais potentes quando encontram planos estratégicos prévios, com fundamento para as ações, e sistema de direção estratégica implantado. Tal sistema é formatado por um conjunto de dispositivos que sustentam a prática de planejamento estratégico em uma organização, considerando a análise situacional imediata e a visão direcional de longo prazo. Entre os dispositivos, estão a agenda dos dirigentes; o processamento técnico-político de problemas e o gabinete de crises [7].

Cenários mudam, e crises acontecem, afetam e desafiam a capacidade de governo e a governabilidade e impõem novos dados em cenários analisados. No entanto, no uso comum do conceito de governabilidade, há grande falta de rigor: às vezes a confundem com o sistema que expressa o triângulo de governo em uma situação concreta, e se fala de crise de governabilidade, outras vezes a confundem com a capacidade de governo. Em ambos os casos, perde-se a especificidade do conceito de capacidade de governo com o qual se oculta a causa principal da crise do estilo de fazer política [7].

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, desenvolvida por meio de levantamento bibliográfico que permitiu analisar componentes do PES e de outras ferramentas adotadas pelas SES, e aplicadas à gestão de crise estabelecida por conta da pandemia da COVID-19, ocorrida em 2020.

Após a realização de levantamento, utilizou-se a abordagem qualitativa para analisar e identificar conteúdo [8] dos textos produzidos entre artigos de periódicos, dissertações e monografias. Foram excluídos os artigos que se repetiram nas bases de dados trabalhadas.

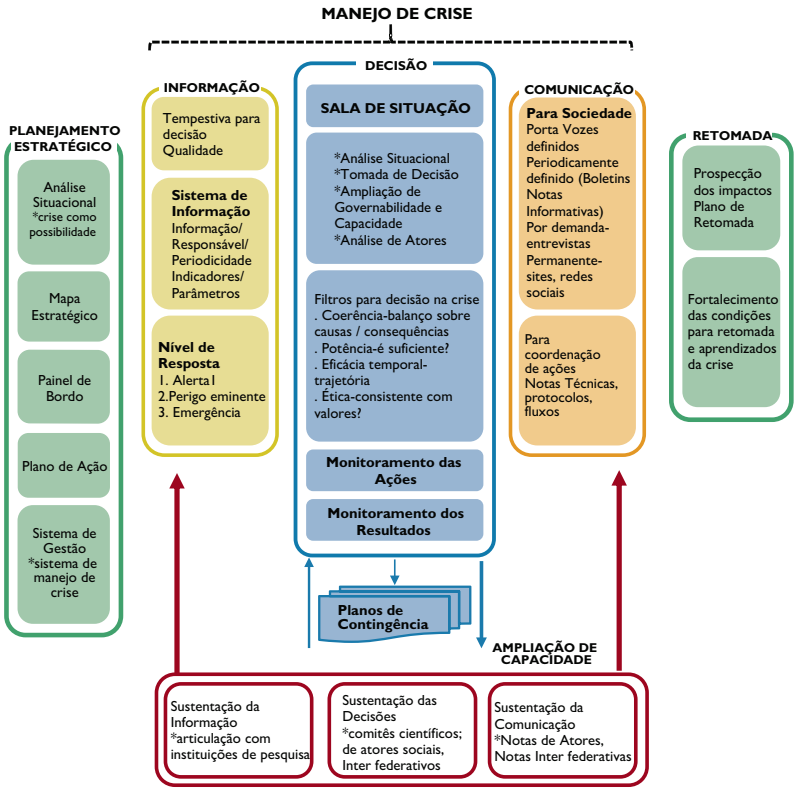
Após seleção e leitura crítica, os conteúdos dos textos foram tratados por meio de critérios de análise de conteúdo.

Os conteúdos e todo o processo desenvolvido na construção dos Planos Estratégicos nas SES fundamentaram e confirmaram a elaboração de um fluxograma que, baseado nos princípios do PES, organiza e orienta o enfrentamento de crises.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxograma de manejo de crise apresentado a seguir é resultante dos achados bibliográficos, análises e reflexões sobre a prática do processo de planejamento estratégico das SES no âmbito do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS.

Figura 1. Fluxograma de Manejo de Crise



Fonte: Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Proadi-SUS, 2020.

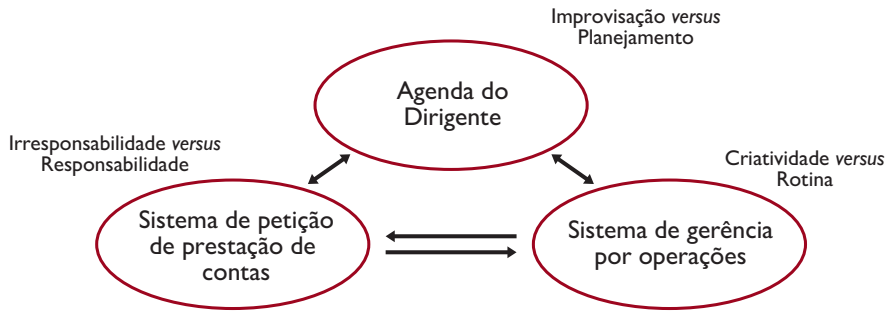
O planejamento estratégico é a coluna vertebral do enfrentamento de crises, como parâmetro para as decisões e referência para as ferramentas de análises e para os instrumentos de gestão.

No apoio e facilitação do planejamento estratégico das SES, a partir da base conceitual do PES, o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS lançou mão de elementos de outras metodologias de análise e gestão estratégica, notadamente o Mapa Estratégico do *Balanced Scorecard* (BSC), que descreve a articulação entre valores, missão, visão de futuro e os objetivos estratégicos da organização [9].

As SES ocuparam a linha de frente no enfrentamento da crise COVID-19, com grandes impactos em relação ao foco de atenção, ações, metas, indicadores e direcionamento de recursos planejados. Entretanto, o manejo da crise não substituiu o raciocínio do planejamento estratégico. A crise abre um esforço concentrado e extraordinário, mas bastante coerente e alinhado com a visão de longo prazo, a identidade institucional de cada SES, em seus valores e missão no âmbito do SUS, e com seus objetivos estratégicos, nas diferentes dimensões. O planejamento estratégico foi base para organização e efetivação das ações de enfrentamento

Em que pese a grande heterogeneidade de estruturas, composição do grupo de planejamento, entre outras, as SES contaram, no momento da crise, com a experiência de pactuação de sistema de gestão. O Projeto buscou contribuir para o desenvolvimento do pensamento estratégico [7], fomentando sistemas de gestão capazes de proteger o uso do tempo dos gestores para os focos prioritários, de estabelecer dinâmica de monitoramento e avaliação de resultados, a partir de responsabilidades claramente definidas e de análises situacionais periódicas, conforme o Triangulo de Ferro (**Figura 2**), proposto pelo PES.

Figura 2. Triângulo de Ferro



Fonte: Matus, C. 1996.

O Triângulo de Ferro tem como objetivo garantir a qualidade da gestão, compreendendo três sistemas interdependentes: a Agenda do Dirigente; o Sistema de Petição de Prestação de Contas; e o Sistema de Gerência por Ações.

A Agenda do Dirigente examina o uso do tempo e foco de atenção dos decisores e das equipes de gestão. O tempo é um recurso escasso, rígido e irreversível. Não devemos esquecer que estamos tratando de planejamento estratégico, portanto o plano é seletivo, trata das questões estratégicas, sendo que todas as demais devem fazer parte da programação de atividades que é extensiva. A Agenda deve expressar a atitude estratégica, sendo ocupada pelas questões realmente importantes para a gestão. É necessário diminuir ao máximo a improvisação e aumentar de maneira significativa o tempo do dirigente com as ações estratégicas [7].

As equipes dirigentes das SES concentraram-se no esforço necessário ao enfrentamento da pandemia. O papel desempenhado pelos estados neste problema de saúde pública agudo e de alto impacto para a sociedade, denota essa seleção estratégica de foco e uso do tempo no momento da crise.

O Sistema de Petição de Prestação de Contas aponta que, em cada instituição local, em cada departamento, e até no nível mais descentralizado, deve imperar o hábito – como rotina formal – de pedir e de prestar contas sobre cada atividade. Esse sistema permite a construção cotidiana de registros, e consequente possibilidade de rastreamento, de decisões, ações e recursos utilizados.

A designação, nas matrizes desenvolvidas pelo Projeto nas SES, do profissional responsável (não um departamento ou setor), dos prazos e recursos envolvidos para cada ação do plano, são base para a construção desta dinâmica de petição e prestação de contas.

No âmbito do manejo da crise, o desafio envolveu tomada, registro e acompanhamento de decisões, em curto espaço de tempo, com a responsabilização por um conjunto de novas e grandes ações, registro e acompanhamento de recursos extraordinários, superando em muito o orçamento previsto para as SES.

Por fim, no Sistema de Gerência por Ações, deve-se constituir uma prática de descentralização de capacidade, recursiva e guiada pelo critério de eficácia, que esteja desde o nível mais estratégico até os níveis mais operacionais. A ideia é que, uma vez estabelecidas metas e objetivos estratégicos, cada gestor possa decidir e agir ante a realidade, que é complexa e multifacetada. O sistema de gerência por ação busca ser antídoto para a rigidez do plano, que burocratiza excessivamente a instituição e tende a ser engavetado como peça anacrônica, diante das mudanças situacionais inevitáveis.

As SES produziram, ao longo dos meses de enfrentamento da COVID-19, um conjunto de avanços e inovações de gestão, incluindo apoio ao manejo regionalizado da crise, de vigilância em saúde, de prevenção, assistência, educação, comunicação, que apontam capacidade de ação capilarizada coordenada.

A crise da pandemia encontrou nas SES, portanto, uma experiência de planejamento estratégico que, conduzida de forma participativa pelo Projeto, por meio de facilitadores e oficinas

com metodologias ativas, capacitou equipes para processamento técnico-político de problemas e organização de sistemas de direção estratégica.

O sistema de manejo de crise proposto no fluxograma envolve, fundamentalmente, informação, decisão e comunicação.

Em situações emergenciais, como no caso da COVID-19, as lacunas de conhecimento (informação), associadas às condições de vulnerabilidade e comunicação frágil, tenderam a potencializar o agravamento da crise [6]. As lacunas de conhecimento, devem ser consideradas nas suas duas vertentes: a primeira está relacionada com os fatores determinantes da crise; a segunda refere-se à base de dados com informações relacionadas com a sua ocorrência. A primeira deve ser suprida com informações fundamentadas em evidências científicas e critério de boas práticas, promovendo a gestão de riscos e danos, mais efetiva. A segunda deve processar informações com alto grau de confiabilidade, que devem ser disponibilizadas no curto prazo para a tomada de decisão mais rápida e eficaz. A informação tempestiva e de qualidade é fundamental para decisão e comunicação.

As SES responderam ao imperativo de medir e acompanhar o enfretamento da crise com informações e indicadores epidemiológicos e de capacidade do sistema de saúde, além de aspecto econômicos e sociais, como indicadores de isolamento social. Foram organizados fluxos de notificação, alimentação de banco de dados e organização da informação, com responsabilidades definidas, acionando níveis de resposta previamente estabelecidas, segundo alarme, perigo eminente e emergência. Foram desenvolvidos painéis, sistemas, portais, muitas vezes em parcerias com universidades e instituições de pesquisa, que são legados do manejo da crise para o processo de monitoramento estratégico da saúde pública nos estados.

No âmbito da decisão, cabe destacar o conceito de sala de situação para o PES, como instância que reúne no mesmo espaço os responsáveis pelos diferentes elos de decisão, reduzindo trâmites e cegueiras setoriais, e comprometendo o conjunto de decisores para ação coordenada.

A sala de situação permite análise sob as múltiplas perspectivas e se organiza a partir de suporte potente de informações. As ferramentas de análise situacional, contribuem para a tomada de decisão, conduzindo uma leitura integrada dos componentes da crise e suas inter-relações, a seleção dos elementos sobre os quais a ação será mais oportuna e eficaz (nós críticos), a coordenação de ações gerenciais, o entendimento dos atores relevantes, seus interesses e recursos, a prospecção de impactos negativos das decisões e possíveis medidas paliativas [10].

São filtros para decisão: a potência perante a dimensão do problema, a eficácia temporal, além do balanço sobre resultados e consequências, e a consistência com os valores institucionais. O monitoramento das ações e resultados, contando novamente com a base de informação funcionando, alimenta novas análises e decisões, com aprendizado sobre a dinâmica da crise, e organização para retomada.

As estruturas dedicadas ao manejo da crise nos estados estão nomeadas como Centro de Operação e Emergências em Saúde (Coes), Comitê Governamental de Gestão da Emergência

em Saúde Pública, Força-Tarefa de Enfrentamento do Coronavírus, Sala de Situação para o Enfrentamento da COVID-19, entre outros.

Nessas instâncias, organizadas em diferentes níveis de governo, foram tomadas decisões consubstanciadas em planos de contingências, planos de ação, projetos, portarias, declarações, além dos instrumentos voltados para coordenação de ações institucionais, como notas técnicas e protocolos.

As decisões dependem do elo da comunicação para serem realmente efetivas. A comunicação desempenha um papel crucial na gestão de crises [11]. O conceito de comunicação inclui a criação de significados compartilhados entre os diversos membros de um sistema de interação [12]. Quando o gestor ou a instituição articular seus objetivos e missão de forma que tenham significado, os indivíduos e as organizações da sociedade responderão com recursos e apoio para alcançar esses objetivos.

A comunicação deve abranger o desenvolvimento de estratégias que influenciem os cidadãos no que diz respeito aos conteúdos e a elaboração de planos de comunicação internos. A comunicação externa apenas funcionará quando houver uma boa comunicação interna e um conhecimento fundamentado dos colaboradores sobre a instituição e sobre os elementos que constituem a crise [13,14].

Especialmente relevante na situação específica da crise COVID-19, a comunicação abrangeu desde a narrativa sobre o processo de contágio e a capacidade do sistema de saúde, representada pela figura que se espalhou no mundo, com curva aguda, se nada fosse feito, a curva achatada, pela tomada de medidas de restrição, e a linha de teto da capacidade dos sistemas.

As SES desenvolveram ações de comunicação para prevenção, para divulgação de ações e medidas de enfrentamento, para facilitar acesso às informações técnicas, com sites e portais específicos para a COVID-19. Foram elaboradas notas técnicas e outros instrumentos de coordenação de ações institucionais. De maneira mais ampla, o diálogo com a sociedade, por meio de redes sociais, imprensa, em reuniões com segmentos específicos entre outros, esteve fortemente presente na ação das equipes dirigentes estaduais.

A qualidade e a transparência da informação são fundamentais para sustentar a comunicação e conferir credibilidade à estratégia de manejo da crise e às lideranças. Os estados avançaram em transparência da informação, tanto em relação às informações epidemiológicas, com boletins que foram sendo aperfeiçoados ao longo da trajetória, quanto no que se refere a informações sobre recursos, receitas e despesas COVID-19.

Cabe ainda mencionar a construção de sustentação para informação, decisão e comunicação, lançando mão de articulações comatores sociais. A análise de atores como parte da prática institucional de planejamento estratégico favorece o mapeamento e atuação daqueles que detêm recursos fundamentais para enfrentamento da crise, quer seja de conhecimento, de implantação

conjunta ou de comunicação. São exemplos nesse sentido os comitês científicos e parcerias com instituições de pesquisa para sustentação da informação, as articulações interfederativas, as notas de atores sociais com apoio às medidas de restrição etc.

O enfrentamento da crise se fez com mais efetividade porque foi resultante do PES, contemplando um plano estratégico potente que permitiu lidar de forma adequada com a capacidade de governo e com a governabilidade, apesar de afetadas pela complexidade da crise, entre outros.

Finalmente, a preparação da retomada pós-crise também se alinha ao planejamento estratégico em curso. A retomada não significa voltar à situação anterior, as crises de grande dimensão alteram as variáveis de cenário, posicionamentos e força de atores, recursos, capacidades. É preciso prospectar e estabelecer as diretrizes para lidar com as consequências, adequar os planos de ação, examinar os indicadores e metas ante a nova realidade.

A retomada impõe avaliação sobre a trajetória de manejo da crise e seus aprendizados. Objetivos estratégicos da SES, como a regionalização, o aprimoramento da gestão, de sistemas de informação e monitoramento, foram positivamente ativados nessa trajetória.

O planejamento sustenta o manejo de crise até a retomada, sobretudo, como capacidade de raciocínio estratégico das equipes, como prática institucional de reflexão permanente, projeto, ação e correção, lidando com múltiplos recursos e governabilidade compartilhada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou apresentar o caminho percorrido, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, fruto da parceria do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi-SUS. .

O referido projeto tinha como objetivo, propiciar a construção do Planejamento Estratégico, no âmbito das SES, e subsidiar tecnicamente a elaboração dos instrumentos de gestão.

Um planejamento orgânico, como o proposto no contexto analisado, permite a gestão de crises de forma articulada, tendo como principal potência, para gestão mais efetiva, o mapeamento das necessidades e problemas, possibilitando uma atuação eficaz.

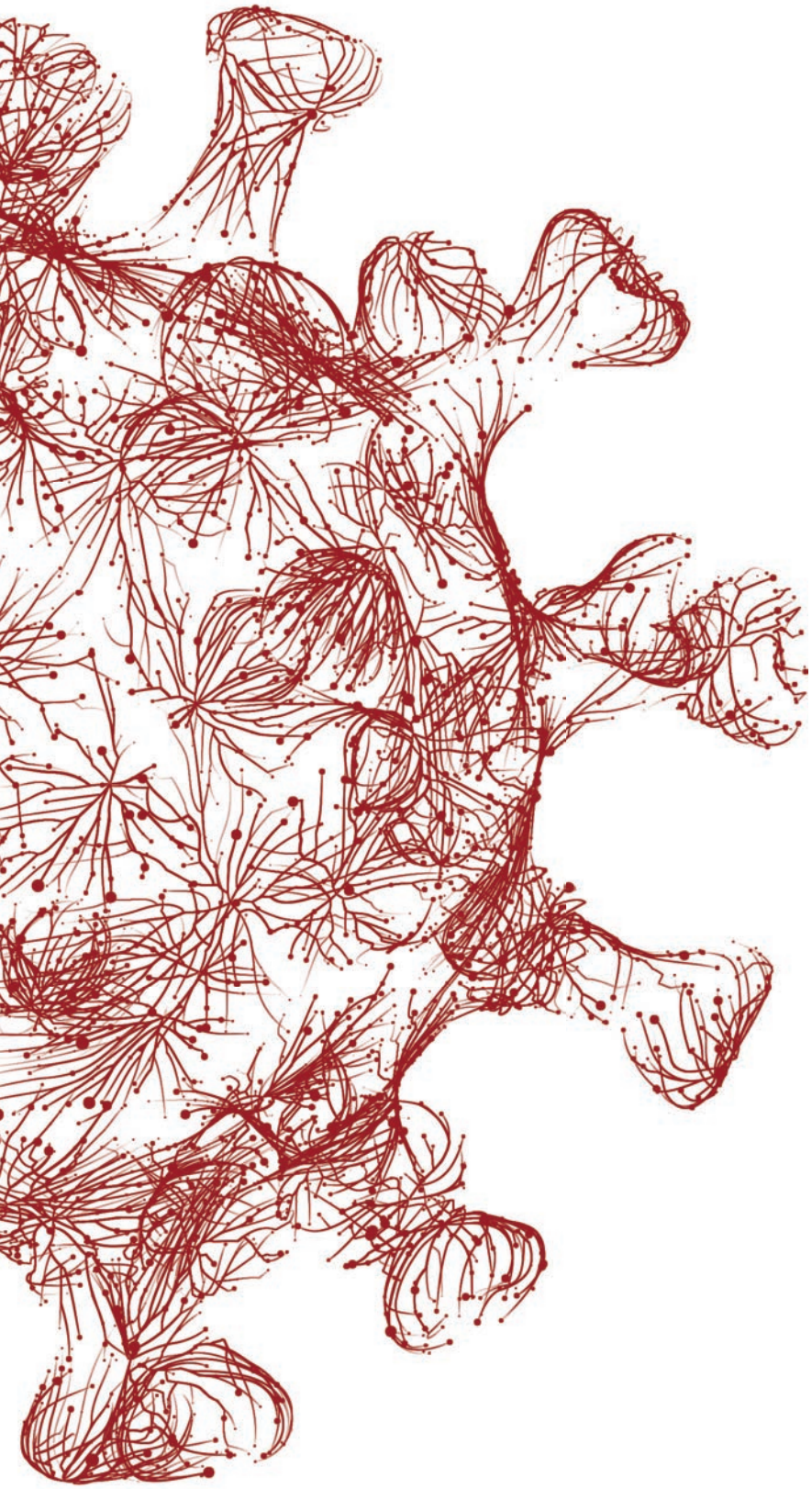
O processo de facilitação – fundamentado na construção de novos conhecimentos de forma ativa e participativa – envolveu o maior número possível de departamentos das SES, permitiu o empoderamento de cada secretaria e propiciou a elaboração de planejamento consistente com as necessidades locorregionais, para tornar esse instrumento em imprescindível ferramenta de gestão em saúde pública.

Nesse sentido, e com base em referências bibliográficas levantadas e selecionadas, e pautado na experiência prática vivenciada durante o processo de facilitação, de acompanhamento da execução dos planos estratégicos elaborados pelas SES, confirmaram a relevância desse processo construído coletivamente, como decisivo para enfrentamento da pandemia da COVID-19. Os conteúdos fundamentaram e confirmaram a elaboração de um fluxograma que, baseado nos princípios do PES, organiza e orienta o enfrentamento de crises.

Por fim, cabe destacar que, diante do vasto conteúdo bibliográfico existente, relacionado com o campo da gestão e da administração, identificaram-se poucas publicações técnico-científicas relativas à integração de metodologias e técnicas que suportem melhor as necessidades das gestões complexas, como são as de governos, com sentida ausência de suportes para o enfrentamento e manejo de crises. O presente estudo busca contribuir para a superação de tais necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Tomo I e II. Brasília: IPEA; 1993.
2. Caleman G, et al. Projeto Aplicativo: Termos de Referência. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa: São Paulo; 2016.
3. Rivera FJU. Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Brown T. Design thinking, uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. São Paulo: Campus; 2010.
5. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Tomo I e II. IPEA. Tomo I e II. Brasília: IPEA; 1993.
6. Silveira LC, Oliveira AB. Desafios e estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de COVID-19. Res Soc Dev. 2020;9(8):e5439887. doi: https://doi.org/1033448/rsd-49185987.
7. Matus C. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: Estratégias Políticas. São Paulo: Ed. Fundap. São Paulo; 1996.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Coimbra: Edições 70; 2011.
9. Kaplan RS, Norton DP. A estratégia em ação: Balanced Scorecard. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
10. Codo F. Sala de Situação Gerencial baseada no Planejamento Estratégico Situacional para Gestão Pública. Anais do IX Workshop de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro Paula Souza; 2014 out 3-5; São Paulo, SP. p. 124-35.
11. Madureira LT, Marques CG. A Comunicação em saúde na era das redes sociais. In Marques CG, et al., editores. Rumos Estratégicos: Começar e Recomeçar. Atas da XI Semana de Gestão. Tomar: Instituto Politécnico de Tomar; 2016.
12. Comfort L. Crisis Management in Hindsight: Cognition, Communication, Coordination, and Control. Public Adm Rev. 2007;189-97. doi: https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00827.x.
13. Ruão T, et al. Fontes e Assessorias em Saúde: duas faces da mesma moeda? Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade; 2012.
14. Madureira LT. Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde [dissertação] [Internet]. Tomar [PT]: Instituto Politécnico de Tomar; 2016 [acesso 2020 set 21]. p. 41-48). Disponível em: https://core.ac.uk/reader/84111028.



GOVERNANÇA E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ENTRE MARÇO E JUNHO DE 2020

Benjamin Zymler[1]

Francisco Sérgio Maia Alves[2]

Resumo: O surgimento da pandemia da COVID-19 afetou profundamente a sociedade e os governos, impondo-lhes uma série de desafios com urgência de equacionamento. O objetivo deste ensaio foi analisar a estrutura de governança do Ministério da Saúde (MS) para a solução da crise sanitária e as medidas orçamentárias e financeiras adotadas no início do enfrentamento do problema, de março a junho de 2020. Para a consecução desse propósito, foram usadas as informações do segundo relatório de acompanhamento aprovado pelo Tribunal de Contas da União por meio do Acórdão 1.888/2020-Plenário, bem como os dados e demais elementos disponíveis em portais do governo na internet, *sites* de notícias e em textos produzidos pela doutrina. Ao final do trabalho, constatou-se um *deficit* de coordenação do MS visando à definição das estratégias e ações ótimas para a solução do problema. Da mesma forma, não foi possível deduzir uma lógica racional na transferência de recursos financeiros e na distribuição de insumos adquiridos aos demais entes federativos. Avaliou-se ser necessário construir um plano estratégico, tático e operacional para o combate à COVID-19, sem prejuízo de se começar a projetar, desde logo, as ações governamentais para o enfrentamento do cenário de crise econômica pós-pandemia.

Palavras-Chave: COVID-19. Governança. Orçamento. Gasto Público. Tribunal de Contas da União.

1 Ministro do Tribunal de Contas da União. Mestre em Direito e Estado pela Universidade de Brasília (UnB). Graduado em Engenharia Elétrica pelo Instituto Militar de Engenharia (IME) e em Direito (UnB). Professor em programas de pós-graduação de instituições brasileiras públicas e privadas.

2 Mestre em Direito e Políticas públicas pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Graduado em Direito pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e em Engenharia Civil Aeronáutica pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA). Atualmente é Auditor Federal de Controle Externo no Tribunal de Contas da União e Assessor do Ministro Benjamin Zymler.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/38t9H4u

1. INTRODUÇÃO

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência em saúde pública de importância internacional em decorrência do surto do novo coronavírus [1]. Tal situação ensejou a edição da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 118, de 3 de fevereiro de 2020, que emitiu idêntica declaração no âmbito nacional e adotou as primeiras medidas de prevenção, controle e contenção de riscos [2].

A partir de então, o governo central tomou uma série de ações no plano legislativo e operacional visando ao enfrentamento da crise sanitária. Cabe destacar que, no início de março, a situação foi enquadrada pela OMS como pandemia [3].

As providências adotadas pela União podem ser divididas em três grandes eixos.

O primeiro envolveu medidas de natureza econômica, tais como a garantia de renda das famílias, o suporte a empresas, o auxílio financeiro aos estados e aos municípios, a provisão de liquidez ao sistema bancário e a liberação de capital regulatório [4].

O segundo contemplou a modificação de normas estruturantes de contratações públicas, direito financeiro e responsabilidade fiscal, cabendo mencionar a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, a Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020 e a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020.

Por fim, devem-se destacar as ações específicas de combate à pandemia do novo coronavírus implementadas pelo MS e órgãos congêneres das demais unidades federativas, as quais se deram a partir da edição de uma série de normas infralegais e atos concretos de execução da política pública de saúde.

Destarte, o objetivo deste ensaio é se debruçar sobre o último eixo de ações, mais precisamente sobre a estrutura de governança do MS para o equacionamento do problema e as medidas orçamentárias e financeiras adotadas no início do enfrentamento da crise sanitária, entre março e junho de 2020.

Para a consecução do objetivo do trabalho, foram usadas, preponderantemente, as informações contidas no segundo relatório de acompanhamento aprovado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) por meio do Acórdão 1.888/2020-Plenário [5]. Ademais, foram coletados dados e informações em portais do governo disponíveis na internet, *sites* de notícias e em textos produzidos pela doutrina.

Cabe destacar que o presente estudo não tem a pretensão de servir como um juízo definitivo sobre os atos de governo, até porque existe uma série de ações adotadas após o período de abrangência do trabalho, cuja eficiência e efetividade somente poderão ser perquiridas no momento futuro.

Dessa forma, este trabalho trata de um microcosmo do cenário vivido no país, servindo de suporte para o conhecimento e o escrutínio das medidas adotadas pelo governo federal, sob a perspectiva operacional, orçamentária e financeira.

2. GOVERNANÇA

Conforme o Referencial básico de governança elaborado pelo TCU, o termo governança corresponde ao "sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sociedade, alta administração, servidores ou colaboradores e órgãos" [6].

Oriundo da ciência da administração, o termo foi assimilado pelos estudiosos das estruturas do governo e do setor público, tendo sido recentemente positivado no ordenamento jurídico, com a edição do Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017.

Consoante o art. 2º, inciso I, da norma, a governança pública é "o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade" [7].

O referido decreto anunciou os princípios, as diretrizes e os mecanismos necessários para a implantação desse conceito no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, que, a partir de então, foi instada a cumprir as boas práticas de governança estabelecidas na norma.

Foi com base na disciplina do Decreto nº 9.203/2017 e na literatura especializada sobre a matéria que a equipe de fiscalização do TCU analisou a estrutura de governança do MS para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus.

A unidade técnica construiu uma visão estrutural do órgão e suas subunidades, a fim de identificar os setores encarregados pelo equacionamento dos desafios postos pela crise sanitária que se alastrou no país a partir de março deste ano.

Ressalta-se que não foi realizado um estudo dos resultados da gestão a partir de indicadores, haja vista o estágio de execução da política pública, ainda em andamento, e o caráter extraordinário e emergencial do problema enfrentado.

Dentre os diversos órgãos identificados, cabe destacar o papel preponderante executado pelo Comitê de Operações de Emergência em Saúde (COE), que vem a ser umas das principais unidades da estrutura de governança do MS para o combate à pandemia.

Conforme apurado pela equipe de auditoria, o COE é:

> [...] uma estrutura organizacional temporária, constituída por profissionais do Ministério da Saúde (MS) com competência para atuar nessa tipologia de emergência, cujo objetivo é de promover a articulação e integração das diversas áreas do Ministério para resposta à crise [8].

Trata-se, portanto, de uma unidade do MS encarregada de promover a gestão coordenada da resposta à emergência decorrente da COVID no âmbito nacional. Sob essa perspectiva, seria esperado que esse setor tivesse preponderância técnica na definição das ações estratégicas e operacionais para o enfrentamento da crise sanitária no âmbito do MS.

Do mesmo modo, seria razoável que o COE centralizasse as decisões de compras de equipamentos e insumos, a partir da demanda dos diversos setores do MS, e os esforços de padronização dos documentos preparatórios das contratações, exercendo, inclusive, um papel orientativo sobre as demais esferas da federação.

Tal medida é recomendada pela literatura especializada em compras públicas, como se verifica na obra de Eduardo Fiuza et al. Segundo os autores, a gestão centralizada das aquisições é uma estratégia adequada para a racionalização da demanda e do uso dos insumos hospitalares, ainda mais considerando o contexto da pandemia, que se apresenta como uma ótima oportunidade para aceleramos a convergência para essas compras coordenadas [9].

No caso do Brasil, o COE poderia ser um canal de operacionalização da Lei nº 13.979/2020, em especial na definição de termos de referência, projetos básicos simplificados e na consolidação de informações visando à elaboração de estimativas de preços para contratações públicas.

O COE poderia capitanear os esforços no sentido de construir uma grande base de dados de cotações realizadas e contratações ultimadas, a fim de formar um banco de preços que servisse de parâmetro para as contratações dos diversos entes.

Todavia, esse não foi o quadro verificado pela equipe de acompanhamento do TCU. Conforme descrito no relatório de acompanhamento, as decisões a respeito de aquisições têm sido tomadas pelos Secretários das áreas finalísticas do MS, de modo que não foi percebida uma efetiva coordenação por parte do COE.

Sob a perspectiva da relação com os outros entes federativos, a equipe de fiscalização também não verificou uma diretriz estratégica clara de enfrentamento do novo coronavírus no país, com objetivos estabelecidos, a ser comunicada e implementada em nível nacional, em articulação com os demais entes.

Tal quadro prejudica o atingimento dos resultados esperados em razão das ações implantadas, além de ocasionar desperdício de recursos humanos e financeiros.

Diante do contexto fático narrado, o TCU decidiu, por meio do Acórdão 1.888/2020-Plenário, determinar ao MS que adotasse as medidas necessárias visando a adequar o funcionamento do COE aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020.

Além do COE, o TCU identificou outros órgãos de articulação, coordenação e acompanhamento das ações de combate à COVID-19. São eles: o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 da Casa Civil.

A equipe de auditoria verificou uma aparente sobreposição de funções entre os órgãos listados, o que foi objeto de apontamento pelo TCU. O Tribunal consignou que há instâncias diversas para tratamento do mesmo tema sem a devida divisão de competência e atribuições.

Os fatos relatados denotam a falta de clareza na definição formal de funções e responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais, o que vai de encontro ao princípio da capacidade de resposta, previsto no art. 3º, inciso I, do Decreto nº 9.203/2017, e à diretriz de governança pública estabelecida no inciso X do art. 4º da mencionada norma.

Em razão do exposto, o TCU determinou ao MS que adaptasse o funcionamento dos órgãos aos normativos de regência, disciplinando a sua atuação coordenada entre eles, conforme as diretrizes de governança pública.

A equipe de fiscalização identificou a existência de um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, com a especificação de medidas de ação, mas não logrou encontrar o detalhamento das ações operacionais necessárias para a sua implantação.

Por esse motivo, o Tribunal determinou que o MS elaborasse plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas indicadas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

No tocante aos recursos orçamentários para o combate à COVID-19, foi criada ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constava, até 25 de junho de 2020, a dotação atualizada de aproximadamente R$ 44,20 bilhões. Desse total, R$ 38,97 bilhões foram alocados ao MS, de acordo com consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) por meio do sistema Tesouro Gerencial.

Sob o ponto de vista financeiro, o acompanhamento realizado pelo TCU detectou uma baixa execução dos valores reservados ao enfrentamento da pandemia, entre os meses de março e junho de 2020, tanto no que se refere à execução direta pelo MS quanto no tocante às transferências fundo a fundo.

A tabela a seguir, extraída do relatório de fiscalização, ilustra a situação até 25 de junho de 2020, em bilhões de reais – dados do Tesouro Gerencial (https://tesourogerencial.tesouro.gov.br/servlet/mstrWeb?pg=login).

Tabela 1: Dotação atualização e aplicação dos recursos (em bilhões de reais)

Modalidade	Dotação (R$)	Empenhado	Liquidado	Pago
Aplicações Diretas	11,41	2,89	1,41	1,40
Transferências a Estados e DF	10,00	4,06	3,94	3,94
Transferências a Municípios - Fundo a Fundo	16,87	5,79	5,71	5,71
Demais	0,69	0,48	0,44	0,43
TOTAL	38,97	13,22	11,50	11,48

Além disso, a equipe de fiscalização não conseguiu desvendar a lógica por trás do financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde materializada pela ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

No que se refere à tipologia das aquisições, em um primeiro momento, procedeu-se às contratações de grande vulto relacionadas com ventiladores pulmonares, equipamentos de proteção individual, como máscaras, e sistemas de atendimento informatizados. Posteriormente, verificou-se que as aquisições focaram em testes para detecção da COVID-19.

Esse aspecto sinaliza uma mudança de estratégia do MS, o que, de certa forma, parece uma situação aceitável, considerando o contexto de desconhecimento inicial dos efeitos da doença e da própria necessidade de priorizar as compras dos equipamentos críticos para

o enfrentamento da pandemia. Ademais, a estratégia de testagem em massa da população somente sobreveio depois, possivelmente em razão de experiências internacionais bem-sucedidas, como é o caso da Coreia do Sul [10].

De todo modo, a equipe de fiscalização não logrou identificar a estratégia de aquisições do MS no combate à COVID-19, tampouco a de logística e distribuição dos insumos e materiais adquiridos.

Essa situação foi remediada em 22 de junho de 2020, com a publicação da Portaria MS/GM 1.587/2020. Essa norma instituiu a Força Tarefa de Fundamentação, composta por representantes das secretarias finalísticas do Ministério, do COE e do Gabinete do Ministro da Saúde, com a finalidade de coordenar o processo para a aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos; manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares; e habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia.

Os efeitos dessa nova portaria apenas serão conhecidos futuramente, quando da continuidade do acompanhamento realizado pelo TCU.

O item 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-Plenário [11], relativo ao primeiro relatório elaborado no âmbito do presente acompanhamento, recomendou ao MS que adotasse critérios técnicos para disponibilizar recursos relativos ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes.

O objetivo dessa medida foi instar o MS a refletir sobre a consideração de outros fatores para a distribuição dos recursos a estados e municípios, além do critério populacional e da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial. Afinal, a incidência da doença não estava ocorrendo de forma proporcional entre as diferentes unidades federadas, sendo necessário, ainda, tomar cuidado para que o modelo de financiamento não maximizasse as distorções na oferta de serviços de saúde nos diversos entes, em vez de mitigá-las.

Dessa forma, o segundo ciclo de acompanhamento buscou perquirir se o MS cumpriu essa recomendação, ou seja, se definiu critérios tecnicamente mais adequados para a distribuição de recursos entre os entes subnacionais, de modo a possibilitar um uso ótimo dos valores disponíveis no equacionamento da crise sanitário.

Inicialmente, a equipe de fiscalização verificou uma grande discrepância nos valores per capita transferidos. Considerando os dados apresentados no gráfico 3 do relatório condutor do Acórdão 1.888/2020-Plenário, apurou-se um valor médio per capita transferido de 21,85 e 23,11 para estados (incluindo o Distrito Federal) e os municípios, com desvios-padrão de 16,42 e 11,06.

Foi possível perceber que os valores destinados aos entes subnacionais, em termos per capita, oscilou entre R$ 108,39 em Roraima e R$ 24,99 no Pará. Não obstante, verificou-se que a grande maioria dos estados (dezesseis) recebeu valores per capita entre R$ 30,00 e R$ 45,00.

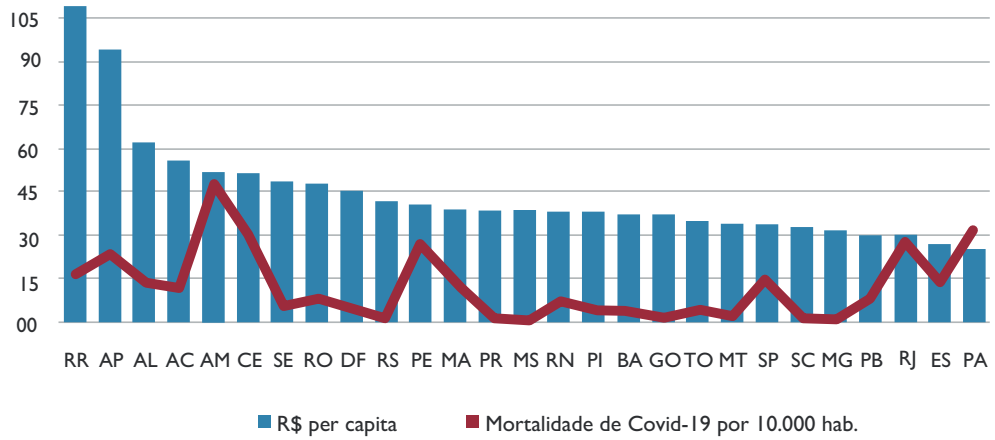
A discrepância dos valores per capita – os maiores foram R$ 108,39 e R$ 93,19, de Roraima e do Amapá, e os menores, R$ 24,99 e R$ 26,75, do Pará e do Espírito Santo – a predominância de estados do Norte e Nordeste nas dez primeiras colocações – 8 de 10 – denotam que os critérios populacional e de oferta de serviços de média e alta complexidade não foram predominantes no período, o que sugere a presença de outros fatores na distribuição de recursos, não tornados claros pelo MS.

Diante desse quadro, a equipe de acompanhamento tentou verificar algumas correlações possíveis entre o volume de recursos transferidos e outros dados de interesse.

Com relação às taxas de mortalidade por COVID nos respectivos territórios, não se observou uma correlação aparente entre esse fator e o montante repassado. Essa constatação é evidenciada pela situação dos estados do Pará e do Rio de Janeiro, que, a despeito de apresentarem a segunda e a terceira maior taxa de mortalidade por COVID-19 à época da fiscalização (31,4 e 28,1 mortes por 10 mil habitantes), conforme dados informados pelo MS em 28 de maio de 2020, estão entre as três unidades da federação que menos receberam recursos em termos per capita para a pandemia.

A **Figura 1** a seguir ilustra essa situação.

Figura 1: Valores Per capita Transferidos para COVID-19 em Relação à Mortalidade.



Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel Coronavírus. Dados extraídos em 28/5/2020.

A equipe também não conseguiu depreender uma correlação evidente entre os valores per capita transferidos e o saldo de internações por doenças nos aparelhos respiratório e circulatório, o número de leitos de internação e complementares disponíveis ao SUS e o número de internações por mil habitantes por gripe e pneumonia, todos esses últimos dados extraídos em 2019.

Ao se cruzar a quantidade de leitos locados, em termos relativos, com o total das transferências recebidas pelas unidades da federação, observou-se que o Amapá e o Acre foram os estados que proporcionalmente mais receberam leitos locados (118,24 e 113,39 por 10 milhões de habitantes, respectivamente) e, da mesma forma, receberam transferências per capita superiores aos demais entes – ficando atrás apenas de Roraima.

Seria esperado que as transferências de recursos aos entes subnacionais compensassem uma menor destinação de leitos locados e vice-versa. Todavia, é possível depreender uma lógica oposta, a justificar os casos do Acre e do Amapá acima, de que os entes que mais receberam leitos locados são os que precisam de mais recursos adicionais para operacionalizar esses leitos.

De todo modo, a equipe verificou que, passados cinco meses após a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, são desconhecidos os critérios para distribuição de insumos adquiridos centralizadamente pelo MS.

A fiscalização verificou que os diversos estados tiveram diferentes estratégias de alocação. O Acre foi o estado que mais concentrou recursos das transferências no governo estadual (89%), ao passo que Minas Gerais foi o estado que mais descentralizou recursos aos municípios (83,3%).

Foi constado um grande aumento dos recursos transferidos aos entes municipais, quando comparado o volume repassado ordinariamente via Fundo Nacional de Saúde (FNS). Observou-se que, para alguns entes, as transferências para o combate da pandemia correspondem a mais de 40% do total de recursos recebidos.

Em teoria, os entes federados que receberam maior percentual de recursos para o enfrentamento da COVID-19 em relação às suas transferências ordinárias podem enfrentar mais dificuldades de gestão dos valores, pois foram demandados, em uma situação emergencial, a gerir um orçamento ao qual não estão acostumados, e em um contexto de escassez de insumos no mercado, dada a elevada demanda.

Além das transferências via FNS, o MS também realizou contratações de forma direta e ofereceu leitos e insumos estratégicos aos estados, DF e municípios. Do mesmo modo, a equipe de fiscalização tentou verificar os critérios adotados pelo governo federal para a alocação desse material.

Segundo a equipe de fiscalização, os estados teriam elaborado planos de contingência com previsão dos insumos que seriam necessários para o combate à pandemia, mas a Secretaria de Vigilância Sanitária do MS reportou desconhecer essas informações. Da mesma forma, o MS não detinha dados sobre doações de empresas, ou outros atores, que porventura tivessem sido destinadas às demais unidades federativas, bem como sobre a realização de compras descentralizadas que tenham sido conduzidas pelos referidos entes.

Tal informação reforça o observado no capítulo anterior a respeito do *deficit* de governança das compras públicas no enfrentamento da COVID-19.

A importância de conhecer o que os demais entes federativos adquiriram decorre do fato de que o MS repassou recursos, insumos e leitos às demais unidades federativas, reforçando especificamente os serviços de média e alta complexidade para o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus.

Considerando a existência de recursos ainda a serem transferidos, seria importante que a necessidade de recursos fosse continuamente avaliada pelo MS e que a sociedade e os órgãos de controle pudessem avaliar a política de combate da COVID-19 adotada pelo MS.

Sem a análise da execução das despesas dos demais entes federativos, não é possível perquirir se os recursos destinados para o equacionamento do problema foram suficientes, se foram direcionados para ações que realmente contribuíram para o enfrentamento da situação, se a estratégia que combinou, ao mesmo tempo, centralização e descentralização das aquisições resultou em aquisições mais econômicas e cujo prazo de entrega se mostrou compatível com o atendimento da pandemia.

Não obstante os apontamentos supramencionados, cabe destacar que o esforço do governo central contribuiu para o aumento na oferta de leitos de UTI e de profissionais atuando em saúde pública e na disponibilidade de insumos estratégicos como respiradores e equipamentos de proteção individual, como revelam, nos dois primeiros casos, o estudo de Luciano Servo et al. [12] e, no último, os dados do painel https://localizasus.saude.gov.br/.

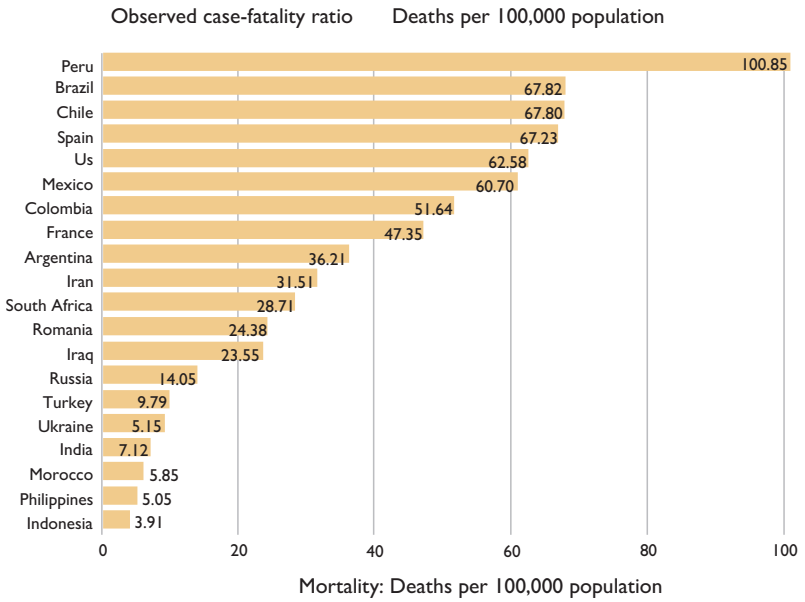
O trabalho realizado pelo TCU também constatou a melhoria na transparência das ações, informações e dados no âmbito do MS, que, além do *site* supramencionado, lançou o portal https://coronavirus.saude.gov.br/. Nos sítios indicados, há diversos *links* para acesso a informações de várias vertentes, conforme o desejo do cidadão.

A despeito disso, o Tribunal visualizou oportunidades de melhorias, o que deu ensejo à recomendação consubstanciada no subitem 9.3 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, no sentido de que o MS disponibilizasse, no portal Localiza SUS, informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a sua destinação – para tratamento de COVID-19 e para tratamento das demais enfermidades, incluindo dados dos demais entes federados.

O acompanhamento realizado pelo TCU trouxe, ainda, informações sobre a taxa de mortalidade da COVID-19, que diz respeito à relação entre o número de mortes decorrentes de doença e o número de casos reportados. Todavia, esse dado não nos parece tão representativo, pois, a rigor, ele é influenciado negativamente pela baixa testagem da população, principalmente no período abrangido pela fiscalização.

Para ilustrar essa situação, basta comparar a posição atual do Brasil no *ranking* mundial de mortes por casos detectados e por milhão de habitantes. Tomando como base o levantamento realizado pela Universidade Johns Hopkins, o Brasil ocupa a nona colocação mundial na taxa de mortalidade (mortes por casos), estando na segunda pior posição do mundo no que se refere ao número de mortes por habitantes (consulta em 29/09/2020):

Figura 2: Mortes em decorrência da COVID-19 por 100 mil habitantes



Fonte: Johns Hopkins University and Medicine. Disponível em: https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality. Acesso em 2020 set 29.

Os números sugerem que a estratégia adotada pelo país não teve a mesma efetividade verificada em outras nações, o que deve ser objeto de uma análise crítica tanto por parte do governo como da academia, a fim de verificar as causas e, se possível, permitir a correção de rumos, inclusive em eventuais situações de crises sanitárias futuras.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados e informações levantados no presente trabalho permitem afirmar que o governo central buscou criar uma estrutura de governança para o enfrentamento da crise sanitária do novo coronavírus, mas as medidas pecaram por falta de coordenação na definição de estratégias e ações ótimas voltadas à solução do problema.

Houve um incremento significativo no aporte de recursos financeiros para o combate da pandemia, os quais se consubstanciaram em aquisições diretas de equipamentos e insumos e em transferências financeiras para os entes subnacionais. Todavia, não foi possível depreender uma lógica racional para a transferência de recursos financeiros e para a distribuição de insumos adquiridos centralizadamente pelo MS.

Esse quadro pode ter contribuído para a baixa efetividade das medidas adotadas, quando se usa como critério o número de mortes por habitantes. Conforme visto, o Brasil ocupa atualmente a segunda pior posição do mundo nesse quesito, perdendo apenas para o Peru.

Não se pode olvidar que as decisões do MS foram tomadas em um ambiente de elevada incerteza quanto à extensão e aos efeitos reais da pandemia. Não obstante, é preciso usar a experiência pretérita como aprendizado, de forma a solucionar as deficiências e se preparar para os desafios futuros.

Diante do cenário observado, reputa-se necessário construir um plano estratégico, tático e operacional para o combate à COVID, sem prejuízo de começar a projetar, desde logo, as ações governamentais para o enfrentamento do cenário de crise econômica pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report 11 [Internet]. 31 jan 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330776/nCoVsitrep31Jan2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União [internet]. 4 fev 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388.

3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019). Situation Report 51 [Internet]. 11 mar 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-COVID-19.pdf.

4. Silva MS. Política econômica emergencial orientada para a redução dos impactos da pandemia da COVID-19 no Brasil: medidas fiscais, de provisão de liquidez e de liberação de capital. Texto para discussão 2576. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [internet]. 31 jul 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36248&Itemid=448.

5. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1.888/2020 [internet]. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Sessão de 22 jul 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACOR DAO%253A1888%2520ANOACORDAO%253A2020/DTRELEVANCIA%2520desc %252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=02e64650-04cb-11eb- 8972-b9ccb6e4d4a7.

6. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Versão 2. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão; 2014, p. 17.

7. Brasil. Decreto n. 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União [internet]. 23 nov 2017 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm#:~:text=D9203&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20de,que%20lhe%20confere%20o%20art.

8. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1.888/2020 [internet]. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Sessão de 22 jul 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1888%2520ANO ACORDAO%253A2020/DTRELEVANCIA%2520desc%252C% 2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=02e64650-04cb-11eb-8972-b9ccb6e4d4a7.

9. Fiuza EP, et al. Compras públicas centralizadas em situações de emergência e calamidade pública. Texto para discussão 2575. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [Internet]. 18 ago 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36397&Itemid=448, p. 67-68.

10. Barifouse R. A reação do governo parecia cena de filme: como é ter COVID-19 na Coreia do Sul. BBC News Brasil [Internet]. 5 maio 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-52548653.

11. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1.335/2020 [internet]. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Sessão de 27 maio 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://pesquisa. apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1335%2520ANOACORDAO%253A2020/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=cc4d8ec0-058b-11eb-846a-dfd575d1406b.

12. Servo LM, et al. Diálogo com a OCDE: Indicadores de Recursos do Sistema Brasileiro de Saúde em Tempos de Pandemia. Nota Técnica nº 86. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [Internet]. 7 ago 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36326

O IMPACTO DA REGIONALIZAÇÃO NA RESPOSTA À PANDEMIA DA COVID-19

Maria Emi Shimazaki[1]

> "É urgente eliminarmos da mente humana a ingênua suposição de que seja possível sair da grave crise em que estamos mergulhados, usando o mesmo pensamento que a produziu." Albert Einstein.

Resumo: A pandemia provocada pela COVID-19 desencadeou uma grave crise mundial nos sistemas de saúde, evidenciada pela superlotação nos serviços de urgência e alta demanda para as unidades de terapia intensiva. Embora a doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 seja uma condição aguda, os casos com maior gravidade e mortalidade concentraram-se em pessoas idosas e adultas com doenças crônicas, sinalizando para a necessidade de implementação das redes de atenção à saúde, nas regiões e macrorregiões, tanto para a urgência e emergência quanto para as condições crônicas no Brasil. O planejamento regional integrado trouxe, em seu arcabouço, o desafio da efetivação das redes para as principais condições de saúde da população, com foco no acolhimento humanizado, no cuidado certo, no local adequado, com os recursos necessários, em tempo oportuno. O enfrentamento da crise também oportunizou a demonstração da potencialidade e grandiosidade do Sistema Único de Saúde, construído com princípios legais sólidos, diretrizes estruturantes e o trabalho árduo, incansável, resiliente de gestores e equipes de saúde em todo o país.

Palavras-Chave: Planejamento Regional Integrado. Redes de Atenção à Saúde.

1 Médica com especialização em saúde pública, marketing e gestão em serviços de saúde; Consultora em gestão de sistemas de saúde; Presta consultoria para o Conass, Opas, Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava. mariaemi.1202@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3i7RfSp

1. INTRODUÇÃO

A crise gerada pela pandemia da COVID-19 evidenciou fragilidades e potencialidades das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito das regiões e macrorregiões de saúde.

Apesar das legislações e literatura dispondo sobre a organização das RAS nos territórios e a relevância dos Planejamentos Regionais Integrados (PRI) nas macrorregiões[1-4], poucos avanços foram alcançados. Múltiplos foram os fatores limitantes: a baixa governabilidade técnica para a legitimação da regionalização constituída por parâmetros geográficos, demográficos, econômicos, sociais, culturais e de saúde; as disputas políticas nos espaços regionais; a infraestrutura deficitária para organização das RAS nas regiões e macrorregiões; a deseconomia de escala nos territórios para a organização dos serviços secundários e terciários; a insuficiência de recursos para investimento e custeio das RAS; entre outros.

Por todas essas fragilidades, historicamente, os serviços de saúde não se distribuíram de forma adequada, nos territórios, para atender às necessidades em saúde da população.

Os primeiros casos de COVID-19 iniciaram nas capitais ou em grandes centros urbanos e, gradativamente, avançaram para o interior dos estados. Com ou sem PRI e/ou RAS organizadas nos territórios regionais e macrorregionais, os municípios tiveram as suas populações acometidas.

A maioria dos municípios já padecia com a carência de leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cuja distribuição, em grande parte, concentrava-se nas capitais e áreas metropolitanas, sinalizando para a fragilidade da Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões e macrorregiões de saúde.

Para responder à grande demanda de pessoas com COVID-19, houve intensa mobilização dos gestores de saúde para a implementação de leitos em hospitais existentes ou em estruturação de novos estabelecimentos.

No entanto, ao analisar as internações em UTI e a mortalidade, constatou-se, também, a fragilidade da Rede de Atenção às Condições Crônicas (RACC). A ocorrência de COVID-19 em pessoas idosas e adultas com condições crônicas de alto risco (hipertensão, diabetes, doença renal, doença pulmonar, entre outras) contribuiu, portanto, para maior gravidade, maior tempo de permanência em leitos de UTI e aumento da mortalidade.

Para a organização da RACC, o papel da APS é fundamental na realização de ações de prevenção aos fatores de risco, manejo clínico adequado com planos de cuidado e valorização das ações de autocuidado [5]. Com a APS bem estruturada e resolutiva, possivelmente, ocorrem menos complicações em pessoas com condições crônicas, menos internações e mortalidade prematura.

A crise gerada pela COVID-19 apontou para a necessidade de planejamento e organização da RUE e, também, da RACC, pois quanto mais frágil for a coordenação do cuidado para as condições crônicas, maior a probabilidade de descompensação, além do agravamento ante as condições agudas, gerando aumento de casos mais graves em situação de urgência e emergência.

2. PLANO REGIONAL INTEGRADO

Segundo Mendes [6], o PRI tem uma dimensão estratégica que implica análise do cenário político, institucional, sanitário e deve contar, em sua formulação, com os atores sociais relevantes para a organização das RAS no território – gestores, prestadores, representantes de pessoas usuárias e de órgãos representativos da sociedade civil organizada.

O PRI deve expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à organização das RAS. O documento formal deve conter as diretrizes, objetivos e metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos, bem como a definição dos territórios e dos mecanismos de governança regional [7].

Segundo a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 37, de 2018, o PRI deve apresentar: i) a identificação do território regional ampliado; ii) a análise da situação com a identificação: das necessidades em saúde da população; da capacidade instalada; dos vazios assistenciais; dos fluxos de acesso; iii) a definição das prioridades sanitárias com diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; iv) a organização dos pontos de atenção das RAS; v) a elaboração da programação geral das ações e serviços de saúde; vi) a definição dos investimentos necessários [4].

A dimensão territorial é fundamental para a organização das RAS. Nela devem ser identificadas as necessidades em saúde da população, os estratos de riscos clínicos, as vulnerabilidades

sociais, econômicas e culturais. A partir desse diagnóstico, devem ser elaboradas a modelagem e programação assistencial, tendo como princípios a economia de escala, a qualidade e, fundamentalmente, o acesso da população aos serviços de saúde necessários e resolutivos [8].

É desejável que a dimensão territorial esteja relacionada com o grau de resolubilidade das RAS: os municípios com autossuficiência na APS; as regiões de saúde com autossuficiência na atenção secundária; as macrorregiões de saúde, autossuficiência na atenção terciária [8].

O processo de construção do PRI, segundo Mendes [6], deve ser descendente em sua formulação estratégica, por meio da definição de prioridades sanitárias, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e ascendente em sua construção, iniciando com os planos locais pelas equipes de APS, na sequência, com os planos municipais, regionais e macrorregional.

Esses planos devem responder de forma organizada, racional e sistematizada, às principais necessidades em saúde da população nos âmbitos locais, municipais, regionais e macrorregional. Os planos devem definir os resultados esperados, os objetivos e metas a serem alcançados. Os planos estaduais de saúde devem conter os planos macrorregionais.

Os planos macrorregionais devem apresentar: o diagnóstico da situação de saúde no território; a definição das RAS priorizadas para atender às principais necessidades em saúde da população; a competência dos pontos de atenção à saúde para cada RAS priorizada; a distribuição espacial e temporal dos pontos de atenção para garantir o tempo/resposta; a programação assistencial qualitativa e quantitativa para cada ponto de atenção à saúde em cada RAS; a definição e dimensionamento dos sistemas de apoio para possibilitar maior resolubilidade para os pontos de atenção das RAS; a definição e dimensionamento dos sistemas logísticos para possibilitar maior integração dos pontos de atenção nas RAS.

A partir da definição e programação qualitativa e quantitativa dos pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e logísticos, há a possibilidade de especificação da carteira de serviços a serem disponibilizados para a população, com objetivos e metas para a contratualização dos serviços a serem prestados nos âmbitos dos municípios, das regiões e das macrorregiões de saúde. É preciso o monitoramento das metas, a avaliação dos objetivos e o controle dos recursos disponibilizados na contratualização dos serviços.

Para a efetivação das RAS nas macrorregiões de saúde, há a necessidade de implementar mecanismos gerenciais e de gestão para a organização das RAS, que têm sido trabalhados nos projetos executados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) no Programa de Apoio às SES [9].

Para o acompanhamento sistemático e regular do desenvolvimento do PRI e da implementação das RAS, é preciso a implementação do sistema de governança macrorregional [10].

Segundo a Organização das Nações Unidas, o sistema de governança é definido como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios

do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças [11].

Para Mendes [8], a governança é o arranjo organizativo de uma ou mais instituições que permite a gestão de todos os componentes das RAS, à fim de gerar cooperação entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população.

No Brasil, a CIT instituiu a resolução 23, de 17 de agosto de 2017, que estabeleceu as diretrizes para o planejamento regional integrado e a governança das RAS. Esta resolução estabelece que a CIB deve instituir os Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das redes, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo prestadores de serviços, controle social e representantes do Ministério da Saúde [12].

Em 2018, a Resolução CIT 37 [4], para a consolidação do PRI, reafirma o estabelecido na Resolução 23/17 [12], em relação ao Comitê Executivo de Governança da RAS, no âmbito macrorregional, com o propósito de contribuir no nível técnico e operacional, para o cumprimento dos acordos pactuados nas CIB e CIR, zelando, assim, pela eficiência e efetividade das RAS para a população.

A governança das RAS distingue-se da gerência dos serviços de saúde por governar as relações entre a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e logísticos, para articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes [8].

A governança das RAS envolve quatro dimensões fundamentais: o território, o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento [8]. O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes para a governança, devendo ser praticado de forma equitativa, incentivando as organizações a prover serviços eficientes e com qualidade, contribuindo para melhores resultados em saúde, gerando valor para as pessoas usuárias, permitindo aumentar o valor do dinheiro empregado [8].

Para uma boa governança da RAS, são propostos três atributos [8]: a responsabilidade pela governança de todos os seus componentes; a responsabilidade com a população; e a coordenação entre as diferentes instituições que a compõem para assegurar que os objetivos estratégicos sejam alcançados.

Para o desenvolvimento do planejamento regional nas macrorregiões de saúde, faz-se necessária a efetivação do Comitê Executivo de Governança das RAS, que, segundo a Resolução da CIT 37/2018 [4], é uma instância de natureza técnica e operacional, vinculada à CIB, por macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o melhor funcionamento das RAS.

O Comitê Executivo de Governança deve contar com a participação efetiva dos diversos atores envolvidos na organização das RAS: gestores – estadual, municipais e representantes do Ministério da Saúde; prestadores de serviços de saúde; representantes de pessoas usuárias e de órgãos representativos da sociedade civil organizada; entre outros.

A finalidade é o comprometimento de todos estes atores, que possivelmente sejam influenciadores entre os seus pares, para zelar pela eficiência e efetividade das RAS, agregando valor para a saúde da população.

Para a modelagem de uma RAS, há que se contar com a definição de diretriz clínica para a condição de saúde, elaborada com base em evidências científicas, contendo o cuidado certo, no tempo resposta adequado, em cada ponto de atenção necessário, para garantir a atenção com qualidade, eficiência e efetividade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde lançou o documento Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento para COVID-19 em abril de 2020, que estabeleceu as normas para a realização de exames laboratoriais para o diagnóstico dos casos e análise epidemiológica. No entanto, nem todas as regiões de saúde contaram com exames suficientes para o diagnóstico da população, ficando, por vezes, restritos aos casos graves, gerando subnotificações.

No enfrentamento da COVID-19, a APS teve, como tarefa, a identificação e o dimensionamento da população com fatores de risco para agravamento pela doença infecciosa: i) por ciclo de vida, em especial, as pessoas idosas frágeis; ii) por doenças crônicas de alto risco: pessoas hipertensas, diabéticas, com doenças renais crônicas, com doenças respiratórias crônicas, imunodeprimidas, entre outras; iii) por condição de saúde: gestantes, profissionais de saúde, entre outros.

Para essas pessoas, a realização do monitoramento por meio de consultas presenciais ou por teleconsultas, proporcionais à estratificação de risco, com foco no desenvolvimento de planos de cuidados para a estabilização das condições crônicas, para a prevenção e identificação precoce dos sinais e sintomas da COVID-19.

Para as pessoas idosas, a recomendação para a APS, no Projeto Planificação da Atenção à Saúde, pelo Conass [14] é:

A estratificação de risco com a utilização do índice de vulnerabilidade clínico funcional – IVCF 20, o desenvolvimento do plano de cuidados com foco na funcionalidade e autonomia, o apoio para incorporação das medidas de prevenção para COVID-19.

Para os idosos com quadro leve de COVID-19, em isolamento domiciliar, a revisão do plano de cuidados com a implementação de fisioterapia respiratória, a realização de oximetria

para identificação precoce de hipóxia silenciosa, a intensificação do monitoramento presencial ou virtual pela equipe de saúde.

Para os idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI): a capacitação dos profissionais da instituição para a implantação de ações de prevenção e de monitoramento contínuo para a identificação precoce dos sinais e sintomas de COVID-19; o isolamento imediato; a notificação do caso para a vigilância epidemiológica; o encaminhamento ao ponto de atenção pactuado, conforme a gravidade do caso; a identificação, a avaliação e as medidas necessárias para os demais idosos que tiveram contato próximo.

Para as ILPI, houve a recomendação para a realização de exames para a identificação do SARS-CoV-2, nos profissionais e nas pessoas idosas residentes, de forma regular e sistemática.

Para as pessoas idosas com quadro grave de COVID-19, que se encontravam em cuidados paliativos, a importância da comunicação, pela APS, para os familiares e para os demais pontos de atenção para subsidiar a tomada de decisão mais adequada quer para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), pronto atendimento ou hospital.

A APS foi orientada a organizar fluxo específico para os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, com local para isolamento e adoção de medidas protetivas para evitar a propagação do vírus.

Assim, à APS, coube a conciliação da atenção às pessoas com condições crônicas e dos casos leves de COVID-19, sem gerar aglomerações, filas e longos períodos de espera. Para tanto, no Projeto Planificação da Atenção à Saúde, do Conass, houve a recomendação para a implantação dos microprocessos – agendamento de consultas e procedimentos por bloco de horas, alisamento de fluxos, entre outros. No entanto, em tempos de pandemia, a APS contou com o auxílio da tecnologia: teleconsulta, teleconsultorias, telemonitoramento. O atendimento virtual, onde foi implantado, possibilitou a manutenção dos atendimentos, evitando deslocamentos, a permanência das pessoas usuárias em isolamento domiciliar e a segurança dos profissionais.

O domicílio passou a ser um ponto de atenção importante, para o cuidado nos casos leves de COVID-19: visitas, coletas de exames, consultas, entrega de medicamentos nos domicílios, bem como os atendimentos virtuais.

Em alguns municípios e estados, houve a implantação de *call centers* para possibilitar o acesso, por meio virtual, à informação, orientação, teleconsulta e telemonitoramento para as pessoas com suspeita ou confirmação de COVID-19.

A integração da APS com a atenção ambulatorial especializada (AAE) possibilitou o atendimento às pessoas com condições crônicas de alto risco, com o propósito de estabilização da condição clínica, para reduzir a probabilidade de agravamento e agudização, também pode ser viabilizada por meio de teleconsulta com o profissional especialista ou a teleconsultoria, ou seja, o atendimento compartilhado entre o generalista e o especialista.

Da mesma forma, a integração da APS com o pronto atendimento e o hospital, na RAS, possibilitou o encaminhamento das pessoas com COVID-19 com quadros moderados e graves. O Samu atuou como ponto de atenção, realizando o atendimento às pessoas com quadros graves, e como sistema logístico, transportando de forma segura ao ponto de atenção resolutivo.

Nas unidades de pronto atendimento, houve a necessidade de organização de fluxo e destinação de local específico para atendimento e isolamento das pessoas com suspeita de COVID-19. A realização da classificação de risco para priorização do atendimento no tempo oportuno, a avaliação clínica para definição da conduta terapêutica adequada e quanto à necessidade de encaminhamento para a APS ou transferência para a internação hospitalar.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2016, publicou a Resolução 2.156, estabelecendo critérios de admissão e alta de leitos de UTI, Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) e cuidados paliativos [15]. A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, título X, estabeleceu a progressividade no cuidado hospitalar e definiu os critérios e competências para a UTI, UCI e cuidados paliativos [16]. Em abril de 2020, o CFM publicou a Resolução 2.271, em parceria com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), contendo critérios para internação em UTI e UCI, para pacientes com COVID-19 [17]. A normativa teve como propósito racionalizar e otimizar os leitos de UTI e UCI, possibilitando que os profissionais pudessem priorizar as pessoas que, de fato, se beneficiariam destes recursos.

A integração do hospital com a APS possibilitou o compartilhamento dos planos de cuidados nas altas hospitalares, bem como o suporte às execuções pelas equipes de saúde da família, tendo em vista a melhoria da funcionalidade e da autonomia das pessoas, além da diminuição da probabilidade de reinternações.

O Brasil ocupou o segundo lugar no mundo em número absoluto de casos confirmados, número absoluto de óbitos por COVID-19 e o décimo lugar em óbitos por um milhão de pessoas, conforme dados do Boletim Epidemiológico nº 37, de julho de 2020 [18].

Um dos motivos que contribuíram para esses quantitativos expressivos pode ter sido a baixa adesão da população às ações de prevenção: distanciamento social, uso de máscara, higienização das mãos, entre outras. A baixa adesão às ações de prevenção ocorre, também, para as doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, que são fatores de risco para COVID-19.

Tanto para COVID-19, quanto para as doenças crônicas, as ações de prevenção exigem mudanças de comportamento das pessoas. Eis o grande desafio: abandonar velhos hábitos e incorporar novas práticas saudáveis de vida. Algumas questões para reflexão: os gestores e profissionais do sistema de saúde acreditam nas ações de prevenção? Os profissionais estão capacitados para apoiar as pessoas na mudança de comportamento? Ações de comunicação social isoladamente são suficientes para mudança de comportamento da sociedade? O sistema de saúde atuando isoladamente é capaz de mudar o comportamento da sociedade? Essas questões apontam para a necessidade de políticas intersetoriais potentes e coordenadas no âmbito dos governos em prol da promoção da saúde.

A pandemia destacou a relevância da epidemiologia para nortear as ações em saúde e a robustez dos Sistemas Nacional, Estaduais e Municipais de Vigilância em Saúde. Nunca dantes, palavras como taxas de transmissão, incidência, internação, mortalidade e letalidade, fizeram parte do vocabulário jornalístico. No país, os setores de epidemiologia concentram grande parte dos seus esforços nas doenças agudas transmissíveis, em detrimento das condições crônicas. No entanto, na COVID-19, H1N1, dengue, entre outras condições agudas, os casos de maior gravidade e mortalidade ocorreram em pessoas idosas e adultas com condições crônicas. Esses fatos apontam para a necessidade de um olhar mais atento da epidemiologia para as condições crônicas e a interrelação com as condições agudas. Evidenciam, também, a necessidade de maior integração das ações de vigilância e assistência à saúde.

Ao analisar os dados de morbidade da COVID-19 [19]: 80% dos casos foram leves; 15% demandaram internação em leitos de enfermaria e 5%, internação em leitos de UTI. Esses dados serviram para subsidiar os gestores para o dimensionamento da APS, para atendimento aos casos leves, e da atenção hospitalar para os casos moderados e graves.

Dos óbitos, segundo a Amib [20], 86% ocorreram em pessoas idosas e adultas com doenças crônicas – cardiovasculares, diabetes, renais, pneumopatias, entre outras. Das pessoas internadas em leitos de UTI com assistência ventilatória, 60% foram a óbito. Esses quantitativos expressivos evidenciam o impacto das condições crônicas no agravamento e na mortalidade das pessoas por COVID-19.

Embora tenha havido um grande esforço na ampliação de leitos de UTI, a implantação de protocolo com os critérios de priorização estabelecidos na Resolução 2.271 de 2020, do CFM, no qual foi aplicado, possibilitou a racionalização e otimização dos leitos de UTI e de UCI. O desconhecimento dessa resolução, a ausência de financiamento de leitos de UCI e cuidados paliativos, podem ter sido fatores limitantes para a utilização destes critérios. A estranheza é que em tempos de escassez de recurso, com critérios validados pelas entidades de classe, não houvesse maior incentivo à adoção das recomendações propostas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que existam portarias do Ministério da Saúde, resoluções da CIT, projetos do Conass e e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a implementação do PRI e a governança das RAS nas macrorregiões de saúde, para as condições crônicas e eventos agudos, não se efetivou. Para além das justificativas citadas anteriormente, o desafio da implementação do PRI é a mudança de paradigma, da gestão de oferta de serviços para a gestão da condição de saúde, por meio da organização das RAS nos espaços macrorregionais, para prestar a atenção certa para as pessoas, no lugar certo, no tempo certo, com qualidade, eficiência e efetividade.

Para a sua efetivação, é preciso que haja APS em quantidade suficiente e qualidade para a coordenação do cuidado em saúde para as pessoas, nos territórios sob sua responsabilidade. É necessário que haja a integração da APS, AAE e assistência hospitalar, dos sistemas de apoio, logísticos e a utilização sistemática e regular dos instrumentos de gestão – planejamento, programação assistencial, contratualização, financiamento, pactuações, monitoramento, controle e avaliação.

Para o novo normal, é preciso intensificar os teleatendimentos e a educação permanente virtual – e, o mais importante, qualificar a APS para apoiar as pessoas no exercício diário e contínuo do autocuidado, com vistas à incorporação de hábitos saudáveis de vida. O foco não deve ser apenas na doença e, sim, no cuidado centrado na pessoa, na melhoria de sua autonomia, funcionalidade e qualidade de vida.

Não basta planejar, é preciso monitorar as metas e avaliar os resultados. Qual a fórmula para resultados positivos? Não há fórmula mágica, mas há dois fatores que podem ser decisivos: i) ter gestores que acreditam, valorizam e priorizam a APS e contribuem para a organização e gestão das RAS nas macrorregiões; ii) e ter equipes qualificadas que rotineiramente praticam o cuidado certo e agregam valor à saúde das pessoas.

Por fim, a COVID-19 foi uma janela de oportunidade para demonstrar a grandiosidade e potencialidade do SUS, construído no dia a dia, pela dedicação, resiliência, trabalho árduo e incansável de gestores e equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.
2. Brasil. Necessidade de revisão do foco da atenção à saúde prestada à população tendo em vista a nova concepção de organização de saúde pública baseada nas redes de serviços em regiões de saúde. In: Ministério da Saúde. Informações gerando conhecimento para a gestão em saúde: relato de experiências. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de serviços de saúde. Série: A renovação da atenção primária à saúde nas Américas. Washington; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. 26 mar 2018.
5. Mendes EV. O cuidado das condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Conass; 2012.
6. Mendes EV. Os desafios do SUS. Brasília: Conass; 2019.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia: Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília: Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde; 2019.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Conass; 2011.
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia da Oficina: Capacitação do Grupo de Trabalho e Facilitadores para a Realização das Oficinas Regionais. Brasília: Projeto Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, Conass; 2018.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Revista Consensus, edição 21; outubro, novembro, dezembro de 2016.
11. Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: Rondinelli DA, editor. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. New York, Division of Public Administation and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 18 ago 2017.

13. Vázquez ML, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:633-43.

14. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília: Conasems, Conass; 2020.

15. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.156, de 28 de outubro de 2016. Estabelece critérios para admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União. 17 nov 2016.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 out 2017.

17. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União. 23 abr 2020.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 25 [Internet]. Semana Epidemiológica 31. 26/7 a 1/8 de 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/Boletim-epidemiologico-COVID-25-final--1-.pdf.

19. AMIB. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para Abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2020.

20. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para Abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva. São Paulo: AMIB; 2020.

A IMPORTÂNCIA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA IMPLANTAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Fabiano Geraldo Pimenta Júnior[1]

Resumo: O mundo foi acometido por uma nova doença transmissível, em 2019 – a COVID-19 –, identificada inicialmente na China, causada pelo novo coronavírus (SARS COV 2) e que desafia os sistemas de saúde do mundo. Na ausência de uma vacina ou de tratamento específico, as medidas não farmacológicas ainda são as principais estratégias de enfrentamento disponíveis. Diante da alta transmissibilidade da COVID-19, potencial de gravidade dos casos, número de óbitos e a forte pressão da mídia e da população, os governos nacionais e subnacionais implementaram uma grande diversidade de medidas, grande parte relacionada com distanciamento social, testagem sorológica, isolamento de doentes e contatos. Este trabalho analisa as diferentes medidas adotadas, buscando avaliar as evidências científicas, a importância de sua utilização pelas autoridades e gestores, assim como a importância da avaliação prévia da pertinência, em função da realidade local, considerando as condições socioeconômicas, demografia e o grau de articulação entre os diferentes entes federativos. Conclui-se que muitas dessas medidas têm evidências científicas, porém, a oportunidade da implantação e flexibilização, norteadas por indicadores epidemiológicos e assistenciais, é decisiva.

Palavras-Chave: Políticas Informadas por Evidências. Sistema Único de Saúde. Gestor de saúde. Infecções por Coronavírus. Testes Diagnósticos de Rotina.

1 Mestre em Saúde Pública. Subsecretário de Promoção e Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG. http://lattes.cnpq.br/0780128689423800. e-mail: fabianogeraldopimenta@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3hWSd3z

1. INTRODUÇÃO

No século XXI, já ocorreram várias epidemias de difícil controle, como ebola, Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS, Síndrome Respiratória do Oriente Médio – MERS-2012 e Zika vírus. Porém, nunca o enfrentamento foi tão complexo quanto o da pandemia por COVID-19.

Fatores como o insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus [1-2], sua alta velocidade de disseminação [3] e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis [4-5] geraram incertezas quanto à escolha das melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia [2,6].

Devido às características da COVID-19, os sistemas de saúde estão diante do desafio de implementar estratégias adequadas e oportunas de identificação precoce dos casos, isolamento dos doentes e seus contatos, além de medidas individuais e coletivas para reduzir o risco de transmissão.

Nesse cenário, o uso de medidas de saúde pública baseadas em evidências científicas se torna ainda mais importante. Conforme o Ministério da Saúde (2014):

> A pouca utilização das evidências científicas se deve a diferentes fatores, desde dificuldades que tomadores de decisão têm para interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico ao baixo nível de interação entre política e pesquisa [7].

Segundo Cook et al. (1995), "os níveis de evidência dos estudos são hierarquizados de acordo com o seu grau de confiança, que estão relacionados à qualidade metodológica" [8].

"Cada desenho de estudo tem suas vantagens e limitações, sendo fundamental saber até onde se pode aplicar os seus resultados"[9].

No Brasil, no enfrentamento da COVID-19, houve a adoção de várias medidas sem evidências científicas para uso em saúde pública, equívocos na oportunidade de sua implantação, assim como nos critérios para a flexibilização das medidas de distanciamento social.

2. MÉTODOS

Realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed "The COVID Epidemic", por artigos sobre SARS-CoV-2, utilizando os termos "Impact of non pharmacological interventions for COVID-19 " e ainda , no PubMed "The COVID Epidemic" utilizando o filtro "Country experiences of COVID 19 Control".

Foram localizados mais de 140 artigos, e realizada a leitura do título e o resumo, além de busca de referências úteis neles citadas, recuperando as mais adequadas para o estudo. Além disso, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América, do Ministério da Saúde do Brasil, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco e as revisões da Cochrane Library foram consideradas. A última busca foi feita em 5 outubro de 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No enfrentamento da COVID-19, a primeira grande decisão colocada para os gestores se deu quanto à opção e viabilidade operacional entre as duas diferentes estratégias teoricamente possíveis:

> **Supressão –** o objetivo é reduzir o número médio de casos secundários que cada caso gera - R , ou seja, R abaixo de 1 para reduzir o número de casos a níveis muito baixos ou eliminar a transmissão de humano para humano. (b) **Mitigação -** o objetivo é implantar medidas para reduzir o impacto de uma epidemia nos serviços de saúde, sem a pretensão de conseguir um R abaixo de 1 e eliminar a transmissão [10].

Na ausência de intervenções biomédicas eficazes, a resposta global mais utilizada tem sido o emprego de uma combinação de medidas contenção e mitigação [11]. Os principais objetivos dessas intervenções buscam achatar a curva epidemiológica, para proteger os grupos de alto risco, como idosos e pacientes com doenças crônicas e, em particular, para prevenir uma sobrecarga nos serviços de saúde [12]. As respostas nacionais variaram amplamente, de medidas de vigilância precoce e intensiva, juntamente com abordagens agressivas para encontrar casos e seus contatos, para isolá-los e colocá-los em quarentena, como Taiwan, Coreia do Sul e Singapura ou para uma abordagem mais flexível, inicialmente até com a ideia de alcançar a imunidade do rebanho, como inicialmente foi o caso do Reino Unido e Suécia [13].

> Um estudo de síntese narrativa de resultados de 51 publicações, realizada pela Rede Cochrane, indicou que pode haver uma redução no número básico de reprodução variando de 37% a 88% devido à implementação da quarentena. Quando os modelos combinaram quarentena com outras medidas de prevenção e controle, como fechamento das escolas, restrições de viagem e distanciamento social, os modelos mostraram que isso pode ter um efeito maior na redução de novos casos, de transmissões e de mortes do que o uso de medidas sem quarentena ou nenhuma intervenção [14].

A primeira onda de COVID-19 na China, fora da província de Hubei, foi enfrentada com a implementação de medidas agressivas de saúde pública [15], que impuseram fortes restrições, exames universais para detecção de febris, foco no distanciamento social familiar e comunitário e a implantação generalizada de aplicativos de mídia social baseados em inteligência artificial e o uso de *big data* [16], uma opção pelo objetivo da supressão.

No universo de experiências que obtiveram relativo sucesso, destaca-se a resposta de Hong Kong. Segundo Cowling et al., a contenção inicial incluiu intensa vigilância das infecções, tanto em viajantes como na comunidade local. Uma vez que os indivíduos eram identificados como positivos para COVID-19, foram isolados em hospitais até que não mais transmitissem o vírus, seus contatos próximos foram rastreados e colocados em quarentena. Como nem todas as pessoas infectadas são identificadas, medidas de distanciamento social ou de indução a mudanças comportamentais também foram implementadas. As medidas implementadas em Hong Kong foram menos drásticas do que aquelas usadas na China continental e, em tese, de menor grau de dificuldade de operacionalização em outros países [17].

A Coreia do Sul também conseguiu controlar a curva ascendente, com intervenções rápidas e decisivas para promover ou impor o distanciamento, detecção ativa e isolamento imediato de todos os casos, com mensagens públicas massivas sobre medidas de contenção. O Centro de Prevenção e Controle de Doenças da Coreia do Sul implantou um sistema de rastreamento de contatos, o COVID-19 Smart Sistema de Gestão, que utiliza dados de filmagens de câmeras de segurança, registros de cartão de crédito, até mesmo dados de GPS de carros e telefones celulares [18].

Passados seis meses de pandemia, estudos foram realizados sobre outras medidas não farmacológicas e ajudaram a construir evidências, por exemplo, o uso de máscaras de tecido pela população. A própria OMS mudou sua posição, uma vez que, até junho, a entidade afirmava não haver evidências suficientes para dizer que pessoas saudáveis deveriam usá-las. O CDC dos Estados Unidos também recomendou, em 2 de abril, que o público usasse coberturas de pano no rosto em áreas com altas taxas de transmissão comunitária [19].

Ainda relativo ao uso de máscaras, Ngonghala et al. desenvolveram um novo modelo matemático para avaliar o impacto das medidas de distanciamento social como o rastreamento de contato, quarentena, isolamento e o uso de máscaras faciais em Nova Iorque. O modelo sugere que a COVID-19 parece ser controlável usando intervenções não farmacológicas, particularmente o

distanciamento social e o amplo uso de máscaras faciais, especialmente quando implementadas em combinação. Os fatores que são imprescindíveis para o sucesso dos esforços são a implementação precoce dessas medidas e a garantia de alta cobertura na comunidade [20]. Infelizmente, essas medidas foram adotadas muito tardiamente em Nova Iorque.

Gandhi e Rutherford levantaram a hipótese de máscara facial para COVID-19 ter potencial para "variolação", como esperamos de uma vacina. Levantam ainda a possibilidade que a máscara pode ajudar a reduzir a gravidade da doença. A variolação era um processo que, antes da disponibilidade da vacina, as pessoas que suspeitavam suscetíveis à varíola eram inoculadas com material retirado de uma vesícula de uma outra pessoa com varíola, com a intenção de causar uma leve infecção e subsequente imunidade [21]. Abordam, também, a importância do inóculo viral na determinação da gravidade da Infecção por SARS-CoV-2, e usar máscaras faciais seria reduzir o inóculo viral ao qual o usuário fica exposto ao impacto clínico subsequente da doença. Como as máscaras podem filtrar algumas gotas contendo vírus, o mascaramento pode reduzir o inóculo que uma pessoa exposta inala [22].

Um aspecto que os gestores não devem perder de vista, apesar da novidade e visibilidade das ações voltadas para o uso de máscaras pela população, refere-se às campanhas de incentivo para a continuidade de medidas individuais mais importantes, como a higienização correta das mãos. Essa medida é tão importante que o CDC-USA possui uma campanha específica – "A vida é melhor com as mãos limpas" – que estimula os adultos a tornarem a lavagem das mãos uma parte da sua vida cotidiana e encoraja os pais a lavar as mãos para dar um bom exemplo aos seus filhos [23].

A maioria dos artigos relacionados com as intervenções não farmacológicas conclui que a higienização das mãos, o distanciamento social, a identificação precoce dos casos com isolamento e rastreamento de contatos para colocar em quarentena foram as medidas mais efetivas. Entretanto, governantes e dirigentes não se entenderam quanto à intensidade e o momento de implantação. Este, talvez, seja um dos principais desafios na condução do enfrentamento da pandemia no Brasil, especialmente nos entendimentos entre o governo federal, estados e municípios.

Um conjunto de organizações que compreendem a "Frente pela Vida" apresentou à sociedade brasileira o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia da COVID-19, no qual afirma:

> No Brasil, o panorama da pandemia mostra-se bastante complexo em função da diversidade geográfica, econômica, social e cultural. Os parâmetros epidemiológicos (incidência, mortalidade, transmissão e difusão na população) indicam mais um sistema de epidemias, com surtos, ondas e variações diferentes em distintos segmentos da população [24].

O desenho federativo do Brasil tem implicações relevantes no Sistema Único de Saúde (SUS), implicando o compartilhamento de competências e responsabilidades entre os três níveis de governo, principalmente nas medidas de prevenção e controle de doenças. No enfrentamento

da COVID-19, ocorre uma grande dificuldade de coordenação entre os entes federados para o planejamento, execução e monitoramento das ações de prevenção e assistenciais. Sob forte pressão da mídia, muitas vezes baseada em opiniões descontextualizadas de especialistas, dos órgãos de controle, do judiciário e ministério público, os conflitos federativos se avolumaram de tal forma que tiveram que ser equacionados pelo próprio judiciário, com destaque para medida do Supremo Tribunal Federal (STF) que ratificou a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública. O Estado de Minas Gerais propôs um programa que buscou a articulação com os municípios para a implantação das medidas de distanciamento, com critérios para a flexibilização. Porém, o STF julgou procedente reclamação advinda do Município de Coronel Fabriciano:

> Nessas circunstâncias, o Tribunal de origem, ao impor as normas estabelecidas no âmbito estadual aos municípios, acabou por esvaziar a competência própria dos municípios do Estado de Minas Gerais para dispor, mediante decreto, sobre o funcionamento dos serviços públicos e atividades essenciais durante o período de enfrentamento da pandemia, ofendendo, por consequência, o decidido por esta CORTE na ADI 6341 (Redator p/ o Acórdão Min. EDSON FACHIN, Pleno, julgamento em 15/4/2020) [25].

O Plano de Enfrentamento da Frente pela Vida também destaca:

> A maioria dos estados e cidades adotaram estratégias não-farmacológicas que, na prática, compreendem medidas bastante diversas, como quarentenas totais (*lockdown*) e parciais, isolamentos individuais ou grupais, distanciamento físico, incluindo a redução do tamanho ou proibição de eventos, fechamento de unidades de ensino (escolas e universidades), restrições ao funcionamento do comércio, serviços e indústria, fechamento e proibição de frequência a parques, piscinas e praias, redução do transporte (municipal, intermunicipal e interestadual) e mudanças no regime de trabalho de servidores públicos [24].

Os dados de morbidade e mortalidade parecem indicar que estados e municípios que obtiveram melhores resultados estabeleceram, de forma sistemática, grupos setoriais e intersetoriais de discussão técnica, de modo a subsidiar os gestores quanto ao elenco, a intensidade e o momento da implantação das medidas restritivas e, ademais, quando esses grupos dialogam com profissionais da academia que conhecem as peculiaridades dos sistemas municipais e estaduais de saúde, avaliando pragmaticamente a viabilidade operacional, resultando em protocolos viáveis e adequados às diferentes realidades**.**

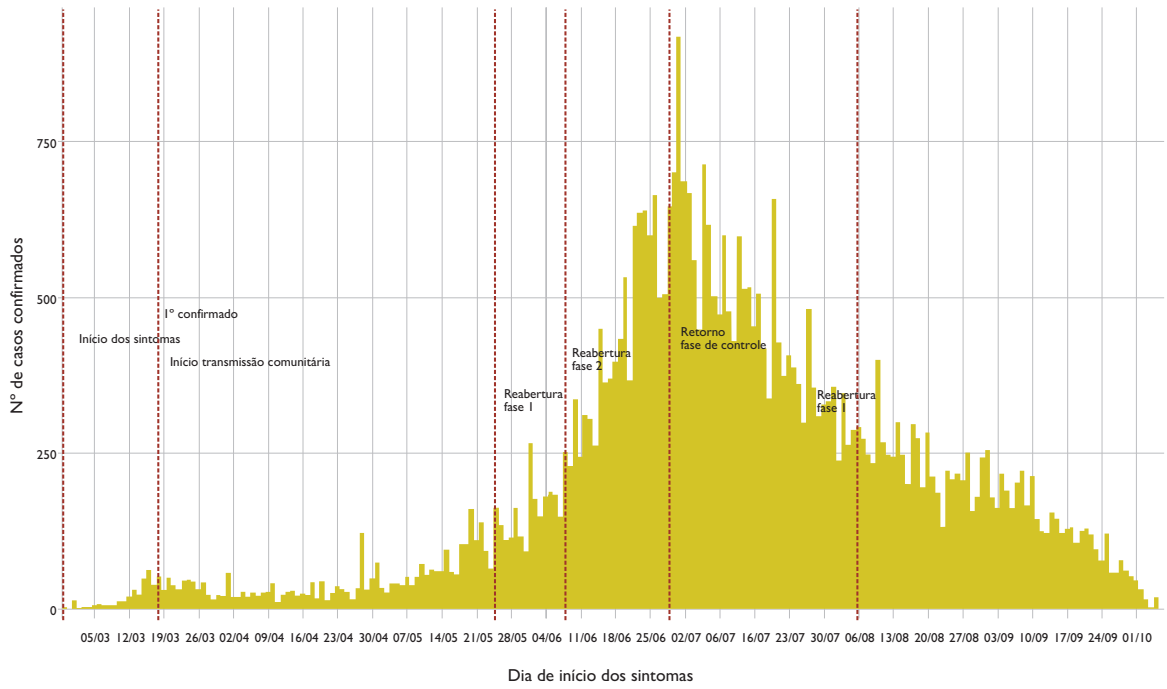
A maioria dos conflitos entre as três esferas de governo se dá em função do estabelecimento de regras de abrangência nacional e/ou estadual, em um país com 5.570 municípios, com realidades econômicas, sociais e capacidade de resolutividade dos serviços de saúde muito díspares, inclusive

na área de vigilância em saúde. "Mesmo que haja um grau forte de recomendação para uma determinada conduta, é imprescindível analisar sua adequação para uma realidade específica" [26].

Em estudo, Moraes concluiu que o distanciamento é influenciado por ao menos três variáveis: rigor das regras obrigatórias, número de casos confirmados e duração das regras, decisões estas que, conforme a decisão do STF, são dos municípios. Em termos de políticas públicas, os resultados demonstram ao menos duas implicações, indicando que governos devem adotar medidas obrigatórias para aumentar o distanciamento físico, e que o momento de adotá-las é importante, pois é improvável que se mantenham níveis altos de distanciamento físico por longos períodos de tempo [27].

O **Gráfico 1** abaixo ilustra os resultados das ações de distanciamento social, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, as quais seguiram as discussões sistemáticas, inicialmente no mínimo três vezes por semana, no âmbito interno da Secretaria Municipal de Saúde e, pelo menos, uma vez por semana, no Comitê de Enfrentamento à (sic) Epidemia e no grupo trabalho para avaliar e planejar a reabertura gradual e segura dos setores que tiveram as atividades suspensas, ambos coordenados pelo Secretário Municipal de Saúde. Essa estratégia deu respaldo e segurança ao Prefeito para a adoção de medidas oportunas e baseadas em evidências científicas.

Gráfico 1. Casos notificados de COVID-19 segundo data de início dos sintomas, residentes em Belo Horizonte, 2020



Fonte: Diretoria de Promoção e Vigilância Epidemiológica – SMSA-BH

Embora a autonomia dos municípios esteja ratificada na decisão do STF, em se tratando de estratégias de prevenção e controle de doenças, sem ações sinérgicas e complementares e com responsabilidades bem definidas entre os três níveis de governo e adequadas à realidade local, bons resultados são raros. Entre outras consequências, essa situação de conflito entre os entes federativos desencadeou a execução de uma série de medidas sem evidências científicas, a exemplo de barreiras sanitárias com aferição de temperatura das pessoas, sem protocolos adequados; desinfecção de veículos, inclusive rodas e pneus; testagens sorológicas sem critérios e objetivos definidos e a utilização de estruturas (câmaras, cabines ou túneis) para desinfecção de pessoas. Em uma revisão bibliográfica realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não se encontraram evidências científicas quanto à eficácia dessas estruturas para o combate ao SARS-CoV-2 [28].

Em revisão de 40 artigos para a Rede Cochrane Library, Burns J et al. avaliaram a eficácia das medidas de controle relacionadas a viagens durante a pandemia de COVID-19, bem como em doenças infecciosas e relacionadas com a triagem. Concluíram que, como grande parte das evidências são derivadas de estudos de modelagem, faltam evidências da 'vida real' para muitas dessas medidas, ou seja, não há evidências suficientes para tirar conclusões quanto à eficácia da quarentena relativa a viagens, por si só [29].

Em uma realidade em que as ações de prevenção e controle de doenças são incontestavelmente subfinanciadas, a adoção dessas atividades representa desperdício de recursos, que poderiam ser usados com outras ações, por exemplo, a distribuição de máscaras de tecidos para as populações vulneráveis, acompanhada de orientação à população, por meio dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Outra situação que gerou enormes cobranças sobre os gestores se refere à testagem da população, estratégia usada com sucesso em muitos países. Porém, seu uso não pode estar descontextualizado dos diferentes estágios da transmissão e, principalmente, das evidências científicas acumuladas ao longo da pandemia. Nesse aspecto Casas et al. colocam:

> Dependendo da fase em que o teste é aplicado, ele pode ter diversas utilidades: contribuições clínicas para tomada de decisões em relação ao tratamento; como medida de saúde pública para isolamento de casos e redução das chances de disseminação da doença; e também, em vigilância em saúde, para confirmação de casos e registro nos sistemas de informação . Além do teste propriamente dito, carece de avaliação prévia a estratégia de implementação da testagem [30].

A dificuldade para a observância dessas premissas é o que estamos presenciando na maioria dos estados e municípios do país, por vários motivos, inclusive pela falta de estruturas suficientes e ágeis dos laboratórios de saúde pública, particularmente para a realização do RT-PCR, o teste mais indicado para a identificação de casos na fase inicial da COVID-19. É importante deixar

claro que a testagem é um primeiro passo de uma estratégia sistêmica que, necessariamente, deve ser seguida do imediato isolamento das pessoas positivas e de seus contatos, além da garantia de acesso aos serviços de saúde.

Esse assunto continua em pauta. Em editorial, o BMJ pergunta: Estamos subestimando a soroprevalência de SARS-CoV-2?[31] Segundo esse editorial, devido à natureza da pandemia, os testes foram avaliados principalmente em pessoas com sintomas mais graves da COVID-19 [32]. Evidências recentes descrevem uma ligação clara entre a magnitude e gravidade da doença e respostas da sorologia. Isso significa que, a menos que o desempenho do ensaio também tenha sido avaliado em casos leves e convalescentes, o limite para um resultado positivo pode ser muito alto, resultando em perda de casos da comunidade. Relatórios preliminares têm demonstrado o rápido declínio de níveis específicos de IgG e, portanto, sugerem que o teste tarde demais pode também significar perda de casos [33]. O desempenho do teste também é influenciado pela escolha do anticorpo. O IgA tem um papel importante no sistema imunológico na resposta a infecções do trato respiratório e parece imunologicamente relevante em COVID-19, particularmente em pessoas assintomáticas [34]. Essas questões deixam claro o quanto é importante os gestores da saúde se basearem nas evidências para estabelecerem estratégias de testagem para COVID-19.

Na mesma linha, Corrêa destaca:

> A oportunidade para detecção e notificação o mais precoce possível de indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2, vírus que apresenta alta transmissibilidade com enorme impacto em termos de morbimortalidade para a população, é um fator imprescindível para o monitoramento e o controle da epidemia. Nesse sentido, as ações de vigilância epidemiológica assumem papel fundamental ao fornecer informações oportunas e qualificadas aos gestores para a tomada de decisão [35].

Desde a comunicação dos primeiros casos de COVID-19 na China, o uso de medicamentos, sem evidências científicas, foi a tônica, inclusive no Brasil. Conforme a COVID-19 foi se disseminando nos continentes, observamos o estabelecimento de guias de manejo clínico que iam se ajustando e alterando conforme o conhecimento empírico surgia, para auxiliar com evidências, mais ou menos sistematizadas, o enfrentamento da doença. O certo é que até o momento (outubro/2020) não há um tratamento específico com eficácia e segurança comprovadas [30].

Ainda a respeito das evidências científicas, devemos aprender com os desencontros relativos ao uso da cloroquina e da hidroxicloroquina que, inicialmente, foram incluídas no *Solidarity*, da OMS, que está conduzindo estudos clínicos com potenciais tratamentos para a COVID-19. A OMS anunciou, em julho, que os testes com as drogas foram descontinuados. Anteriormente, autores de um trabalho publicado em maio na revista científica Lancet oficializaram que não poderiam garantir a qualidade dos dados primários que afastaram os benefícios do tratamento de COVID-19 com a cloroquina e com a hidroxicloroquina, usando informações de 96 mil pacientes em vários países.

Seria esse um exemplo do quanto a pressa, o não cumprimento das etapas dos estudos científicos e o uso precipitado de achados preliminares podem provocar incertezas na população, automedicação desenfreada e gestores efetivando compras desnecessárias de medicamentos?

No presente momento (outubro/2020), constata-se o recrudescimento da transmissão em vários países da Europa, nos quais, após um cenário de alta incidência, a transmissão se encontrava sob relativo controle. Essa recrudescência ratifica a importância do uso das evidências para decidir o momento da flexibilização das medidas não farmacológicas implantadas.

No Brasil, entre os estados e municípios que estão flexibilizando as medidas restritivas, poucos utilizam critérios de incidência, coeficiente de mortalidade, letalidade, gerando novas divergências entre os três níveis de governo. Em boa parte das flexibilizações, os gestores estão se baseando na disponibilidade de leitos para pacientes com COVID-19, sem dúvida uma condição importante que, porém, isoladamente não é a garantia da vida, muito muito menos da pertinência da decisão. Alguns estados e municípios se esforçam para levar em consideração a intensidade da transmissão, por meio do Número reprodutivo efetivo – Rt, porém, na ausência de um suporte de laboratório adequado, essa informação se torna prejudicada, em função dos sub-registros e atrasos na confirmação dos casos.

Conforme a Abrasco, a flexibilização deveria se dar onde e quando a situação epidemiológica permitisse, sendo não indicada enquanto persistir algum dos seguintes critérios: (Rt) acima de 1; disseminação geográfica da epidemia, indicando que a redução de mobilidade não foi suficiente para bloquear sua progressão; persistência de velocidades de crescimento heterogêneas em diferentes áreas do mesmo estado e/ou município; insuficiência da capacidade para testagem molecular ampla para detectar e isolar os casos, rastrear contatos e colocá-los em quarentena, além da disponibilidade de leitos [24].

Outra discussão intensa está se dando em relação à volta das atividades escolares. Depois de estudarem as medidas adotadas nos Estados Unidos, em editorial, The BMJ abordou questões importantes sobre esta questão. Para isso, é considerado de fundamental importância conter a transmissão da comunidade antes da reabertura das escolas [36].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos demonstram que as medidas não farmacológicas, desde que aplicadas no momento oportuno, com coordenação e complementariedade das ações entre as três esferas de governo, são estratégias fundamentais no enfrentamento da pandemia. Para isso, um aspecto que carece de urgente solução se refere ao suporte de laboratório, que é de fundamental importância em todas as etapas de enfrentamento da COVID-19, inclusive o resgate da testagem para os demais vírus transmitidos por vias respiratórias. Não se faz vigilância em saúde sem um diagnóstico laboratorial adequado e oportuno. Além disso, estados e municípios que estiverem em situação

de baixa transmissão precisam aprimorar a vigilância epidemiológica, possibilitando a detecção rápida dos casos e a adoção das medidas fundamentadas nas evidências científicas. Esse aprimoramento também implica boa articulação com a saúde complementar e privada, considerando que a janela de oportunidade para a adoção de medidas efetivas é curta. Não podemos abandonar as importantes iniciativas do uso da telemedicina, embora ainda muito aquém das necessidades e suas potencialidades no Brasil

Finalizando, a reflexão de Richard Horton que, em comentário no The Lancet, classifica a COVID-19 não como uma pandemia, e, sim, como uma sindemia é muito importante. A noção de sindemia foi concebida por Merrill Singer, um antropólogo médico americano, na década de 1990, argumentando que uma abordagem sindêmica revela aspectos biológicos e sociais, interações que são fundamentas para o prognóstico, tratamento e política de saúde. A consequência mais importante de considerar a COVID-19 como sindemia é sublinhar suas origens sociais [37]. Nessa abordagem sistêmica, se cada estratégia implantada, independentemente do nível de governo, for baseada em evidências científicas, mais se beneficiará a população, e menos conflitos existirão.

REFERÊNCIAS

1. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. COVID-19 – Navigating the Uncharted. N Engl J Med 2020; 382: 1268-9. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387.

2. Anderson RM, et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? Lancet 2020; 395(10228): 931-4. doi: https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30567-5.

3. Liu Y, et al. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. J Travel Med 2020; 27(2): taaa021. doi: https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021.

4. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. CCDC Weekly [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 08];2(8):113-22. Disponível em: http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51.

5. Walker PG, et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression [Internet]. Londres: Imperial College London; 2020 [acesso 2020 ago 08]. Disponível em: https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-12-global-impact-COVID-19/.

6. Ferguson N, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand [Internet]. Londres: Imperial College London; 2020 [acesso 2020 ago 08]. Disponível em: https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/77482.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil; 2014 [acesso 2020 ago 08]. 36 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf.

8. Cook DJ, et al. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. Chest [Internet].1995 [acesso 2020 ago 15];108(4 Suppl):227S-230S. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7555178?dopt=Abstract&holding=f1000,-f1000m,isrctn.

9. Lentini OA. Práticas Clínicas Baseadas em Evidências. Especialização em Saúde da Família – Módulo Pedagógico [internet]. [acesso 2020 ago 15]. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Práticas clínicas baseadas em evidências.pdf.

10. Ferguson N, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand [Internet]. Londres: Imperial College London; 2020. doi: https://doi.org/10.25561/77482.

11. Muller O, Neuhann F, Razum O. Epidemiology and control of COVID-19. Deutsch Med Wochenschr [internet]. 2020 [acesso 2020 out 02];145(10):670-674. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32344440/.

12. Bedford J, et al. COVID-19: Towards controlling of a pandemic. Lancet. 2020;395(10229):1015-1018. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5

13. Müller O, et al. COVID-19 Control: Can Germany Learn From China? Int J Health Policy Manag. 2020;9(10):432-435. doi: https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.78.

14. Nussbaumer-Streit B, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4):CD013574. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.

15. Leung K, et al. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. Lancet. 2020;395:1382-93. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30746-7.

16. Zhong R, Mosur P. To tame coronavirus, Mao-style social control blankets China. The New York Times [Internet]. 15 fev 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: https://www.nytimes.com/2020/02/15/business/china-coronavirus-lockdown.html.

17. Cowling BJ, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. Lancet Public Health [internet]. 2020 [acesso 2020 out 04];5:e279-88. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930090-6.

18. Lin L, Hou Z. Combat COVID-19 with artificial intelligence and big data. J Travel Med. 2020;27(5):taaa080. doi: https://doi.org/10.1093/jtm/taaa080.

19. Center for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Masks [internet]. 2020 [acesso 2020 ago 22]. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html.

20. Calistus N, et al. Mathematical assessment of the impact of non-pharmaceutical interventions on curtailing the 2019 novel Coronavirus. Math Biosci. 2020;325:108364. doi: https://doi.org/10.1016/j.mbs.2020.108364.

21. Gandhi M, Rutherford GW. Facial Masking for COVID-19 — Potential for "Variolation" as We Await a Vaccine. N Engl J Med. 2020;383(18):e101. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMp2026913.

22. Van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One [Internet]. 2008 [acesso 2020 out 01];3(7):e2618. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440799/.

23. Center for Disease Control and Prevention. Life is Better with Clean Hands [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 03]. Disponível em: https://www.cdc.gov/handwashing/campaign.html.

24. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Nacional De Enfrentamento à Pandemia Da COVID-19 – Frente Pela Vida [Internet]. Versão 2, 15 jul 2020 [acesso 2020 set 09]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf.

25. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Reclamação: RCL-42.590 [Internet]. Relator Alexandre de Moraes, data de julgamento: 9/09/2020, Data de publicação: BJE-235 24/09/2020 [acesso 2020 out 03]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RCL42591deciso.pdf.

26. Duncan BB, Schmidt MI. Medicina Baseada em Evidências. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 1999 [acesso 2020 ago 15];45(3):247-54. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

27. Moraes RF. Determinantes do distanciamento físico durante a epidemia de COVID-19 no Brasil: efeitos de medidas mandatórias, números de casos e duração das normas restritivas. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(9):3393-3400. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.21892020.

28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Desinfecção de pessoas em ambientes públicos e hospitais durante a pandemia de Covid 19. Nota Técnica nº 38/2020/SEI/ COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA [internet]. 7 maio 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/502json-file-1/view.

29. Burns J, et al. Travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;9. Art. No.: CD013717. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013717.

30. Casas CP, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: tensões metodológicas durante a pandemia de COVID-19 Estud Av. 2020;34(99):77-96. doi: https://doi.org/10.1590/s01034014.2020.3499.006.

31. Yamey G, Walensky RP. COVID-19: re-opening universities is high risk. BMJ: Editorials [Internet]. 2020;370:m3365. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m3365.

32. Lopez G. Just 4 states meet these basic criteria to reopen and stay safe. Vox [Internet]. 19 ago 2020 [acesso 2020 set 06]. Disponível em: https://www.vox.com/2020/5/28/21270515/coronavirus-COVID-reopen-economy-social-distancingstates-map-data.

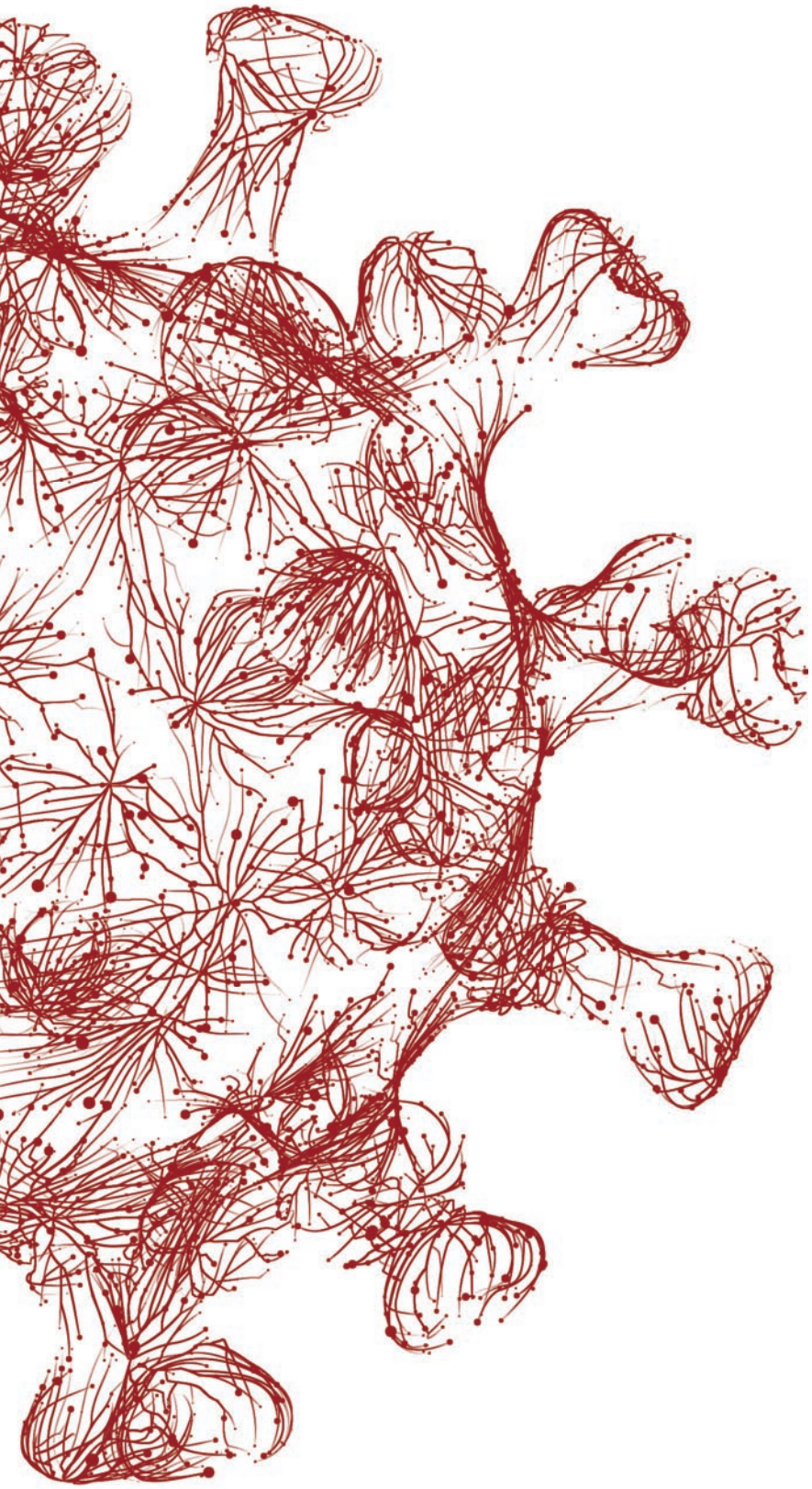
33. Ibarrondo FJ, et al. Rapid Decay of Anti–SARS-CoV-2 Antibodies in Persons with Mild COVID-19. N Engl J Med. 2020;383(11):1085-1087. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMc2025179.

34. Habibi MS, et al. Mechanisms of Severe Acute Influenza Consortium Investigators. Impaired antibody-mediated protection and defective IgA B-cell memory in experimental infection of adults with respiratory syncytial virus. Am J Respir Crit Care Med 2015;191:1040-9. doi: https://doi.org/10.1164/rccm.201412-2256OC.

35. Corrêa PR, et al. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:E200061. doi: https://doi.org/10.1590/1980-549720200061.

36. Cheng S-Y, et al. How to safely reopen colleges and universities during COVID-19: experiences from Taiwan. Ann Intern Med. 2020:M20-2927. doi: https://doi.org/10.7326/M20-2927.

37. 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.



O PAPEL DA REVISÃO RÁPIDA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Ivan Zimmermann[1]

Resumo: A crise gerada pela pandemia da COVID-19 reativou a discussão sobre a necessidade de fontes de evidências confiáveis e, ao mesmo tempo, oportunas para as decisões em saúde. Apesar de sua ampla disseminação e validade, a realidade da produção de revisões sistemáticas é, algumas vezes, impraticável dentro dos prazos e recursos disponíveis. É esse um dos espaços apropriados para a condução e aplicação dos estudos de revisão rápida, que, por sua vez, buscam conciliar a robustez e a transparência da revisão sistemática tradicional com o exíguo tempo disponível para as decisões. Várias iniciativas nacionais e internacionais de revisões rápidas foram estabelecidas ao longo dos últimos meses com o objetivo de apoiar profissionais e gestores de saúde na atual crise sanitária. Com atuação ampla, buscando responder a dúvidas em relação à adoção das medidas não farmacológicas, como a quarentena e o distanciamento social e a questões específicas sobre a eficácia e segurança de equipamentos de proteção e tratamentos farmacológicos, a revisão rápida tem demonstrado seu importante valor no enfrentamento da COVID-19. É importante que, mesmo com adaptações, sejam mantidos os elementos em comum com as revisões sistemáticas tradicionais, ou seja, geradas por um método transparente, científico e reprodutível.

Palavras-Chave: Infecções por Coronavirus. Revisão Sistemática**.** Política Informada por Evidências. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Pública.

1 Especialista em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde, doutor em Ciências da Saúde. Foi analista de políticas sociais na secretaria executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Atualmente, é professor adjunto de Epidemiologia e Bioestatística do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7757-7519. ivanzricardo@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3nq7Em8

1. O QUE É UMA REVISÃO RÁPIDA?

1.1 MAIS RÁPIDO, POR FAVOR.

Em março de 2020, Herbert Holden Thorp assinava o editorial da conceituada revista científica *Science* com o excêntrico título "Faça-nos um favor" (do inglês, *do us a favor*). O curioso título fazia alusão à frase "Faça-me um favor, acelere, acelere" (do inglês, *do me a favor, speed it up, speed it up*) atribuída ao presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, quando suplicava por uma vacina em tempo recorde contra o SARS-CoV-2, agente etiológico da doença do novo coronavírus (COVID-19) [1]. Entre outros pontos discutidos ao longo do texto, Thorp resgatava que, por maiores que sejam nossas intenções e expectativas, muitas das etapas de desenvolvimento e produção de vacinas dependem de processos biológicos e químicos essenciais que, infelizmente, não podem ser descartados ou "acelerados". Apesar de tomar a COVID-19 como ponto de discussão, essa disparidade entre o tempo da ciência e o tempo da tomada de decisão não é uma particularidade da produção de vacinas [2].

No contexto das decisões informadas por evidências, é inegável o avanço que os estudos de revisão sistemática trouxeram para a robustez e transparência nos processos de levantamento de evidências. Ao consultarmos os registros disponíveis na biblioteca Cochrane (https://www.cochranelibrary.com), a mais renomada fonte de revisões sistemáticas sobre intervenções em saúde, já podemos identificar mais de 8 mil registros de estudos de revisão sistemática conduzidos mediante rígidos protocolos de identificação, seleção, extração, síntese e avaliação das evidências. Contudo, assim como na produção de uma vacina, a produção de um estudo de revisão sistemática tradicional exige alguns passos essenciais, com destaque para ampla identificação de

estudos, assim como processos independentes e pareados de seleção de estudos e extração de dados. A depender do contexto, dos recursos e da evidência disponível, a estimativa do tempo necessário para a produção desse estudo é comumente citada em um horizonte de 6 meses a 2 anos. Ressalta-se que tal estimativa é até otimista ante a uma avaliação dos dados de 86 revisões publicadas pela Colaboração para Evidências Ambientais (do inglês, The Collaboration for Environmental Evidence) entre maio de 2012 e março de 2017 [3]. A partir dos dados identificados, os autores relataram um tempo médio de 737 dias (variando de 48 a 1.524 dias) desde o registro do protocolo até a submissão da revisão. Em contraposição, em situações de gestão de crises, como a vivida no enfrentamento da pandemia de COVID-19, como também na formulação de políticas públicas, existem janelas específicas de oportunidade para a tomada de decisão [4]. Como ilustração, de acordo com a Lei 12.401/2011, a recomendação pela incorporação de uma nova tecnologia em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser precedida de um minucioso processo administrativo, que inclui a avaliação das evidências científicas disponíveis, a avaliação econômica comparativa dos custos e benefícios, discussão entre os principais atores envolvidos e consulta à sociedade dentro de um período máximo de 180 dias. Nesse cenário, não é difícil constatar que, apesar de sua ampla disseminação e validade, a realidade da produção de revisões sistemáticas tradicionais esteja desalinhada com os prazos necessários para a tomada de decisão em algumas situações. Nesse sentido, esforços têm sido empregados na adaptação de estudos de síntese de evidências que consigam conciliar a robustez e transparência da revisão sistemática com o exíguo tempo necessário para as decisões públicas [5]. É exatamente nesse campo que emerge a proposta da revisão rápida (do inglês, Rapid Review).

1.2 EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO

Apesar de não ter o mesmo longo período de disseminação que os estudos de revisão sistemática tradicionais, desenvolvidos nas ciências sociais já na década de 1970 [6], pode-se igualmente dizer que a revisão rápida não seja uma concepção necessariamente recente. Por exemplo, data-se de 1997 a primeira referência ao termo revisão rápida na literatura científica quando descrito um programa de avaliação rápida de tecnologias em saúde nas regiões sul e oeste da Inglaterra [7]. Mesmo sem propor uma definição formal da expressão "revisão rápida", o artigo descrevia a experiência de um serviço de síntese de evidências "projetado para responder às necessidades dos gestores de saúde, e garantir que os resultados das avaliações fossem usados na prática" [6]. Todavia, embora tenham-se passado mais de duas décadas dessa primeira referência, o consenso sobre o que seria a definição de um estudo de revisão rápida é ainda um desafio.

O estudo de Hamel et al. [8] buscou, por meio de uma revisão sistemática de escopo, responder à pergunta: como as revisões rápidas são definidas na literatura? Após o escrutínio de 2.657 referências, que culminou na inclusão de 216 estudos de revisão rápida, os autores identificaram um total de 158 (73%) revisões rápidas com uma definição fornecida. Uma gama de definições e autores foram citados, sendo comumente referenciados os trabalhos de Khangura [9],

Ganann [10] e Tricco [11] respectivamente. Após conduzirem uma análise temática de todas as definições disponíveis, Hamel et al. [8] propuseram uma definição que contemplasse os temas centrais identificados, em pelo menos 50% das referências identificadas:

> Uma revisão rápida é uma forma de síntese do conhecimento que acelera o processo de condução de uma revisão sistemática tradicional por meio da simplificação ou omissão de uma variedade de métodos com o objetivo de produzir evidências de maneira eficiente em termos de recursos [8].

Apesar de recente, a definição proposta por Hamel et al. [8] é justamente a definição adotada recentemente pelo Grupo de Métodos de Revisões Rápidas da Cochrane [12], o que é um forte indício de que a busca por uma definição possa ter sido enfim alcançada.

1.3 ONDE SE APLICAM AS REVISÕES RÁPIDAS?

Partindo agora da definição estabelecida por Hamel et al.[8], já temos um indício de qual o contexto em que se aplicam ou não as revisões rápidas. Tendo ciência de que tais estudos surgiram como uma abordagem útil para fornecer evidências de maneira oportuna e econômica [5], podemos concluir que, geralmente, sua aplicação seja apropriada para as situações de escassez de tempo ou recursos (ou ambos) [13]. Nessas situações, apesar de transparente e robusta, a condução de uma revisão sistemática tradicional poderia ser pouco útil – por não conseguir ser conduzida em tempo hábil para dar suporte a uma tomada de decisão – ou impraticável, por exigir a alocação de recursos humanos e financeiros nem sempre disponíveis. Em ambos os contextos, resgata-se a aplicação da famosa citação de Voltaire de que "O ótimo é inimigo do bom" [14].

Sua produção em tempo oportuno possui clara relação com o contexto das políticas públicas, em que a revisão rápida pode desempenhar seu papel na síntese de evidências relacionadas com definição de prioridades, formulação e implementação de políticas [5]. Na área das políticas públicas em saúde, uma revisão sistemática datada de 2015 já havia identificado 29 programas internacionais de revisão rápida com uma ampla representação organizacional da academia, governo, instituições de pesquisa e organizações sem fins lucrativos [15]. Os principais objetivos seriam informar a tomada de decisões com relação ao financiamento de tecnologias, serviços, políticas de saúde e desenvolvimento dos programas. Como exemplo de aplicação no contexto brasileiro, ao formular uma proposta de diretrizes para uma Política Nacional de Medicamentos Biológicos no SUS, uma série de ações foi coordenada pelo Ministério da Saúde durante o ano de 2018 [16], dentre elas, pode-se destacar a revisão rápida sobre barreiras relacionadas ao uso ou acesso aos medicamentos biológicos elaborada por Farinasso et al. [17]. Tal produto teve sua encomenda, execução e conclusão em tempo oportuno para que desse suporte às discussões do então estabelecido grupo de trabalho – que tinha o prazo de duração de 6 meses (Portaria GM/MS nº 1.160, de 3 de maio de 2018).

Em relação à escassez de recursos, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a necessidade de sua maior difusão nos países de baixa e média renda com o intuito de criar uma demanda e motivação para garantia de recursos para sua produção e uso [5]. Nesse sentido, é importante destacar que as decisões na formulação e implementação de políticas públicas permeiam uma série de perspectivas coletivas que a tornam alvo da necessidade de dados e análises por vezes mais complexas que aquelas envolvidas no nível biomédico [18]. Nem sempre as bases, estratégias e processos comumente adotados pela revisão sistemática tradicional serão suficientes ou até aplicáveis às indagações dos gestores de políticas públicas. Essa complexidade é igualmente enxergada pela OMS como um "importante desafio e oportunidade para desenvolver o campo de revisões rápidas de evidências de políticas e sistemas de saúde" [5].

Por fim, as revisões rápidas podem fazer parte de um marco inicial do processo de produção de evidências, permitindo levantar o escopo das evidências disponíveis com o intuito de identificar lacunas que exijam pesquisas adicionais [5]. De fato, Jon Brassey, fundador e diretor da renomada ferramenta de busca de evidências *Trip Database*, destaca que, em sua visão, a revisão rápida seria o "método inicial padrão para aqueles interessados em uma síntese das evidências" [14]. Nesse sentido, a revisão rápida possibilitaria uma visão geral e oportuna das evidências existentes e só se procederia a uma revisão sistemática tradicional na constatação de sua real necessidade. Brassey conclui seus apontamentos destacando que, a menos que haja um ganho claro com a condução de uma revisão sistemática tradicional, seria até "antiético usar um recurso valioso em um produto que provavelmente terá pouca utilidade" [14].

2 COMO SÃO CONDUZIDAS AS REVISÕES RÁPIDAS?

2.1 RÁPIDA, PORÉM SISTEMÁTICA

Em editorial da revista *Systematic Reviews*, Moher et al. [6] apresentam uma perspectiva interessante de que as novas formas de revisões estariam, de alguma forma, relacionadas entre si, assim como as "diferentes espécies biológicas de uma mesma família". Para tanto, os autores destacam que essas diferentes formas de revisão precisam compartilhar certas características, como seu fundamento no método científico, planejamentos (*a priori*) e detalhes suficientes para que seja um estudo reprodutível. Analogias à parte, se a definição do que seria uma revisão rápida se encontra em uma variedade de referências, os passos e detalhes essenciais de sua condução pertencem a um campo ainda mais heterogêneo [19].

Haja vista a necessidade de produção de uma revisão em tempo oportuno, pode-se dizer que temos três abordagens centrais com foco na redução do tempo despendido em sua condução: a adaptação dos processos de revisão; o uso de múltiplos revisores simultâneos (paralelização) e a adoção de novas tecnologias e automação [20]. Pode-se dizer que a paralelização e a automação são estratégias

que, em tese, são implementadas sem grandes modificações dos processos tradicionais de uma revisão sistemática. Portanto, o grande dilema e consequente fonte de heterogeneidade metodológica das revisões rápidas disponíveis diz respeito à adaptação dos processos de revisão [21-22]. O **Quadro 1** traz uma síntese de exemplos de algumas adaptações comumente encontradas nesse processo.

Quadro 1. Alterações possíveis do processo de revisão sistemática tradicional para a condução de uma revisão rápida

Dimensão	Alterações possíveis
Escopo	Elaborar uma questão de pesquisa mais direcionada ou com escopo reduzido (por exemplo, apenas novas tecnologias)
	Restringir o número de questões de pesquisa
	Restringir o número de estudos a serem incluídos
Abrangência	Restringir a estratégia de busca (por exemplo, número de fontes, sem literatura cinzenta, data de publicação, idioma)
	Restringir os tipos de estudos a serem incluídos (por exemplo, apenas revisões sistemáticas, apenas ensaios clínicos)
	Restringir a análise textual (por exemplo, número de itens de extração)
Rigor metodológico	Eliminar ou restringir a seleção pareada de estudos
	Eliminar ou restringir a extração pareada de estudos
	Eliminar ou restringir a revisão interna ou externa do produto (por exemplo, sem revisão por pares)
	Eliminar ou restringir a avaliação do risco de viés dos estudos individuais
Síntese	Eliminar ou restringir a análise quantitativa ou qualitativa
	Eliminar ou restringir a avaliação global da qualidade das avaliações de evidências (por exemplo, sem uso do GRADE)
Conclusões	Eliminar ou restringir quaisquer declarações conclusivas sobre a direção das evidências

Fonte: Adaptado de Hartling et al. [21].
Nota: GRADE: *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

Como esperado, entre os métodos propostos e adaptações possíveis, não há consenso sobre um padrão único para a realização de revisões rápidas – e quem sabe nunca exista. Mesmo dentro de uma mesma característica a ser adaptada, pode-se encontrar uma variedade de modificações de acordo com alguns fatores, como público, objetivo, literatura disponível e prazo de elaboração. Este último, por exemplo, será crucial para direcionar as adaptações mínimas necessárias para o cumprimento do cronograma de elaboração de 1 semana a 6 meses, proposto pela Cochrane [12], ou as audaciosas revisões ultrarrápidas com promessa de respostas em prazos de 5 minutos a menos de uma semana [21-23].

Dentro dessa variabilidade, fica clara a necessidade de que cada instituição produtora de revisões rápidas busque a delimitação de seus processos, de acordo com seus serviços e demandantes. Nessa direção, ao priorizarmos três das principais propostas de diretrizes sobre a condução de revisões rápidas atualmente disponíveis, podemos destacar as seguintes iniciativas:

Guia prático da Organização Mundial da Saúde (do inglês, *Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide*) [5].

Um guia completo da OMS trazendo não apenas recomendações práticas sobre a condução de revisões rápidas para informar as políticas de saúde e a tomada de decisões como também estratégias para a estruturação e disseminação desses serviços.

Guia interino do Grupo de Métodos de Revisões Rápidas da Cochrane (do inglês, *Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group*) [12].

O grupo, que tem dentre seus objetivos a produção de manuais de métodos e diretrizes para a conduta e relato de revisões rápidas, disponibilizou seu guia interino de métodos contemplando uma breve síntese das adaptações a serem adotadas em seus processos para atender aos requisitos do cronograma de uma revisão rápida.

Consenso Brasileiro para Elaboração de Respostas Rápidas na Avaliação de Tecnologias em Saúde[24].

Em artigo publicado por Silva et al. [24], relata-se o consenso obtido após rodadas em método Delphi com especialistas e atores estratégicos da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil. Para esse contexto, o estudo obteve o consenso de oito elementos-chave nas etapas de elaboração de uma revisão rápida: definição da questão estruturada de resposta rápida (com escopo restrito); definição dos critérios de elegibilidade para os tipos de estudo (preferencialmente revisões sistemáticas); estratégia de busca (limite de data e idioma) e fontes de informação (no mínimo duas); seleção de estudos (independente por dois profissionais); avaliação crítica dos estudos incluídos e do risco de viés para os desfechos de interesse; extração de dados dos artigos incluídos; resumo das evidências; e preparação do relatório.

Além destas, temos outros importantes guias que merecem sua devida consulta, como o guia prático da Universidade de McMaster [25], do governo do Reino Unido [26], e a ferramenta STARR (do inglês, *SelecTing Approaches for Rapid Reviews*) para o planejamento de revisões rápidas que orienta a adaptação do escopo de revisão de forma a garantir que as informações mais relevantes sejam consideradas dentro do tempo disponível [27]. Concluindo, independentemente dos métodos e adaptações adotadas, é importante que essa "espécie" busque a manutenção dos elementos que a tornam parte da grande "Família" das revisões sistemáticas, ou seja, geradas por meio de um método transparente, científico e reprodutível [5,6].

3. COMO CONFIAR EM UMA REVISÃO RÁPIDA?

3.1 E POR QUE NÃO CONFIAR?

Como observado, existem vários métodos aplicáveis à realização de revisões em tempo oportuno, sem uma resposta única de quais devem ser ou não adotados para todos os contextos. Apesar disso, é importante haver ciência de que, ao omitir ou simplificar determinado passo de uma revisão sistemática tradicional, a revisão rápida pode sofrer com algumas limitações inerentes a essa adaptação [20]. Como exemplo, a seleção dos estudos por um único revisor pode estar propensa a erros e vieses de seleção que seriam minimizados por uma seleção pareada. Resgata-se que esse foi um dos elementos essenciais apontados pelo Consenso Brasileiro para Elaboração de Respostas Rápidas na Avaliação de Tecnologia em Saúde [24]. Por outro lado, uma revisão rápida no escopo de análise de políticas públicas que exclua totalmente a literatura cinzenta estará igualmente limitada por não considerar fontes essenciais não indexadas, como relatórios governamentais. Por isso, dificilmente haverá uma eventual resposta única de como atingir o equilíbrio entre a aceleração e a manutenção da robustez do processo [5].

Ao avaliarem a qualidade de condução e relato de 66 revisões rápidas, Kelly et al. [28] identificaram, respectivamente, uma baixa adesão às diretrizes de qualidade AMSTAR (do inglês, *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*), preenchendo uma mediana de 4 dos 11 itens possíveis, e os critérios de relato da iniciativa PRISMA (do inglês, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), preenchendo uma média de 13,2 dos 27 itens possíveis. Os autores alertam que a baixa transparência e o relato inadequado foram limitações significativas das revisões rápidas. Um ponto de extrema relevância, pois, como citado anteriormente, a transparência é um dos elementos-chave na condução de uma revisão rápida, que deve ser mantida em comum com relação a uma revisão sistemática tradicional. Entretanto, por terem sido originalmente desenvolvidas para revisões sistemáticas tradicionais, há que se considerar a discussão sobre o quanto as ferramentas de qualidade e diretrizes de relato atualmente disponíveis se aplicam, de fato, às revisões rápidas [29]. Dentro dos esforços nesse sentido, já há inclusive o protocolo de elaboração de uma versão das recomendações PRISMA voltadas para revisões rápidas (PRISMA-RR) [30]. Considerando as limitações de suas adaptações e seus impactos, como seria possível então confiar nas conclusões de uma revisão rápida?

A resposta para tal indagação é igualmente motivo de pesquisa metodológica, e, quem sabe, possa ser respondida com uma contraposição: por que não confiar? Numa revisão em busca dos melhores métodos para revisões rápidas das evidências para decisões nas políticas e práticas de saúde, Haby et al. [22] encontraram pouca evidência empírica sobre o impacto nas conclusões pela condução de uma revisão rápida comparada a uma revisão sistemática tradicional. Entretanto, dentro das evidências disponíveis, são identificados resultados interessantes como a comparação de ambas as revisões (rápida vs. sistemática) no contexto de *stents* farmacológicos, cirurgia de

redução de volume pulmonar, transplante de fígado de doador vivo e cirurgia de quadril, em que as conclusões essenciais das revisões não se opuseram. Os autores resgatam essa discussão concluindo que "não há evidências disponíveis de que as revisões rápidas não devem ser feitas ou que são enganosas de alguma forma". Em verdade, estudos preliminares têm demonstrado que até mesmo revisões ultrarrápidas podem alcançar as mesmas conclusões que revisões sistemáticas em determinados contextos, apesar das limitações inerentes ao seu processo simplificado [23].

Por outro lado, já existe também alguma evidência de impactos na identificação da evidência disponível e na magnitude das estimativas de síntese (metanálise). Ao comparar os métodos frente a frente em um contexto de teste de triagem neonatal, Taylor-Phillips et al. [31] chegaram à conclusão de que a condução de uma revisão rápida com um único revisor teria perdido até quatro estudos elegíveis durante a triagem dos estudos e ainda teria desvios importantes na extração de dados. Apesar disso, os autores relatam que uma revisão rápida "aprimorada", adotando uma estratégia de busca mais específica que a revisão sistemática e processos de forma pareada, em uma amostra de apenas 20% dos estudos, teria identificado os mesmos 10 estudos da revisão sistemática e seus dados seriam extraídos sem diferenças importantes. Em um contexto mais amplo, Marshal et al. [32] buscaram simular os impactos da recondução de 2.512 revisões sistemáticas da Cochrane (com 16.088 estudos incluídos) em variados cenários de adaptação (restrição de fontes, restrição de datas e tamanho de amostra de estudos incluídos). Embora a restrição de buscas no PubMed tenha indicado um impacto baixo, estando associada a pouca ou nenhuma variação importante da estimativa de metanálise em quase 90% das 2.512 revisões disponíveis, outras adaptações tiveram impactos significativos, como a restrição de data de publicação para os últimos 5 anos. Nesse caso, apenas 31% das metanálises não sofreriam alterações importantes de suas estimativas. Cabe ressaltar que a simulação teve foco no impacto da identificação dos estudos primários que deixariam de ser incluídos. A inclusão de uma revisão sistemática publicada previamente no escopo de buscas de uma revisão rápida poderia driblar tal limitação imputada pela restrição de data de publicação, por exemplo. Novamente, esse é outro elemento-chave apontado pelo Consenso Brasileiro para Elaboração de Respostas Rápidas na Avaliação de Tecnologia em Saúde [24], o que o torna um roteiro essencial para a condução e avaliação da confiança de revisões rápidas no contexto da ATS no Brasil.

É inegável que há ainda incerteza sobre o quanto que as adaptações do processo levam de fato a conclusões na prática, e o quão viável é a aplicação direta dos critérios de qualidade, atualmente disponíveis, para revisões sistemáticas tradicionais. De acordo com a OMS [5], a baixa aceitação entre acadêmicos, pela desconfiança de seus métodos, é um entre os vários desafios que impedem a difusão das revisões rápidas em todo seu potencial. Quanto ao usuário desses estudos, retornamos ao paradigma de Voltaire sobre termos o ótimo como inimigo do bom e, assim, a limitação inerente à adaptação adotada em cada revisão deve ser contraposta aos seus impactos para a tomada de decisão, de acordo com cada contexto. É importante que os demandantes e os produtores desse rico insumo para a tomada de decisão estabeleçam quais são os critérios mínimos que garantirão a confiança e aplicabilidade de seu processo, assim como fizeram Silva et al. [24] para o contexto da ATS no Brasil.

4. A REVISÃO RÁPIDA E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A crise gerada pela pandemia da COVID-19 fomentou a busca por fontes confiáveis e, ao mesmo tempo, oportunas de evidências para as decisões em saúde. Esse, portanto, seria um dos espaços apropriados para a condução e aplicação dos estudos de revisão rápida. Até a data de 15 de outubro de 2020, o PubMed já registrava 157 referências com a busca específica dos termos revisão rápida e COVID-19 nos títulos e resumos dos registros indexados – "rapid review"[tiab] AND (covid-19[tiab] OR coronavirus[tiab] OR Sars-CoV-2[tiab]). Considerando que as primeiras publicações foram adicionadas ao PubMed no mês de março deste ano, temos uma média de aproximadamente 20 novos registros por mês, sendo que somente em agosto foram adicionados 33 registros – é mais do que um estudo de revisão rápida relacionado à COVID-19 publicado por dia! Uma busca semelhante na base internacional de registros de protocolos de revisões PROSPERO recupera um número semelhante de resultados (133), sendo 82% destes, de revisões ainda em andamento (109/133). Ressalta-se que essa é uma análise simplificada, baseada em uma busca restrita, com claras limitações de sua extrapolação e interpretação. Contudo, são informações mais do que suficientes para contextualizar a importância e dimensão da produção de revisões rápidas nesta pandemia até agora.

Todavia, se conduzir uma revisão confiável em tempo oportuno já era um desafio inerente ao propósito das revisões rápidas, a COVID-19 amplificou ainda mais esse desafio. Ao analisar o atual contexto, Tricco et al. [33] identificaram uma série de pontos nesse sentido. Inicialmente, dado o contexto emergente da pandemia, as revisões rápidas não podem se limitar a uma ou duas bases de dados indexadas e, ainda mais importante, não podem desconsiderar a literatura cinzenta. Isso porque, buscando aprimorar o seu alcance em tempo oportuno, a produção científica relacionada com a COVID-19 também ampliou mais do que nunca suas formas de disseminação, para além dos tradicionais periódicos científicos. Isso inclui uma variedade de fontes, como portais eletrônicos, notícias científicas, mídias sociais, bases de registros de estudos, repositórios públicos e a marcante atuação dos servidores de pré-impressão (*preprint*), com destaque para o medRxiv (https://www.medrxiv.org/) e o recém-estabelecido Scielo preprints (https://preprints.scielo.org/). Tal contexto não só amplia o número de fontes a serem consultadas como também torna mais trabalhosa a execução das estratégias de busca, dado que a consulta em fontes não indexadas requer o manuseio de diversas interfaces de busca e um minucioso trabalho de garimpo manual por evidências. Outro ponto é que, embora variadas as formas de condução de revisão, há um certo consenso nas diretrizes disponíveis sobre a importância de envolvimento de gestores e profissionais de saúde na delimitação da proposta e escopo das revisões [5-27]. O problema é que são justamente esses os atores mais demandados nesse período de crise, que implicam uma sobrecarga física e mental desde o início da pandemia. Há, assim, pouco espaço para o seu efetivo envolvimento em projetos paralelos à garantia da assistência em saúde [34]. O que torna ainda mais desafiador, é que a revisão rápida não só precisa lidar com todos esses dilemas, mas também precisa continuar sendo rápida, aliás, ainda mais rápida! Para que todo esse esforço não seja em

vão, exige-se uma coordenação na demanda e produção de evidências desde o nível local ao regional, nacional e até global. Tricco et al. [33] pontuam ser mais claro que nunca essa "necessidade de coordenação internacional dos esforços para reduzir o risco de duplicação e fazer uso efetivo dos recursos globais de síntese de evidências".

Nesse sentido, é importante destacar que uma série de iniciativas nacionais e internacionais de produção e disseminação de revisões rápidas relacionadas com a COVID-19 foram estabelecidas ao longo dos últimos meses. Internacionalmente, podemos citar os trabalhos da própria Cochrane (https://covidreviews.cochrane.org). Desde março de 2020, além de retomar a discussão e direcionamento metodológico da produção e disseminação de revisões rápidas, a Cochrane tem investido esforços em reunir algumas das questões mais importantes relativas à pandemia de COVID-19, a partir de pesquisadores e profissionais da saúde, gestores, pacientes e cuidadores, assim como outros grandes atores políticos, incluindo a própria OMS. Uma segunda iniciativa internacional de destaque diz respeito à Rede de Evidências para Apoiar a Tomada de Decisões na COVID-19, a COVID-END (https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end). Com sua administração coliderada por equipes do *McMaster Health Forum* e do *Ottawa Hospital Research Institute* (OHRI), a rede abrange todo o espectro da resposta à pandemia reunindo mais de 50 dos principais grupos mundiais de síntese de evidências, avaliação de tecnologias e desenvolvimento de diretrizes.

Nacionalmente, além da atuação da unidade brasileira da Cochrane, podemos destacar a atuação de outros atores. Paralelamente às iniciativas de fomento à produção de evidências, o próprio Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS) investiu esforços em sínteses próprias de evidências como os informes diários de evidências sobre tratamento farmacológico para a COVID-19. A publicação, atualizada periodicamente, traz a quantidade de artigos disponíveis, um resumo de cada estudo e a avaliação de sua qualidade metodológica [35]. É importante também citar o trabalho conjunto das unidades de ATS dos Hospitais Alemão Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento e Sírio-Libanês, todos integrantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Tais unidades uniram esforços para a produção, disseminação e atualização, quase em tempo real, de revisões rápidas, em uma série de temas relacionados à COVID-19. Todas essas revisões foram disponibilizadas em uma página única do portal da *Oxford-Brazil EBM Alliance*, uma colaboração formal entre pesquisadores brasileiros e o *Centre for Evidence-Based Medicine* (CEBM) da *University of Oxford*: https://oxfordbrazilebm.com/index.php/projetos. Por fim, podem-se destacar algumas iniciativas independentes como a do Instituto Veredas, uma organização sem fins lucrativos, que busca, dentre outras ações, produzir sínteses de evidências para apoio à tomada de decisão em políticas públicas. Em um esforço direcionado ao enfrentamento da COVID-19, o Instituto também fez um levantamento de perguntas com seus parceiros da gestão pública e está buscando a produção, identificação e tradução de respostas rápidas no contexto da pandemia. Todos os materiais produzidos, além de versões traduzidas com apoio da Fiocruz-Brasília da série de Respostas Rápidas para Covid-19 desenvolvida pelo *Knowledge to Policy Centre* (K2P) da Universidade Americana de Beirute, estão disponíveis em seu portal: https://www.veredas.org/covid19.

5. ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DE REVISÕES RÁPIDAS PARA AS DECISÕES NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Sem a pretensão de compreender uma lista exaustiva, temos alguns exemplos que contextualizam a contribuição dos estudos de revisão rápida para as decisões no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

5.1 ADOTAR A QUARENTENA ISOLADA OU EM COMBINAÇÃO COM OUTRAS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA PARA CONTROLAR A COVID-19?

Logo no início de sua propagação mundial durante os meses de março e abril de 2020, as autoridades governamentais nacionais e internacionais discutiam a adoção de medidas não farmacológicas para a redução da gravidade da pandemia. Isso porque, sem estratégias efetivas, haveria o tão temido risco de colapso do sistema de saúde. Dentro desse escopo, pode-se citar a revisão rápida da Cochrane conduzida por Nussbaumer-Streit et al. [36], com o objetivo de avaliar os efeitos da quarentena (isoladamente ou em combinação com outras medidas) de indivíduos que tiveram contato com casos confirmados de COVID-19 para apoiar a OMS em suas recomendações.

Apesar de consultarem uma ampla gama de fontes de dados (PubMed, Ovid-MEDLINE, WHO Global Index Medicus, Embase e CINAHL), foram simplificados alguns dos processos da revisão. Por exemplo, apenas 30% das referências foram avaliadas de forma pareada durante o processo de triagem por título e resumo – um único autor da revisão avaliou as outras referências. Apesar das evidências limitadas (25 estudos de modelagem e 4 estudos observacionais), os autores concluíram que havia uma indicação consistente nos resultados do benefício da implementação precoce da quarentena e a combinação com outras medidas de saúde pública (como o fechamento das escolas, restrições de viagem e distanciamento social).

5.2 QUAL A SEGURANÇA DO USO PROLONGADO E DA REUTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS N95?

O temido colapso do sistema de saúde não dizia respeito apenas ao esgotamento de leitos hospitalares, mas a toda uma cadeia de recursos necessários para o enfrentamento da pandemia. Tão logo iniciada a propagação do novo coronavírus, esgotavam-se também os estoques hospitalares de itens essenciais de proteção dos profissionais de saúde, como as máscaras do tipo N95 [37]. Prontamente, várias medidas eram tomadas buscando regularizar

o estoque desses itens, como a simplificação dos requisitos para fabricação, importação e aquisição exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC nº 379, de 30 de abril de 2020. No cenário de escassez, uma alternativa de solução temporária seria prolongar o tempo de uso ou até reutilizá-la.

Levantando as evidências disponíveis dentro de um tempo oportuno, a revisão conduzida pela organização independente sem fins lucrativos ECRI [38] buscava fornecer orientações práticas sobre os riscos e benefícios potenciais que os hospitais deveriam considerar na decisão sobre reutilizar ou prolongar o tempo de uso das máscaras. Não conseguindo identificar estudos clínicos, os achados foram baseados nos dados de 21 estudos laboratoriais. A partir disso, a conclusão do documento seria de que fosse priorizado o uso estendido no lugar da reutilização. Isso, porque as máscaras poderiam propagar facilmente a infecção mediante a contaminação pelo toque das mãos. Tais conclusões foram consistentes com as orientações de órgãos estratégicos, como o CDC [39], nos Estados Unidos, e a Anvisa, no Brasil, que, em sua Nota Técnica nº 04/2020, orientava em caráter excepcional a possibilidade de utilização das máscaras N95 ou equivalentes por um período maior que o indicado pelos fabricantes, desde que a máscara se mantivesse íntegra, limpa e seca.

5.3 QUE TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS DISPONÍVEIS SERIAM SEGUROS E EFETIVOS NO TRATAMENTO DA COVID-19?

Como discutido anteriormente, por mais que sejam priorizadas as pesquisas, o desenvolvimento de uma vacina contra o novo coronavírus exige processos essenciais que não podem ser omitidos ou acelerados. Assim, a busca por evidências sobre alternativas farmacológicas no tratamento da COVID-19 foi igualmente tema de uma série de revisões rápidas. Em meados de maio, o periódico científico Ciência e Saúde Coletiva publicava a revisão rápida intitulada "Terapia medicamentosa para infecções por coronavírus em humanos", conduzida e publicada pelos autores brasileiros Andrade et al. A revisão teve uma busca abrangente, incluindo os tão importantes repositórios de pré-impressão (*preprint*) e trazia conclusões importantes, como o fato de que, até aquele momento, não se constatavam os benefícios da hidroxicloroquina, tratamento com autorização de uso em caráter emergencial para o tratamento da COVID-19 pela agência sanitária americana *Food and Drug Administration* (FDA) [40].

No entanto, a produção de evidências primárias neste período tem sido extremamente profícua, o que fez com que alguns pesquisadores envidassem esforços para que suas revisões pudessem ser concluídas em tempo oportuno e não perdessem sua validade logo após sua publicação. Nesse sentido, cabe ressaltar o papel da adoção de um formato "vivo", ou seja, com constantes atualizações, como adotado por algumas das revisões conduzidas pelas unidades de ATS dos Hospitais Sírio-Libanês, Alemão Oswaldo Cruz e Moinhos de Vento. Em sua 10ª versão, com buscas até julho de 2020, identificando 11 ensaios clínicos

randomizados, a conclusão sobre a ausência de benefícios sobre o uso da hidroxicloroquina ou cloroquina como tratamento de pacientes hospitalizados com COVID-19 era mantida [41]. Revisões sobre outros tratamentos da COVID-19 têm sido igualmente produzidas e disponibilizadas por essa iniciativa.

Como proposto, os exemplos aqui citados são apenas algumas das ilustrações do importante papel que os estudos de revisão rápida têm desempenhado no enfrentamento da pandemia. Uma série de outros questionamentos em relação à segurança e efetividade de políticas e intervenções para a prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19 têm sido objeto desse tipo de estudo. Assim, extraímos como grande lição desse contexto de crise o valor dos estudos de revisão rápida e a necessidade de sua produção de forma coordenada e colaborativa para atingirmos o potencial benefício que esses estudos podem fornecer.

REFERÊNCIAS

1. Thorp HH. Do us a favor. Science. 2020;367:1169. doi: http://doi.org/10.1126/science.abb6502.
2. Oliveira JA, Epstein I. Tempo, ciência e consenso: os diferentes tempos que envolvem a pesquisa científica, a decisão política e a opinião pública. Interface (Botucatu). 2009;13:423-33.
3. Haddaway NR, Westgate MJ. Predicting the time needed for environmental systematic reviews and systematic maps. Conserv Biol. 2019;33:434-43.
4. ottems LBD, et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. Saude Soc. 2013;22:511-20.
5. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. Moher D, Stewart L, Shekelle P. All in the Family: systematic reviews, rapid reviews, scoping reviews, realist reviews, and more. Syst Rev. 2015;4:183.
7. Best L, Stevens A, Colin-Jones D. Rapid and responsive health technology assessment: the development and evaluation process in the South and West region of England. J Clin Eff. 1997;2:51-6.
8. Hamel C, et al. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. J Clin Epidemiol. 2020;129:74-85. doi: http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041.
9. Khangura S, et al. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. Syst Rev. 2012;1:10.
10. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. Implement Sci. 2010;5:56.
11. Tricco AC, et al. A scoping review of rapid review methods. BMC Med. 2015;13:224.
12. Garritty C, et al. Cochrane Rapid Reviews: Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group. Cochrane; 2020.
13. Kaltenthaler E, et al. The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. BMC Med Res Methodol. 2016;16:108.
14. Brassey J. Jon Brassey: The rise of rapid reviews [Internet]. BMJ Clin Evid 2016 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://blogs.bmj.com/bmj/2016/03/24/jon-brassey-the-rise-of-rapid-reviews/.

15. Polisena J, et al. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. Syst Rev. 2015;4:26.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relatório do Grupo de Trabalho para discussão e formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. p. 211.

17. Farinasso CM, et al. Revisão Rápida para informar a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no SUS. BIS, Bol Inst Saúde. 2019;20:114-24.

18. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LVC. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. Physis. 2013;23:589-611.

19. Featherstone RM, et al. Advancing knowledge of rapid reviews: an analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. Syst Rev. 2015;4:50.

20. Tsertsvadze A, et al. How to conduct systematic reviews more expeditiously? Syst Rev. 2015;4:160.

21. Hartling L, et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.

22. Haby MM, et al. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. Heal Res Policy Syst. 2016;14:83.

23. Affengruber L, Wagner G, Gartlehner G. 35 An ultra-rapid review approach: an innovative solution to make evidence more relevant for time-sensitive policy-making and providing guidance for health systems? Oral Present. BMJ Publishing Group Ltd; 2019. p. A23.1-A23.

24. Silva MT, Silva EN, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC Med Res Methodol. 2018;18:51.

25. Dobbins M. Rapid Review Guidebook: Steps for conducting a rapid review. National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT). McMaster University; 2017.

26. Collins A, et al. The Production of Quick Scoping Reviews and Rapid Evidence Assessments: A How To Guide. UK Government; 2015.

27. Pandor A, et al. Delphi consensus reached to produce a decision tool for SelecTing Approaches for Rapid Reviews (STARR). J Clin Epidemiol. 2019;114:22-9.

28. Kelly SE, Moher D, Clifford TJ. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. Syst Rev. 2016;5:79.

29. Granholm A, et al. Transparent and systematic reporting of meta-epidemiological studies. J Clin Epidemiol. 2019;112:93-5.

30. Stevens A, et al. Developing PRISMA-RR, a reporting guideline for rapid reviews of primary studies (Protocol). Equator Network; 2018. p. 12.

31. Taylor-Phillips S, et al. Comparison of a full systematic review versus rapid review approaches to assess a newborn screening test for tyrosinemia type 1. Res Synth Methods. 2017;8:475-84.

32. Marshall IJ, et al. Rapid reviews may produce different results to systematic reviews: a meta-epidemiological study. J Clin Epidemiol. 2019;109:30-41.

33. Tricco AC, et al. Rapid review methods more challenging during COVID-19: commentary with a focus on 8 knowledge synthesis steps. J Clin Epidemiol. 2020;126:177-83.

34. Liu Q, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. Lancet Glob Heal. 2020;8:e790-8.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Informe diário de evidências: COVID-19: n. 103: busca realizada em 27 de agosto de 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

36. Nussbaumer-Streit B, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4):CD013574. doi: http://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.

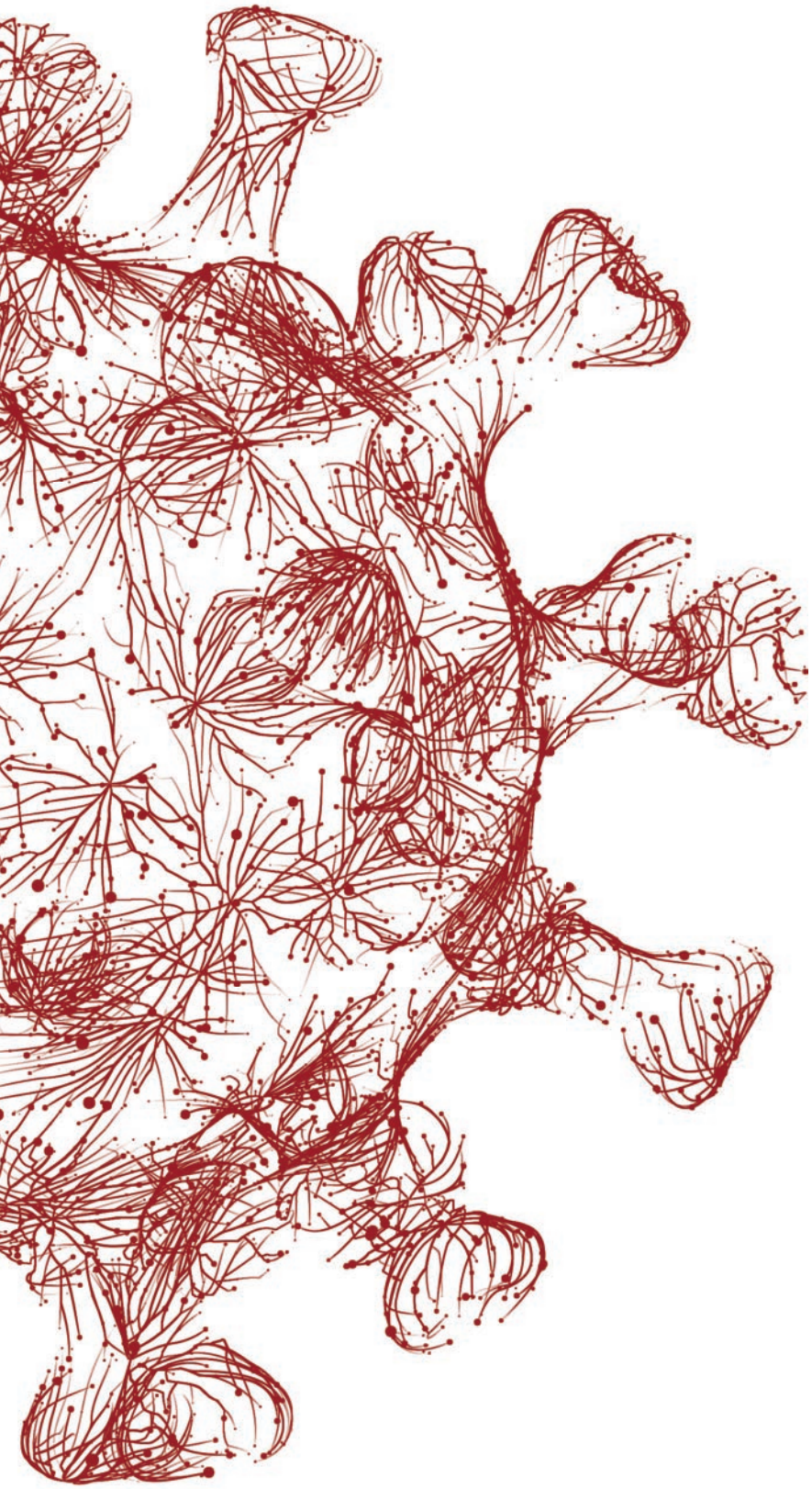
37. Agência Estado. Mandetta sugere uso de máscara de pano e pede que população pare de comprar. Corr Braziliense. 2 abr 2020.

38. ECRI. Safety of Extended Use and Reuse of N95 Respirators. 2020. p. 26.

39. National Institute for Occupational Safety and Health. Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html.

40. Li X, Wang Y, et al. Is hydroxychloroquine beneficial for COVID-19 patients? Cell Death Dis. 2020;11:512.

41. Pacheco RL, et al. Hidroxicloroquina e cloroquina para Covid-19. Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. Oxford Brazil [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://oxfordbrazilebm.com/index.php/2020/04/19/rapid-review-hidroxicloroquina-covid19/.



SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS SOBRE SG, SRAG E COVID-19: SIM, SIVEP-GRIPE E CARTÓRIOS DE REGISTRO CIVIL

Maria Fatima Marinho[1]

Resumo: Os desafios colocados pela pandemia da COVID-19 testam a informação e sua comunicação. O presente texto teve por objetivo analisar e comparar as informações da epidemiologia e estatística de mortalidade, e fazer recomendações. Utilizaram-se as definições de caso da vigilância da COVID-19, classificação do óbito COVID-19 na CID10, informações do portal do Registro Civil (RC). Os resultados apontam que o RC tem sub-registro maior em estados menos desenvolvidos e com grandes distâncias. Estatísticas de causa-morte do RC e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 2019 são diferentes e não comparáveis. O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) é responsável pela maioria dos casos de COVID-19 notificados, mas há milhares de óbitos sem causa especificada por falta de vínculo epidemiológico. Discute-se que as causas de morte no portal do RC não podem ser interpretadas como causas-verdadeiras, pois não usam a causa-básica do óbito. Os milhares de óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) não especificada deveriam ser objeto de uma força tarefa. Mostrou-se que metade desses óbitos poderiam ser COVID-19 suspeitos utilizando combinação de sintomas clínicos. O vínculo epidemiológico poderia ser objeto de decisão de um grupo técnico. Conclui-se que o uso da melhor evidência é fundamental para controlar epidemias. O país necessita atualizar a definição de vínculo epidemiológico dos óbitos por SRAG não especificada, são milhares, isso reduziria a subnotificação de casos, fazendo melhor uso da informação existente.

1 Médica formada pela UFRJ, Mestrado e Doutorado em Medicina Preventiva pela USP, Pós-Doutorado em Epidemiologia UQAM/Canadá. Consultora sênior da Organização Vital Strategies, Professora Convidada do Programa de Pós-Graduação em Saúde Púbica da UFMG. https://orcid.org/0000-0003-3287-9163. fmarinho@vitalstrategies.org.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3hUg6ZA

1. INTRODUÇÃO

A acurácia da informação sobre a causa do óbito, as análises das condições mórbidas e a avaliação dos recursos e serviços de saúde disponíveis estão entre os primeiros princípios da epidemiologia e da política de saúde da população baseada em evidências [1]. Na atual pandemia, identificar a mortalidade específica pela COVID-19 tem sido um desafio em todo o mundo [2], o que tem resultado em subnotificação de casos [3]. No início da pandemia em muitos países, a pouca disponibilidade de testes implicou critérios restritivos, para o diagnóstico laboratorial da COVID-19, inclusive para os indivíduos sintomáticos. Problemas de infraestrutura também contribuíram para redução da testagem e por resultados inconclusivos, colaborando para a subnotificação dos casos e dos óbitos.

No Brasil, Estados e Municípios mobilizaram-se para aumentar a testagem realizada pelos laboratórios de Saúde Pública expandindo sua capacidade, esforço este que resultou em um aumento da testagem. Entretanto, os testes para detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2) têm limitações de acurácia [4]. Como não têm sensibilidade e especificidade de 100%, uma parte dos resultados são falso-negativos, contribuindo para a subnotificação da doença. Conhecer a sensibilidade e a especificidade desses testes é fundamental para a política pública.

Os resultados da testagem alimentam o sistema de vigilância da COVID-19, fonte de informação oficial sobre a doença, operando em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das secretarias de saúde.

As estatísticas de mortalidade também são fonte oficial. As mortes registradas no Registro Civil (RC), publicadas no Portal da Transparência [5], apresentam causas de mortes pela COVID-19 e outras causas e total de mortes registradas nos cartórios no país. Com o aumento contínuo da incidência de casos, a análise da mortalidade pode ser valiosa no monitoramento da pandemia atual.

As estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde (MS) foram publicadas por meio de uma base de dados provisória do Sistema de Informação sobre Mortalidade [6] (SIM), com dados até maio de 2020.

Os Sistemas de Vigilância e de Informação sobre Mortalidade são complementares. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Sistema Nacional de Informação sobre Mortalidade foram criados em 1975, como parte do mesmo processo de produção de informação de interesse para a saúde pública, para o controle de doenças de notificação compulsória e produção de estatísticas de mortalidade.

No entanto, vigilância epidemiológica e estatística de mortalidade, mesmo tendo um objeto de trabalho comum, a morte por uma determinada causa, têm regras diferentes para classificar e definir essa causa.

2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias foi criado em 2000, para monitoramento da circulação dos vírus influenza no país, a partir de uma rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) [7].

> Em 2009, com a pandemia pelo vírus influenza A(H1N1)pdm09, foi implantada a vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e, a partir disso, o Ministério da Saúde (MS) vem fortalecendo a vigilância de vírus respiratórios [7].
>
> Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) em todo o território nacional. Com isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do novo coronavírus (SARS-CoV-2), influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (Portaria GM 188/2020) [7].

De acordo com o Guia de Vigilância, os óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), independentemente de hospitalização, devem ser notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) pelos hospitais públicos e privados, emergências médicas e prontos-socorros e clínicas. O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no SIM [7].

3. REGISTRO DA MORTE NO BRASIL

No Brasil, as mortes são notificadas [8] por dois sistemas: 1) o RC, criado por lei em 1874, atualmente sob o controle do Conselho Nacional de Justiça em nível nacional

e tribunais de justiça em nível estadual, para o qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável pela coleta de estatísticas desde 1973, e 2) o SIM sob a responsabilidade do MS.

Os dois sistemas têm um grau de integração; o documento emitido para notificação ao SIM, a Declaração de Óbito [9] (DO), também deve ser apresentado aos cartórios de RC. Assim, ambas as fontes comumente capturam a maioria das mortes no Brasil, mas alguns eventos são registrados exclusivamente por apenas uma dessas fontes [10].

Os dois sistemas [8], entretanto, têm objetivos distintos: no caso do SIM, fornecer a causa da morte para elaboração das estatísticas vitais e epidemiológicas; e, no caso do RC, cumprir a Lei de Registros Públicos, a produção de informações oficiais para os direitos legais de cada indivíduo que tenha ido a óbito.

A cada óbito, deve ser emitida a DO, que contém a causa do óbito assinada pelo médico. Nos locais onde não há médicos, é necessária a presença de duas testemunhas e um oficial de justiça. A DO é um documento elaborado e desenvolvido pelo MS, que contém o atestado médico internacional de causa de óbito, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, bem como variáveis de identificação sociodemográficas, como idade, sexo, raça/cor, ocupação, entre outros.

4. OBJETIVOS

i. Comparar e analisar as mortes pela COVID-19 publicadas pela Vigilância de SRAG, SIM e pelo Portal da Transparência do RC; ;

ii. Fazer recomendações de uso das informações.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Para a Vigilância da COVID-19, serão tomadas as definições oficiais sobre os critérios de definição de caso e óbito presentes no Guia de Vigilância Epidemiológica [7], vigilância de síndromes respiratórias agudas – COVID-19.

Para a estatística de mortalidade, serão consideradas as orientações do MS [11] aos Coordenadores do Sistema de Mortalidade dos Estados e Municípios sobre a codificação da causa de morte pela COVID-19, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.

No portal da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen) [5], serão consideradas as definições de causas de morte que constam nele.

5.1 DEFINIÇÃO DO ÓBITO PELA COVID-19

Os casos suspeitos e/ou prováveis de COVID-19 são definidos por uma combinação de sinais, sintomas, história epidemiológica e de diagnóstico de imagem [7] (**Quadro 1**). O óbito pela COVID-19 é definido por meio de teste positivo de PCR em tempo real (RT-PCR), que detecta presença do material genético do vírus. Testes rápidos de anticorpo e de antígeno também são recomendados para confirmação dos casos de COVID-19 (**Quadro1**) [7].

Quadro 1: Definição de caso suspeito e caso provável de COVID-19

Caso suspeito de COVID-19
A. Indivíduo com critérios clínicos + epidemiológicos
Clínicos: febre de início agudo E tosse; OU início agudo de 3 ou mais dos sinais/sintomas: febre, tosse, fraqueza generalizada/fadiga, cefaleia, mialgia, dor de garganta, coriza, dispneia, anorexia/náusea/vômito, alteração do estado mental.
Epidemiológicos: residindo ou trabalhando em área com alto risco de transmissão do vírus (aglomeração); OU residindo ou viajando para uma área de transmissão comunitária; OU trabalhando no serviço de saúde (unidade sanitária ou comunidade) – nos últimos 14 dias do início dos sintomas
B. Paciente com doença respiratória aguda grave
Infecção respiratória aguda grave com história de febre ou febre aferida ≥ 38°C E tosse; com início dos sintomas nos últimos 10 dias E necessitando de hospitalização
Caso provável de COVID-19
A. Indivíduo com critérios clínicos E contato de caso provável ou confirmado OU com vínculo epidemiológico a um aglomerado de casos com pelo menos 1 caso confirmado
b. Caso suspeito com imagem torácica sugestiva de COVID-19:
RX: opacidade nebulosa frequentemente de morfologia arredondada com distribuição periférica e pulmonar inferior
CT scan: opacidade de vidro fosco multilateral frequentemente de morfologia arredondada com distribuição periférica e pulmonar inferior
C. Indivíduo com início recente dos sintomas hiposmia/anosmia OU disgeusia, na ausência de outra causa identificada
D. Óbito, sem outra causa identificada, em adulto com dificuldade respiratória E contato de caso provável ou confirmado OU com vínculo epidemiológico a um aglomerado de casos com pelo menos um caso confirmado
Definição de óbito devido à COVID-19
Para fins de vigilância epidemiológica: óbito resultante de uma doença clinicamente compatível com um caso provável ou confirmado de COVID-19
Exclusão de causa alternativa de morte que não pode ser relacionada à COVID-19 (trauma, por exemplo)
Não haver nenhum período de recuperação entre a COVID-19 e a data do óbito

Codificação do óbito pela COVID-19 [11]
Caso confirmado CID U07.1
Pessoa com confirmação laboratorial da infecção por COVID-19, independentemente de sinais e sintomas clínicos
Caso provável/suspeito CID U07.2
Um caso provável/suspeito para quem o teste do vírus COVID-19 é inconclusivo ou o teste não foi realizado por qualquer motivo

5.2 DEFINIÇÃO DA COVID-19 COMO CAUSA BÁSICA DA MORTE

O SIM utiliza a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima versão (CID10) para a classificação da causa básica da morte e divulgação das estatísticas sobre essas causas.

Para a Classificação de Doenças [9], a morte não é um evento único, mas, sim, uma cadeia de eventos causais que, em última análise, levam ao óbito. O que se busca é a verdadeira causa do óbito, ou seja, a doença ou o evento que iniciaram a cadeia de eventos causais, chamada de causa básica da morte. Além da causa básica da morte, existe a causa intermediária, a causa imediata da morte ou causa terminal.

A responsabilidade por atestar a causa da morte é do médico [9] que vai preencher o atestado médico presente na declaração de óbito e assinar. O modelo brasileiro de atestado de óbito com as causas é composto pela Parte I, em que são colocadas as causas da morte começando pela causa básica, linha mais baixa, e terminando com a causa imediata na linha mais alta (linha A). Na parte II do atestado, devem ser anotadas as comorbidades que contribuíram para a morte, mas não foram parte da cadeia de eventos causais. Esse modelo [9] foi adotado a partir de 1950 por todos os países do mundo com a aprovação da 6ª Revisão da CID – 1948.

Em resumo:

A finalidade do atestado de óbito é obter a opinião do médico sobre as causas que, direta ou indiretamente, levaram à morte.

Parte I – destina-se a doenças relacionadas com a cadeia de acontecimentos patológicos que levaram diretamente à morte.

Parte II – destina a qualquer outra afecção significativa que contribuiu para o evento fatal, mas não relacionada com doença ou afecção que causaram diretamente a morte.

O preenchimento da causa do óbito como COVID-19, segundo orientação, deve ser como no exemplo abaixo. As doenças crônicas existentes e os fatores de risco devem ser relatados na parte II.

	Causa da morte	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	Código CID10
Linha A	Insuficiência respiratória aguda	horas	J80
Linha B	Pneumonia	6 dias	J18.9
Linha C	COVID-19 (vírus identificado)	4 dias	U07.1
Linha D			
Parte II	Fumante e enfisema pulmonar	30 anos e 5 anos	

É importante frisar que, de acordo com as regras de classificação da causa de morte pela COVID-19, essa causa somente pode ser a causa básica da morte, não podendo ser uma causa intermediária, portanto, toda doença crônica ou infecciosa que o paciente seja portador entram na Parte II.

Para a morte suspeita de ser causada pela COVID-19, o preenchimento do atestado de óbito pelo médico é similar ao caso confirmado, colocando na linha mais baixa a causa COVID-19 (caso suspeito), em que a codificação usada será a U07.2.

5.3 ESTATÍSTICA DE MORTALIDADE NO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA REGISTRO CIVIL [5]

As estatísticas apresentadas pelos cartórios de RC, por intermédio da Arpen, baseiam-se nas DO registradas nos cartórios em todo o país.

Como referido anteriormente, o SIM e o RC têm a DO como fonte de dados brutos. Os cartórios copiam as causas de morte como consta na DO, registram e certificam o óbito.

A contagem dos óbitos é feita a partir do registro do óbito e transferência para o sistema da Arpen, obedecendo aos tempos legais. As causas de morte publicadas no portal do RC são obtidas por meio de menção da causa pelo médico na DO. Nesse sentido, os números de mortes pela COVID-19 incluem os casos confirmados e os suspeitos. Os critérios de seleção das causas mostradas no portal estão descritos no portal do RC [5].

A estatística de causa da morte publicada no Portal da Transparência do RC não utiliza o conceito de causa básica da morte, não considerando que para uma pessoa falecida pode existir mais de uma causa de óbito, que representam eventos ou doenças encadeadas que levaram ao óbito. Portanto, não se pode falar, de fato, em causa da morte, considerando que a verdadeira causa da morte é a causa básica selecionada de acordo com a CID-10.

Nas informações do referido portal, foram excluídas as causas externas de morte, acidentes e violências, por meio da exclusão do campo médico atestante IML que consta da DO. Esse procedimento não garante a exclusão de 100% dessas causas, entretanto, a grande maioria das informações do portal é de óbitos por doenças ou causas naturais.

6. RESULTADOS

6.1 ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE: NÚMERO DE MORTES POR DOENÇAS REGISTRADAS EM 2020

Os óbitos registrados nos cartórios têm sido disponibilizados no Portal da Transparência [5], desde março de 2020. Esses dados foram base para estimar o excesso de mortalidade por causas naturais no país e nos estados [12]. Em setembro, o MS publicou um painel sobre excesso de mortalidade e passou a comparar o número de óbitos registrados no SIM e aqueles disponibilizados no referido portal do RC [13].

O painel do MS sobre excesso de mortalidade [13] mostra o número de óbitos registrados nos dois sistemas em 2020 até a semana epidemiológica 36. Ambos os registros mostram uma elevação das mortes por doenças no país acima da mortalidade esperada para as semanas analisadas. O SIM capta mais óbitos que os cartórios de RC na média, como pode ser observado no painel [13] do MS.

Comparando as causas de morte reportadas no Portal do RC e no SIM em 2019, observamos uma grande diferença (**Tabela 1**). As causas respiratórias e causas cardíacas mostram uma diferença em números comparadas ao SIM 2019; por exemplo, na aba de causas respiratórias [5], observam-se 172.556 mortes por pneumonia; na aba das causas cardíacas [5], são 148.433 óbitos por pneumonia, para o mesmo período, janeiro a setembro de 2019.

Na verdade, em 2019, ocorreram 64.142 mortes por pneumonia, de janeiro a setembro de 2019, as demais menções a pneumonia referem-se a essa doença como causa intermediária ou imediata da morte, associadas com outras doenças, que foram a verdadeira causa da morte.

Grandes diferenças são observadas para insuficiência respiratória aguda e septicemia, por exemplo, a insuficiência respiratória chega a ser 16 vezes mais frequente no portal do RC que no SIM (**Tabela 1**).

Tabela 1: Causas de morte em 2019 registradas no SIM e por menção no Portal do Registro Civil, janeiro a setembro 2019

Causas morte	SIM	RC	RC/SIM
AVC (I60-I69)	74534	75475	101,3%
Infarto (I21)	68466	74441	108,7%
Pneumonia (J10-J18)	64142	148433	231,4%
Insuficiência respiratória (J96)	3964	63951	1613,3%
SRAG (J80)	250	1129	451,6%
Outras causas*	627237	343182	54,7%
Total	926297	880367	95.0%

Fonte: SIM/SVS/Ministério da Saúde, 2019
*Todas as outras causas de óbito naturais

6.2 CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE ÓBITOS PELA COVID-19 E VIGILÂNCIA DE SRAG

Analisando os dados sobre SRAG do SIVEP-Gripe, observamos que, até 10 de outubro de 2020, foram registrados 828.582 casos de SRAG hospitalizados no Brasil, dos quais 450.527 (54%) foram confirmados com COVID-19, e 290.596 (35,1%) foram classificados como SRAG não especificada.

Os casos de hospitalização por SRAG devido a COVID-19 e os casos de SRAG não especificada seguem a mesma distribuição no tempo. Observa-se um aumento dos óbitos por SRAG a partir de março de 2020, atingindo picos de óbitos desde o final de abril até o início de agosto – 25% dos casos de SRAG faleceram (70% por COVID-19 e 28% por SRAG não especificada). (**Tabela 2**).

Tabela 2: Classificação final casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e desfecho cura ou óbito, Brasil, Semana epidemiológica 1 a 41

	Evolução									
	Cura		Óbito		Óbito por outras causas		Ignorado		Total	
Classificação final	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SRAG por Influenza	1998	0,5	323	0,2	7	0,1	283	0,2	2611	0,3
SRAG por outro vírus	2977	0,7	248	0,1	10	0,2	216	0,1	3451	0,4
SRAG por outro agente	1201	0,3	562	0,3	107	1,6	287	0,2	2157	0,3

	Evolução									
	Cura		Óbito		Óbito por outras causas		Ignorado		Total	
Classificação final	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SRAG não especificada	185945	41,9	59278	28,3	5712	87,6	39661	23,5	290596	35,1
COVID-19	248008	55,9	147113	70,2	632	9,7	54774	32,5	450527	54,4
Ignorado	3625	0,8	2150	1,0	55	0,8	73410	43,5	79240	9,6
Total	443754	100,0	209674	100,0	6523	100,0	168631	100,0	828582	100,0

Fonte: SIVEP-Gripe/Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

O RT-PCR foi o principal critério de definição da causa de morte pela COVID-19, em pacientes hospitalizados por SRAG. Dos óbitos pela COVID-19, 78,3% tiveram PCR positivo; e 82,4% dos óbitos por SRAG não especificada tiveram PCR negativo.

Os sintomas e sinais clínicos mais frequentes nos casos de SRAG foram dispneia/desconforto respiratório (84,1%), saturação de O2 <95% (66,0%), tosse (61,9%) e febre (54,8%). Aplicando os critérios clínicos para separar suspeitos de SRAG por COVID-19 (ver **Quadro 1**), vemos que 49,2% dos óbitos por SRAG não-especificada seriam suspeitos. Os casos de óbito por SRAG não especificada que reportaram febre e tosse ou pelo menos três sintomas clínicos de gripe (febre, tosse, fraqueza generalizada/fadiga, cefaleia, mialgia, dor de garganta, coriza, dispneia, anorexia/náusea/vômito) foram 29.188.

7. DISCUSSÃO

RC e MS registram as causas de morte de forma diferente. O SIM, do MS, responde pelas estatísticas de causas de morte; o RC, pela emissão da certidão do óbito. A publicação de algumas causas de morte no Portal da Transparência [5] do RC é feita pela menção da causa na DO, obedecendo a critérios colocados no referido portal. Essas causas mencionadas não devem ser interpretadas como a verdadeira causa do óbito, pois a seleção da causa obedece a regras de classificação da causa básica [8] da morte.

A comparação da cobertura dos dois sistemas mostrou uma diferença de 5%, o SIM apresentando maior cobertura, mas com diferenças segundo o estado [10,13]. Costa et al. [8], analisando a cobertura do RC e do SIM, observaram que o RC nos estados tem sub-registro variando de 0,5% a 28%, especialmente nos estados do Norte, onde grandes distâncias entre a residência e o cartório mais próximo, contribuem para o atraso no registro bem como para o sub-registro.

O número de óbitos reportados no Portal do RC, portanto, deve ser tomado com cautela devido ao subregistro e atraso no registro. É importante destacar essa iniciativa da Arpen, que

muito tem contribuído para que pesquisadores tenham outra fonte de dados para monitorar o impacto da pandemia na mortalidade [14].

A Classificação da causa da morte pela COVID-19 requer confirmação laboratorial [11], preferencialmente. No SIVEP-Gripe, mais de 90% dos óbitos de SRAG por COVID-19 foram diagnosticados por teste laboratorial. O código [11] U07.1 deve ser utilizado nos sistemas de informação. Os óbitos por SRAG que obedecem aos critérios definidos devem ser codificados como U07.2 (COVID-19 suspeito) [11].

No entanto, os casos de óbito por SRAG não especificada poderiam também ser considerados suspeitos de COVID-19 com aplicação de critério clínico, sem o critério epidemiológico, elevando os óbitos pela COVID-19 em 20% para 176.291 óbitos.

A baixa proporção de vínculo epidemiológico [15] no diagnóstico de COVID-19 (1%) é um fato para os pacientes com hospitalizados com SRAG.

A testagem insuficiente de pessoas sintomáticas e assintomáticas, a falta de informação para as comunidades e indivíduos sobre áreas com mais transmissão, trabalhadores que usam o transporte público em aglomeração que não saberiam se tiveram contato com um caso, são dificuldades que os pacientes sintomáticos têm para informar um vínculo epidemiológico.

Considerando que o MS declarou em março a "transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) em todo o território nacional" [7], poderíamos dizer que todos os casos com SRAG não especificada e hospitalizados, clinicamente suspeitos de COVID-19, teriam história de contato epidemiológico.

Nesse sentido, urge uma atualização nos critérios para esses casos. Não é possível ter 27 mil mortes de pessoas por SRAG não especificada com sintomas gripais esperando investigação epidemiológica. Infelizmente, os dados do SIM ainda não estão disponíveis, pois o diagnóstico da causa da morte será fundamental para conhecer a real dimensão da epidemia de COVID-19.

A mudança no critério diagnóstico de COVID19 suspeito aumentaria em 29 mil o número de mortes pela COVID-19. O uso de combinação de sintomas em investigação de pacientes falecidos por COVID-19 confirmado e suspeitos com SG [16] foi usado na Colômbia, resultando em aumento de 20% dos óbitos pela COVID-19.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pandemia de COVID-19, os sistemas de vigilância epidemiológica e de mortalidade têm desempenhado um papel crítico no monitoramento da magnitude e resposta à pandemia, devendo ser protegidos para que suas funções essenciais possam continuar sem interrupções.

Neste estudo, não foi possível comparar os óbitos pela COVID-19 notificados pela vigilância e aqueles classificados com uso da CID10, pois o dado do SIM 2020 disponível está muito incipiente. No entanto, publicação do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde [17] (IHME) sobre as principais causas de mortes no Brasil no período atual mostra que a COVID-19 é a principal causa de morte no país, acima do AVC e do infarto.

A análise dos casos de óbito por SRAG hospitalizados do SIVEP-Gripe mostrou a necessidade de ser rediscutida a definição de caso suspeito para pacientes falecidos por SRAG não especificada. São milhares de casos sem esclarecimento de causa do óbito que têm grande impacto no total de mortes confirmadas pela COVID-19. Pelo menos, a revisão de critérios clínicos e vínculo epidemiológico para esses casos poderia ser discutida.

Sabemos que a população mais pobre tem maior incidência de COVID-19. Segundo Hallal et al. [18], "A prevalência de anticorpos está fortemente associada à ancestralidade indígena e ao baixo nível socioeconômico". A revisão do critério de vínculo epidemiológico para SRAG hospitalizado poderia considerar as informações e conhecimento existentes. Esperar que estados e municípios investiguem de forma oportuna os milhares de casos não especificados em plena pandemia seria esperar demais, quanto tempo levará para ter essa informação qualificada?

Um cenário mais claro do impacto da pandemia é fundamental para proteção dos mais vulneráveis. Segundo Hallal [17], "é improvável que esses subgrupos populacionais sejam protegidos se a resposta política à pandemia por parte do governo nacional continuar a minimizar as evidências científicas". O uso das evidências em saúde pública protege a população. A informação existente pode ser melhorada com uso do conhecimento, fazendo-se uma boa epidemiologia [1], o que reduziria a subnotificação de óbitos por COVID-19, podendo aumentar o número de mortes para quase 180 mil até o dia 10 de outubro de 2020, à época da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Rao C. Medical certification of cause of death for COVID-19. Bulletin of the World Health Organization. 2020;98:298-298A.
2. World Health Organization Team. Revealing the Toll of COVID-19: A Technical Package for Rapid Mortality Surveillance and Epidemic Response. Geneve: WHO; 2020.
3. França EB, et al. Deaths due to COVID-19 in Brazil: how many are there and which are being identified? Rev Bras Epidemiol. 2020;23:E200053. doi: https://doi.org/10.1590/1980-549720200053.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acurácia dos diagnósticos registrados para COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/29/Acuracia-Diagnosticos--COVID19.pdf.
5. Portal da Transparência do Registro Civil COVID. Painel Registral [Internet]. 2020. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://transparencia.registrocivil.org.br/registral-covid.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. OpenDataSUS [Internet]. 22 jul 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-mortalidade.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.
8. Costa LF, et al. Estimating completeness of national and subnational death reporting in Brazil: application of record linkage methods. Popul Health Metr. 2020;18:22. doi: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00223-2.
9. Brasil. Ministério da Saúde. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante [Internet]. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf.
10. Costa LFL, Trindade JEO, Oliveira ATR. Pareamento de dados das Estatísticas do Registro Civil e das Estatísticas Vitais (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade) – 2015. In: Oliveira ATR, organizador. Sistemas de estatísticas vitais no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2018.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/29/Nota-Informativa-declara----o-obito.pdf.

12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020[Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Excesso de Mortalidade. Plataforma IVIS [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/mortalidade/.

14. Marinho F, et al. Aumento das mortes no Brasil, Regiões, Estados e Capitais em tempo de COVID-19: excesso de óbitos por causas naturais que não deveria ter acontecido. Vital Strategies [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/RMS_ExcessMortality_BR_Report-Portuguese.pdf.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 34: doença pelo Cononavírus COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10] Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/08/Boletim-epidemiologico-COVID-34.pdf.

16. Alvarez-Castaño VH, et al. Demographic surveillance of covid-19 mortality [Internet]. Poster presented at WHO FIC Conference; 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.who.int/classifications/Posters_WHOFIC_2020.zip?ua=1, poster 616.

17. Institute for Health Metrics and Evaluation. Situação atual da pandemia no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10] Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/COVID/briefing_Brazil_20201022.pdf.

18. Hallal PC, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. Lancet Glob Health. 2020;8(11):e1390-e1398. doi: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9.

O COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS (C4) DO CONSÓRCIO NORDESTE E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Miguel A. L. Nicolelis[1]

Resumo: No dia 30 de março de 2020, o Consórcio Nordeste, formado por nove governadores de estado, instituiu o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4), com o intuito de obter recomendações e diretrizes científicas para o combate da epidemia de COVID-19. Formado por cientistas, médicos e outros especialistas, o C4 se organizou em nove subcomitês, cada um dedicado a uma área considerada crítica para o manejo da COVID-19. O C4 também criou uma plataforma de colaboração voluntária virtual (Projeto Mandacaru), que contou com a adesão de mais de 2 mil voluntários, atuando nos mais diversos campos científicos, como também nas áreas de comunicação, artes gráficas e digital e direitos humanos. Ao longo de sete meses, o C4 emitiu 11 Boletins recomendando desde o uso de máscaras para toda população e defesa da fila única para acesso a leitos de Unidades de Terapia Intensiva até a disseminação maciça de um aplicativo telefônico para rastreamento georreferenciado de novos casos de COVID-19 vinculado a um sistema de telemedicina e a uma sala de situação virtual, bem como a criação de brigadas emergenciais de saúde e o uso de "*lockdowns*" nas principais capitais nordestinas como ferramenta de manejo da pandemia. Este ensaio discute a atuação e o impacto do C4 na região Nordeste, bem como os principais resultados e achados científicos obtidos durante o seu funcionamento.

Palavras-Chave: Nordeste. COVID-19. Comitê Científico. SARS-CoV-2. Pandemia.

1 Departamento de Neurobiologia, Departamento de Engenharia Biomédica, Departamento de Neurologia, Departamento de Neurocirurgia, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA, Departamento de Psicologia e Neurociência, Duke University, Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra, Natal, Instituto Santos Dumont, Brasil, Instituto de Estudos Avançados, Associação Alberto Santos Dumont para Apoio à Pesquisa (AASDAP), São Paulo, SP, Brasil. http://lattes.cnpq.br/4925407922379562. nicoleli@neuro.duke.edu.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/38sp1i0

1. INTRODUÇÃO

Na noite de 11 de outubro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil confirmou que mais de 150 mil brasileiros haviam perdido suas vidas em decorrência dos mais de 5 milhões de casos de COVID-19, oficialmente contabilizados em todo país desde o dia 26 de fevereiro de 2020, quando o primeiro caso de um paciente infectado pelo SARS-CoV-2 foi detectado na cidade de São Paulo. Essa cifra de óbitos define a maior perda de vidas relacionadas com um único evento em toda a história do país, ilustrando o completo fracasso do governo federal em combater com eficiência o espalhamento da maior pandemia a assolar o mundo em um século.

Nessa mesma data, a região Nordeste atingiu 1.385.450 de casos de COVID-19 e 40.277 óbitos, colocando-se em segundo lugar entre as regiões brasileiras, abaixo da região Sudeste (1.783.204 casos e 68.341 óbitos), tanto em número de casos como de óbitos. Ainda assim, o número de casos e óbitos poderia ter sido ainda maior caso a região não tivesse optado por definir uma estratégica comum de combate ao novo coronavírus. Parte dessa estratégica unificada consistiu na criação pelo Consórcio Nordeste, um mecanismo de cooperação político-econômico estabelecido em 29 de julho de 2019 pelos nove governadores da região, de um Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4) no dia 30 de março de 2020. Formado por representantes de todos os estados nordestinos indicados pelos respectivos governadores, bem como especialistas de diversas áreas médicas e científicas, o C4 recebeu a missão de oferecer sugestões e recomendações sanitárias e científicas que pudessem auxiliar os gestores públicos nordestinos na tomada de decisão, no que tange às medidas mais apropriadas para bloquear o espalhamento de casos de COVID-19 pela região, bem como reduzir o número de fatalidades induzidas pelo SARS-CoV-2.

Este ensaio enfoca a descrição detalhada das principais recomendações feitas pelo C4 durante os seus primeiros seis meses de operação, entre o início de abril e a metade de outubro de 2020, bem como no impacto que a implementação de algumas dessas sugestões teve no manejo da pandemia de COVID-19 no Nordeste.

2. AS PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES EMERGENCIAIS DO C4

Desde a sua primeira reunião, o C4 assumiu a postura de trabalhar como uma verdadeira força-tarefa científica emergencial, cujo principal objetivo seria identificar, discutir e compilar as melhores práticas sanitárias e científicas, implementadas em todo o mundo no combate à COVID-19, que serviriam como base para uma série de recomendações essenciais feitas aos governadores do Nordeste, bem como comunicadas à toda população nordestina e brasileira, por meio de boletins publicados regularmente e de um site próprio, criado imediatamente depois da posse do C4 [(1).]

Já no seu primeiro *Boletim* [(2)], publicado em 1º de abril de 2020, o C4 se posicionou fortemente em favor das medidas de isolamento social instituídas pelos governos estaduais e municipais da região Nordeste, bem como a necessidade de aumentar a testagem de passageiros em aeroportos e rodoviárias para diminuir a propagação do novo coronavírus em todo o território brasileiro. O C4 também manifestou sua posição em defesa da criação de ações governamentais de "apoio material e financeiro às famílias mais necessitadas, moradores de rua e pequenos comerciantes", bem como operacionalizar, em caráter emergencial, a ampliação de redes de colaborações científicas interestaduais no Nordeste, por meio de uma articulação das fundações de amparo à pesquisa dos estados nordestinos.

Para fornecer subsídios ao C4 nas áreas consideradas mais críticas do manejo da COVID-19, no seu *Boletim* 2, publicado em 3 de abril de 2020 [(2)], o C4 anunciou a criação de nove subcomitês temáticos. Formados por membros do C4, mas também por especialistas recrutados em todo o Brasil, estes subcomitês salientaram as seguintes áreas:

(1) sala de situação virtual para compilação de dados do Nordeste e todo o Brasil, incluindo dados do aplicativo telefônico Monitora COVID-19; (2) protocolos de assistência médica e ambulatorial, estudos clínicos e desenvolvimento de drogas; (3) equipamentos hospitalares, ventiladores e alternativas, equipamento de proteção individual, recursos hospitalares e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (4) interação entre indústria, *startups*, laboratórios e unidades de pesquisa locais; (5) fomento de redes de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, fontes de recursos e novas linhas de financiamento; (6) rede de contatos nacionais e internacionais; (7) virologia, vacinas e diagnóstico laboratorial; (8) políticas públicas de intervenção econômico-sociais; (9) epidemiologia, modelos matemáticos e medidas de enfrentamento.

Imediatamente após o estabelecimento dos seus nove subcomitês, a coordenação do C4 sentiu a necessidade de ampliar tanto a massa crítica científica quanto o escopo temático do comitê.

Como nenhum recurso orçamentário foi destinado ao C4 pelo Consórcio Nordeste, optou-se pela construção de um programa de voluntariado. Para tanto, foi realizado um chamado pelas redes sociais para que voluntários de todas as áreas relacionadas aos subcomitês do C4, bem como profissionais das áreas de comunicação, incluindo manejo de redes sociais, artistas gráficos e de mídias digitais, profissionais de ciências humanas, e pessoal técnico e administrativo se unissem ao trabalho do C4, via plataforma de colaboração virtual que recebeu o nome de Projeto Mandacaru [3]. Ao longo dos próximos dias e semanas seguintes, mais de 2 mil profissionais de todo o Brasil voluntariaram-se para trabalhar no C4, por intermédio do Projeto Mandacaru. Em questão de dias, graças a esses voluntários, o C4 passou a ter um *clipping* científico e de mídia internacional, que contou inclusive com tradutores voluntários em várias línguas comissionados para traduzir artigos científicos e da mídia internacional para publicação no site oficial do C4.

Ao mesmo tempo que a plataforma virtual do Projeto Mandacaru passava a operar, o C4 estabeleceu como prioridade a criação de uma sala de situação virtual, em parceria com a empresa Inteligência de Negócios (SP), liderada pelos especialistas de gerenciamento de dados Rogério Ferreira e Hélio Okabe, para monitorar continuamente a evolução de casos e óbitos em todo o Nordeste, bem como nas outras regiões do Brasil. Nesse momento, o C4 foi informado que a Secretaria de Ciência e Tecnologia do governo da Bahia estava em fase final de testes de um aplicativo (Monitora COVID-19) para telefones celulares que permitiria que pessoas informassem, por meio de um questionário padrão, a presença de sintomas e sinais (febre, tosse, dor de cabeça, dor no corpo, fadiga, dificuldade de respiração) a uma central de processamento de dados. Depois de fornecer esses dados clínicos georreferenciados, o paciente seria classificado como tendo risco nulo, baixo, significativo ou alto de infeção pelo SARS-CoV-2. Pacientes classificados como sendo de alto risco receberiam então uma consulta telefônica, via sistema de telemedicina criado pela Fundação Estatal da Saúde Família (Fesf) do governo baiano, que seria realizada por um médico da família ou outro profissional da saúde, visando identificar a real situação clínica do paciente e oferecer o melhor encaminhamento possível (isolamento e tratamento em casa, ou encaminhamento para a mais próxima unidade de saúde ou hospital).

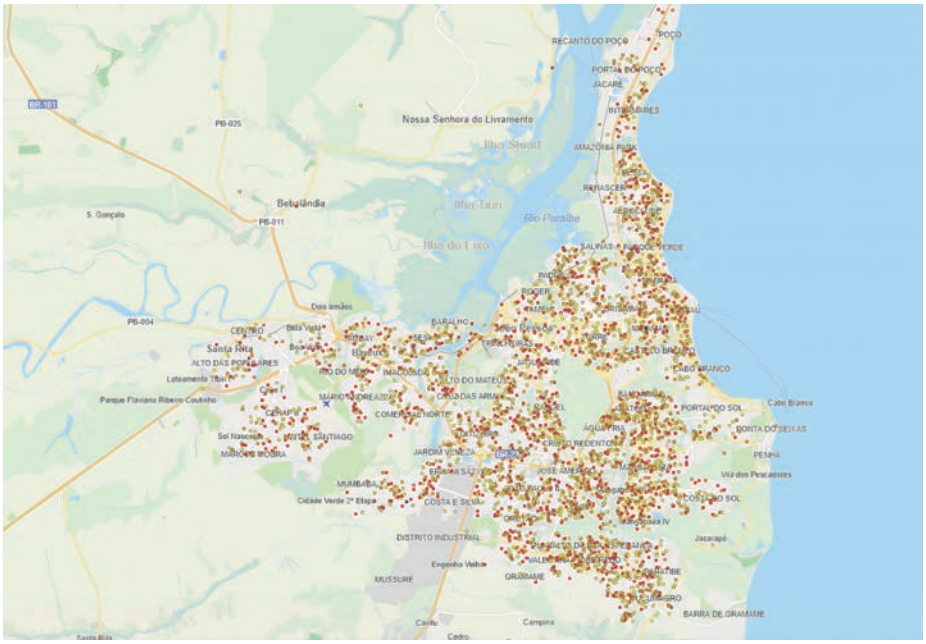
Depois de analisar o funcionamento do Monitora COVID-19, o C4 recomendou a sua adoção imediata por todos os nove estados nordestinos, bem como a criação de um protocolo que permitiria que a recém-criada sala de situação virtual do comitê pudesse receber diariamente atualizações da localização dos novos casos de COVID-19 em todo o Nordeste, obtidas pelo fato de que o Monitora COVID-19 utiliza georreferenciamento dos seus usuários. Dessa forma, a sala de situação do C4 adquiriu a possibilidade de monitorar diariamente o surgimento de novos focos de COVID-19 em todos os municípios nordestinos, com uma resolução espacial de aproximadamente 200 metros, possibilitando às secretarias de saúde criarem relatórios diários para os seus estados. Ao todo, cinco estados nordestinos (Bahia, Sergipe, Paraíba, Piauí e Maranhão) seguiram a recomendação do C4 e adotaram o Monitora COVID-19 como o seu aplicativo oficial no combate ao novo coronavírus e implementaram seus sistemas de telemedicina.

Depois de algumas semanas de intensa divulgação do aplicativo nas redes sociais e na mídia tradicional, o C4 decidiu abrir a parte referente à coleta de dados para todo o Brasil. A resposta em nível nacional foi imediata, levando o Monitora COVID-19 a se transformar no aplicativo telefônico de combate ao novo coronavírus mais utilizado e o mais bem avaliado em todo o país. Até o dia 30 de setembro de 2020, um total de 101.772 usuários haviam se cadastrado e respondido integralmente ao questionário do Monitora COVID-19. Esse contingente de pessoas, espalhadas por todo o país, foi responsável por um total de 255.651 mil *downloads* das diferentes versões do aplicativo. No cômputo geral, um total de 159.089 consultas de telemedicina foram executadas nos cinco estados nordestinos que adotaram o Monitora COVID-19, beneficiando os usuários classificados como de alto risco de infeção pelo SARS-CoV-2 com um atendimento médico emergencial, poucas horas depois da realização do seu cadastro inicial.

Começando com a sua primeira Nota Técnica, publicada em 8 de abril de 2020, que recomendava a adoção obrigatória de máscaras de confecção caseira para toda a população, o C4 passou a emitir uma série de recomendações de caráter emergencial a todos os governadores do Nordeste. Por exemplo, desde o seu *Boletim* 3 (9 de abril de 2020) [(2)], o C4 posicionou-se contra o uso de hidroxicloroquina, da cloroquina e de qualquer medicamento cuja eficácia clínica no tratamento da COVID-19 não estivesse plenamente comprovada por estudos clínicos apropriados. Essa recomendação foi repetida em praticamente todos os boletins subsequentes.

Em 16 de abril de 2020, o C4 divulgou o seu *Boletim* 4, no qual, pela primeira vez, foi proposta a criação imediata de Brigadas Emergenciais de Saúde em todo o Nordeste [(2)]. O C4 definiu essas Brigadas como pequenos grupos de profissionais de saúde com a missão de realizar visitas domiciliares em busca de casos de COVID-19. A proposta visava aumentar emergencialmente o número de médicos e profissionais de saúde para atender à população nos lugares onde o novo coronavírus nos ataca: nas casas das pessoas, nos lugares de trabalho, nas grandes periferias das grandes cidades e nos municípios do interior nordestino. A proposta sugeria que todos os estados do Nordeste criassem as suas Brigadas Emergenciais de Saúde e provessem essas unidades com os relatórios analíticos produzidos pela sala da situação do C4, bem como um grande aporte de testes rápidos para diagnóstico de COVID-19. Por dispor dos dados obtidos pelo aplicativo Monitora COVID-19, a sala de situação virtual adquiriu a capacidade de identificar potenciais novos focos de infecção pelo SARS-CoV-2, indicando os municípios e bairros que deveriam ser visitados em caráter emergencial a cada dia pelas Brigadas Emergenciais de Saúde de cada estado (**Figura 1**).

Figura 1. Exemplo de um dos mapas georreferenciados produzidos pela sala de situação virtual do C4, usando os dados de risco de COVID-19 gerados pelo aplicativo telefônico Monitora COVID-19. Neste exemplo, a localização dos casos de baixo risco (pontos amarelos), risco significativo (pontos laranja) e alto risco (pontos vermelhos) de COVID-19 pelos bairros de João Pessoa são ilustrados.



A proposta do C4 para a criação de Brigadas Emergenciais de Saúde também incluiu a recomendação de que os governos estaduais implementassem, por meio das suas universidades estaduais, seus próprios programas de revalidação de diplomas médicos de sorte a poder recrutar os mais de 15 mil médicos brasileiros, formados em faculdades de medicina estrangeiras, e que tivessem registro aprovados naqueles países, para a luta contra a COVID-19 no Nordeste. Essa medida baseou-se na constatação de que enquanto o Brasil possui uma média de 2.2 médicos por mil habitantes, a região Nordeste conta com apenas 1,55 médico por mil habitantes. Além disso, como o contingente total de médicos voltados à atenção primária no Nordeste era de apenas 15 mil profissionais, um eventual engajamento de todos os médicos brasileiros formados no exterior poderia duplicar emergencialmente o número de profissionais disponíveis para o enfrentamento da pandemia na região. O C4 justificou as bases legais, éticas e morais do que pode ser considerada a mais profunda e audaciosa das suas recomendações iniciais da seguinte forma:

> Considerando a necessidade imediata de provimento de profissionais em decorrência da pandemia, o Comitê recomenda aos governadores a criação de programa de adaptação formativa, com complementação curricular, na modalidade ensino-serviço, que assegure um processo rígido de avaliação ao longo do tempo

> a ser realizado pelas Universidades Públicas na região, e permita, ao final, a validação dos diplomas daqueles que vierem a ser aprovados. Tal programa poderá ser parte da Brigada emergencial de saúde, tornando possível que os profissionais nele inscritos possam atuar sob supervisão, somando-se, assim, à luta contra o coronavírus. Nesse sentido, a recomendação de criação de programa de complementação curricular e de avaliação na modalidade ensino-serviço atende às normas legais (§2º, do art. 48, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, Lei nº 9.394/96 e na Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, de 22 de junho de 2016) e, mais do que isso, viabiliza o regular funcionamento dos serviços de saúde em tempos de guerra, preservando, com isso, grande número de vidas humanas.

A proposta da criação das Brigadas Emergenciais de Saúde foi prontamente aprovada, por voto unânime, pela assembleia dos governadores do Nordeste ainda em abril de 2020. A despeito da aprovação, o processo de implantação dessas Brigadas foi profundamente desigual entre os estados. O Maranhão, por exemplo, por meio da sua universidade estadual, foi o primeiro a criar um programa de revalidação de diplomas para médicos brasileiros formados no exterior, bem como estabelecer brigadas emergências de saúde. Da mesa forma, o Piauí, por intermédio do seu programa "Busca Ativa", estabeleceu inicialmente um total de 160 Brigadas Emergenciais de Saúde por todo estado. Por sua vez, a prefeitura de João Pessoa criou pelo menos 40 brigadas emergenciais para combater o SARS-CoV-2 nos bairros da cidade. Outras Brigadas Emergenciais de Saúde foram criadas espontaneamente no sul da Bahia bem como em outros estados brasileiros, como, por exemplo, no Pará e em São Paulo. Infelizmente, o processo de criação de um programa de revalidação de diplomas no estado da Bahia, implementado conjuntamente pelas suas cinco universidades estaduais, só conseguiu ser concluído, mediante publicação de um edital de convocação, na primeira semana de outubro, muito depois do período mais crítico da pandemia no estado.

No mesmo *Boletim* 4, o C4 alertou os governadores do Nordeste sobre um dos temas que viriam a ser objeto de estudo contínuo de um time de cientistas, recrutados para fazer parte de um novo subcomitê, focado em estudos estratégicos, sobre supervisão direta da coordenadoria do comitê: o controle do fluxo de tráfego não essencial (ônibus intermunicipais e interestaduais e veículos de passeio particular) pelas grandes rodovias federais e estaduais da região [(2)]. Desde esse momento, o C4 recomendou a todos os governadores nordestinos a criação de barreiras sanitárias nas grandes rodovias para testagem e avaliação de viajantes, bem como bloqueios temporários do tráfego não essencial em *"hubs"* rodoviários fundamentais da região Nordeste. Em resposta a essa recomendação, barreiras sanitárias rodoviárias foram criadas principalmente nos estados do Piauí, Paraíba, Alagoas e Bahia.

Desde o *Boletim* 4, o C4 também alertou sobre a necessidade de proteger as equipes de saúde, por meio do fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados, bem como de testagem frequente, por intermédio do uso preferencial e prioritário do teste RT-PCR nesse subgrupo da população.

Em 24 de abril, o *Boletim* 5 do C4 continuou a enfatizar a necessidade de implementar um programa de desinfecção de lugares públicos, bem como de veículos de carga e de passageiros nos lugares de maior circulação de pessoas nas cidades nordestinas [2]. No *Boletim* 5, pela primeira vez o C4 recomendou medidas emergenciais para contrabalançar a crescente falta de ventiladores nos hospitais de todo o país. Inicialmente, seguindo a recomendação do anestesista chefe do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Dr. Marcelo Abramides Torres (membro do subcomitê 3), o C4 recomendou o uso emergencial em UTI das máquinas de ventilação normalmente utilizadas em salas cirúrgicas dos hospitais brasileiros. Mediante treinamento oferecido por anestesistas que normalmente utilizam esses ventiladores, os médicos intensivistas poderiam aprender as adaptações e os cuidados necessários para manter esses equipamentos operando continuamente por vários dias. Da mesma forma, em caso de urgência extrema, e na falta de qualquer alternativa, o C4 sugeriu também a utilização de protocolos que permitissem dois pacientes que apresentassem quadros clínicos respiratórios semelhantes compartilhar um único ventilador. Novamente, o C4 insistiu na recomendação de que os governos do Nordeste deveriam aumentar o aporte financeiro das fundações de amparo à pesquisa da região, por meio da criação de um Fundo Nordeste para Fomento à Ciência e Desenvolvimento Tecnológico para acelerar a descoberta e a implementação de novas tecnologias e terapias para o combate à COVID-19. Ainda no *Boletim* 5, o C4 emitiu a sua primeira recomendação técnica para o trabalho das Brigadas Emergenciais de Saúde durante suas visitas residenciais, estimulando o uso de oxímetros portáteis para medida da saturação de oxigênio periférico, como forma de detectar o acometimento respiratório de pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 ainda num estado precoce. O C4 também recomendou que oxímetros fossem deixados em posse de pessoas pertencentes a grupos de alto risco para que elas, ou seus familiares, pudessem monitorar frequentemente o grau de saturação de oxigênio periférico e, em caso de queda abrupta, entrar em contato com o programa de telemedicina do Monitora COVID-19 para encaminhamento do paciente a uma unidade de pronto atendimento ou hospital mais próximo.

A partir do *Boletim 6*, publicado no dia 5 de maio de 2020, ou seja, pouco mais de 35 dias após a sua criação, o C4 adotou pela primeira vez critérios quantitativos para recomendar o estabelecimento de medidas de isolamento social rígido (ou *lockdown*) em capitais e cidades nordestinas [2]. A partir dessa data, o C4 passou a recomendar periodicamente o *lockdown* caso uma cidade atingisse uma taxa de ocupação acima de 80% dos leitos hospitalares de enfermaria ou UTI, na vigência de uma curva ascendente de casos e/ou óbitos de COVID-19. O C4 justificou sua decisão baseando-se na recomendação da Organização Mundial da Saúde que reconheceu ser o *lockdown* uma medida não farmacológica eficaz o suficiente para deter o avanço da COVID-19 numa fase de crescimento exponencial de casos. O C4 fez questão de enfatizar que o *lockdown* deveria incluir também o bloqueio de estradas, com consequente controle rígido de tráfego. Esta última recomendação se deu devido à constatação, feita pelo grupo de estudos estratégicos do C4, de que a pandemia de COVID-19 já estava se espalhando rapidamente pelo interior da região Nordeste: de 24 de abril a 4 de maio de 2020 o número de cidades nordestinas relatando casos confirmados de COVID-19 dobrou, atingindo 874 municípios, ou seja, 49% de toda a região. Considerando que o primeiro

caso nordestino havia sido identificado em Feira de Santana em 6 de março de 2020, em apenas 60 dias praticamente 50% da região Nordeste havia sido infectada.

Na mesma data da publicação do *Boletim* 6 (5 de maio de 2020), o governo do Maranhão decretou o que viria a ser o primeiro *lockdown* oficial estabelecido no Brasil. Por decreto do governo do estado, os municípios de São Luís, Paço de Lumiar, São José de Ribamar e Raposa entraram em *lockdown* por um período inicial de 10 dias, posteriormente prorrogado até o dia 17 de maio.

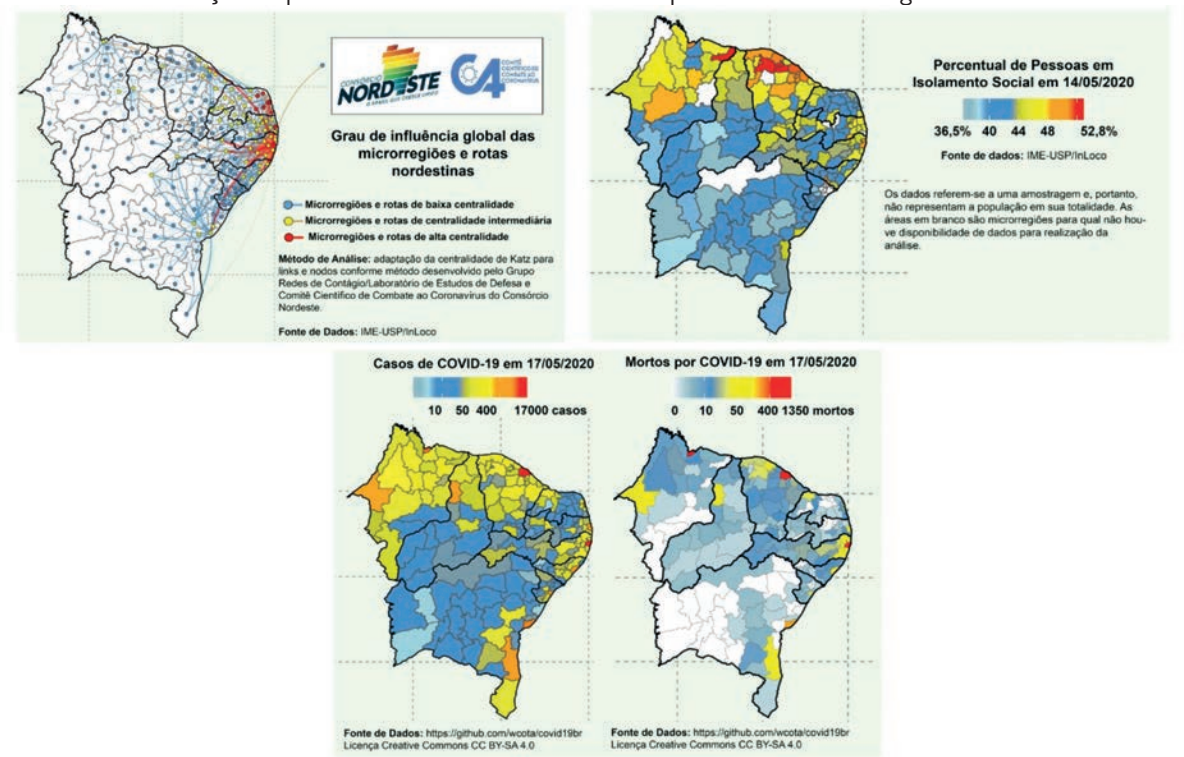
Ainda no *Boletim* 6, o C4 emitiu um posicionamento histórico, defendendo a criação de uma "fila única" para preenchimento de leitos de UTI, em todos os estados nordestinos, levando-se em conta tanto os leitos da rede pública como privada [2]. O C4 foi enfático ao recomendar que todos os estados contabilizassem a disponibilidade de leitos de UTI, tanto da rede pública como da rede privada, e criassem protocolos para garantir o acesso de todos os cidadãos nordestinos que precisassem de cuidados intensivos a um leito de UTI, independentemente da sua condição econômica. No *Boletim* 6, foram repetidas as recomendações para criação de Brigadas Emergenciais de Saúde, bem como os mecanismos de revalidação, em nível estadual, dos diplomas de médicos brasileiros formados no exterior. O início da operação da sala de situação virtual do C4, implementada em menos de 30 dias, também foi anunciado no *Boletim* 6.

No dia 20 de maio, em colaboração com a Fundação Estatal da Saúde da Família do estado da Bahia, o C4 realizou a sua primeira conferência virtual, transmitida para todo o Nordeste. A palestrante, a professora livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e médica intensivista do Hospital Sírio Libanês, Dra. Elnara Negri, detalhou a eficácia de um protocolo criado por ela e sua equipe para o tratamento de pacientes de COVID-19 com queda repentina de saturação periférica de oxigênio, envolvendo o uso de heparinização precoce [4]. Tal protocolo reduziu significativamente a necessidade de uso de ventiladores, bem como a mortalidade em pacientes graves de COVID-19. Presenciada por centenas de médicos intensivistas de todo o Nordeste, essa aula permitiu que o protocolo da heparinização precoce passasse a ser implementado em hospitais de toda a região. Embora estudos mais detalhados sejam necessários para comprovar essa tese, relatos de toda a região indicam que muitas vidas foram salvas com a atualização desse novo protocolo clínico.

Em 21 de maio de 2020, o C4 publicou o seu *Boletim* 7, no qual, pela primeira vez, recomendava o estabelecimento de *lockdown* imediato na região metropolitana de João Pessoa e Campina Grande, na Paraíba, nas cidades de Mossoró e Natal, no Rio Grande do Norte, em Arapiraca e São Miguel dos Campos, no estado de Alagoas [2]. O *Boletim* 7 registrou também a primeira vez que o C4 alertou as autoridades da Bahia de que, no dia 20 de maio, Salvador também havia chegado no limite máximo de ocupação de leitos (80%) recomendado pelo comitê científico como seguro. Em outras palavras, o C4 estava alertando que, a qualquer momento a partir daquela data, Salvador deveria ser colocada num regime de *lockdown* para evitar uma explosão de casos e óbitos na cidade. Essas recomendações de *lockdown* localizado se baseavam nos resultados muito positivos obtidos, em termos de contenção do crescimento de casos e óbitos por COVID-19, no período entre a publicação dos *Boletins* 5 e 6, nas cidades de São Luís, Fortaleza e na região metropolitana de Recife, que já haviam seguido

as recomendações do C4 para adoção de um *lockdown*. Cada uma dessas cidades utilizou uma versão própria de *lockdown*, na maioria das vezes evitando usar o termo para definir a ação implementada. De qualquer forma, todas essas capitais claramente adotaram normas mais rígidas de isolamento social em vista do iminente colapso de seus sistemas hospitalares e do número exacerbado de casos e óbitos. Como subsídio para os governadores nordestinos, o C4 publicou no *Boletim* 7 uma análise detalhada das microrregiões e principais fluxos de tráfego pelas rodovias nordestinas, bem como o primeiro mapa descrevendo o grau de isolamento social alcançado em todo o Nordeste, e uma atualização do número de casos e óbitos pela região (**Figura 2**). O *Boletim* 7 também registrou o início das atividades das Brigadas Emergenciais de Saúde do Maranhão e Piauí [2], uma vez que, em ambos os estados, elas propiciaram a descoberta de novos casos de COVID-19 não registrados até então. Tendo seguido à risca essa recomendação tão fundamental do C4, em meados de outubro de 2020, o estado do Piauí atingiu o número de 224 brigadas, espalhadas por 218 municípios. Essas equipes foram munidas com um total de 53.338 testes rápidos de COVID-19, conseguindo identificar, ao longo de 6 meses, um total de 16 mil pessoas infectadas pelo novo coronavírus em todo o estado.

Figura 2. Gráficos ilustram quatro tipos de análise publicadas no *Boletim* 7 do C4. No topo, uma análise detalhada das microrregiões e principais fluxos de tráfego pelas rodovias nordestinas. Ao centro, mapa consolidado descrevendo o grau de isolamento social alcançado em todo Nordeste. Na parte inferior, gráficos oferecem a atualização à época do número de casos e óbitos por COVID-19 da região Nordeste



O *Boletim* 7 também alertou para a necessidade de aumentar a testagem, tanto para COVID-19 como para dengue na região Nordeste, dada a dificuldade de diferenciar o quadro clínico das duas infecções na fase inicial de sintomas [2]. Novamente, o C4 adiantaria em vários meses um debate que se tornou ainda mais importante com a descoberta do seu subcomitê de assessoria estratégica de uma potencial correlação inversa entre a incidência de COVID-19 e dengue, observada para a totalidade dos 5570 municípios brasileiros [5]. O *Boletim* 7 inovou uma vez mais ao incluir uma sessão que visava à disseminação, tanto à população como aos gestores públicos, de uma lista completa de todos os programas assistenciais oferecidos pelo governo federal, preparada pelos membros do subcomitê 8.

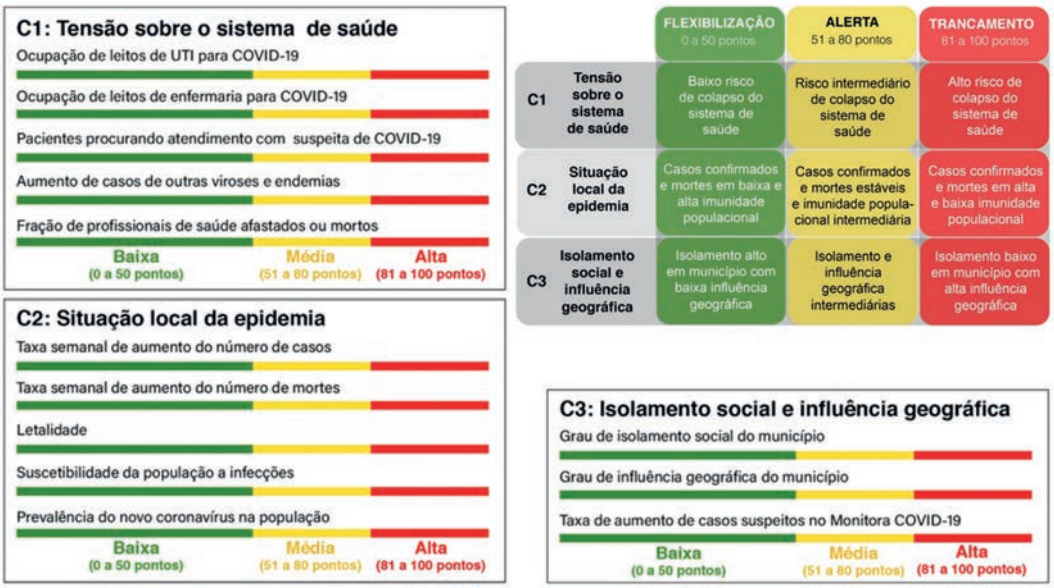
Com o *Boletim* 8, publicado em 1º de junho de 2020, o C4 pela primeira vez utilizou gráficos produzidos pela sua sala de situação virtual para alertar os gestores nordestinos de que não era hora de relaxar quaisquer medidas de isolamento social, dado que as curvas de crescimento de casos e óbitos ainda eram claramente ascendentes em toda a região Nordeste [2]. No entanto, a maior inovação introduzida pelo C4 no *Boletim* 8 foi a divulgação da sua Matriz de Risco, unificada para todo o Nordeste (**Figura 3**), a partir do uso de 13 parâmetros, com valores de 0 a 100, além do uso do fator de reprodução da infeção (R). Os três grupos de parâmetros utilizados foram os seguintes:

i. C1 – Tensão sobre o sistema de saúde (5 parâmetros);

ii. C2 – Situação local da pandemia (5 parâmetros);

iii. C3 – Isolamento social e influência geográfica (3 parâmetros).

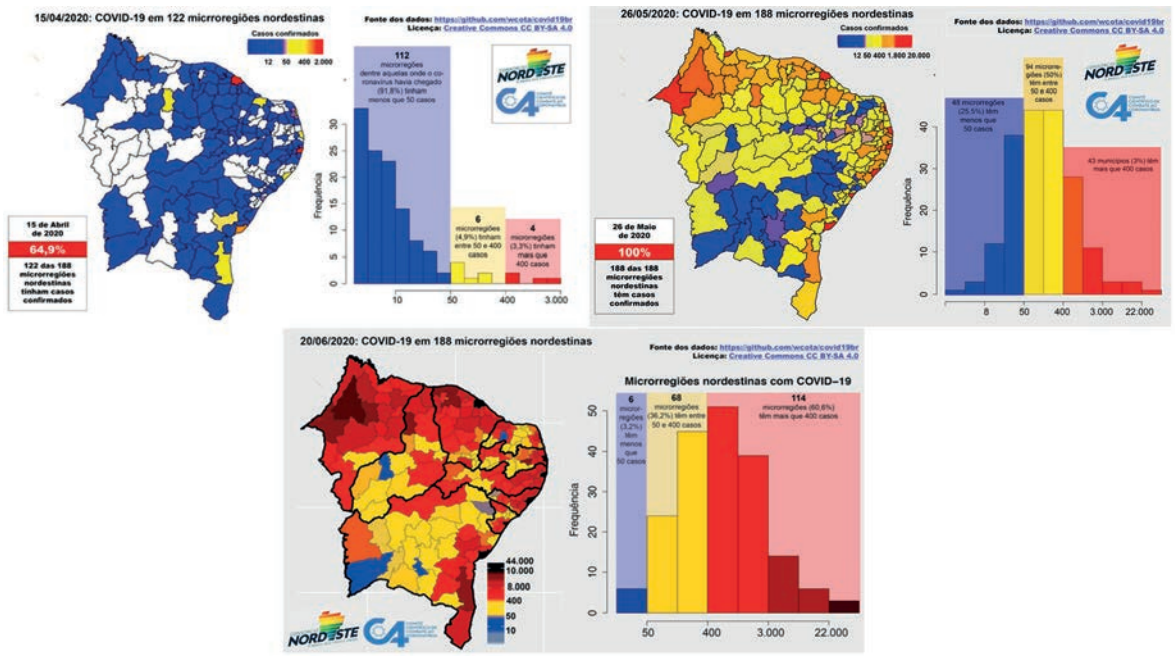
Figura 3. Matriz de Risco criada pelo C4. Gráficos ilustram os 3 grupos de 13 parâmetros, bem com o código de cores usado para definir flexibilização (verde), alerta (amarelo) e trancamento ou *lockdown* (vermelho)



Idealizada depois de uma análise das matrizes de risco de vários países, a Matriz de Risco do C4 inovou ao incluir parâmetros voltados para a realidade brasileira, como, por exemplo, o aumento de casos de outras viroses (como a influenza) e endemias (como a dengue), bem como a fração de profissionais de saúde afastados por terem sido infectados pelo SARS-CoV-2, ou mesmo falecido como consequência da infeção. A adição deste último parâmetro foi extremamente presciente dado o trágico número de profissionais da saúde brasileiros que foram infectados e perderam suas vidas nos primeiros seis meses da pandemia [7]. Outra inovação importante foi a inclusão no grupo C3 de parâmetros contabilizando o grau de isolamento social atingido por cada município, o seu grau de influência geográfica, bem como a taxa de casos suspeitos de COVID-19 relatados pelos usuários do aplicativo Monitora COVID-19. Uma nota técnica, publicada logo a seguir pelo C4, detalhou o algoritmo para cálculo da Matriz de Risco, oferecendo formas de utilizá-la mesmo na ausência de alguns dos 13 parâmetros, bem como definindo um sistema simples de cores para determinação do risco total de uma localidade: verde (flexibilização possível), amarelo (alerta), vermelho (*lockdown*). Para ilustrar a utilidade da Matrix de Risco, o C4 publicou a sua primeira análise global da região Nordeste, aplicando a matrix para todos os nove estados da região. Essa análise foi complementada pela inauguração de uma nova sessão dos *Boletins* do C4 que passaria a oferecer um resumo da situação epidemiológica de cada estado da região Nordeste, como mapas detalhando novos casos nos últimos 14 dias.

Em 2 de julho de 2020, o C4 publicou o que viria ser o seu mais completo e detalhado *Boletim* sobre a situação da pandemia de COVID-19, no momento em que ela se aproximava da marca de 500 mil casos e 20 mil óbitos só na região Nordeste. Com 47 páginas, contendo uma enorme variedade de análises quantitativas e gráficos, inicialmente, o *Boletim* 9 confirmou as previsões anteriores sobre o processo de interiorização da pandemia de COVID-19. No final do mês de junho, esse processo já havia se completado, depois de progredir com uma velocidade impressionante. Assim, enquanto, em 15 de abril, 112 microrregiões nordestinas (de um total de 188) possuíam cada uma menos de 50 casos de COVID-19, no dia 24 de maio, esse número já havia caído para 48 microrregiões, e em 20 de junho de 2020, para apenas 6 microrregiões (**Figura 4**). Desde 24 de maio de 2020, todas as 188 microrregiões nordestinas já haviam confirmado a ocorrência de casos de COVID-19. Dada a gravidade da situação, o *Boletim* 9 recomendava a adoção imediata do *lockdown* nas cidades de Salvador, Feira de Santana, Itabuna e Teixeira de Freitas (Bahia), Maceió (Alagoas), Aracaju (Sergipe) e Caruaru (Pernambuco).

Figura 4. Três painéis ilustram a evolução temporal do número de casos confirmados de COVID-19 pelas 188 microrregiões nordestinas. No topo à esquerda: 15 de abril. No topo à direita: 26 de maio. Na parte inferior: 20 de junho de 2020



No *Boletim* 9 o C4 também informou os governadores e a população nordestina sobre a descoberta de um fenômeno extremamente preocupante, que recebeu o nome de "efeito bumerangue". Basicamente, depois de chegar ao Brasil pelos aeroportos internacionais [6], o SARS-CoV-2 começou a se multiplicar pelas capitais dos estados onde estão localizados esses aeroportos. Depois de infectar um grande número de residentes dessas capitais, como não houve um bloqueio rodoviário eficaz e o espaço aéreo brasileiro permaneceu aberto com voos nacionais e internacionais em plena operação, pessoas infectadas começaram a levar a COVID-19 para o interior do Brasil [5]. Uma vez que esse processo de interiorização começou a gerar casos graves de COVID-19, pacientes em estado crítico tiveram que ser transferidos para as capitais dos estados (ou, em alguns casos, cidades de grande porte do interior) em busca de leitos de UTI que simplesmente não existem na maior parte do interior brasileiro. A esse fluxo recíproco entre capital e interior em cada estado, formado pelo deslocamento de pessoas infectadas da capital para o interior, seguido do retorno de pacientes graves do interior para a capital, deu-se o nome de "efeito bumerangue" [5]. Detectado no Nordeste no final de junho, esse efeito bumerangue ocorreu em todo o Brasil [5], materializando-se independentemente da via de transporte de pacientes, fosse ela rodoviária (na maior parte do país), ou pelos grandes rios da região amazônica [5]. Um estudo completo, realizado por membros do subcomitê de estudos estratégicos do C4,

não só confirmou a ocorrência do efeito bumerangue em todo país como quantificou a enorme dimensão do fluxo humano que migrou de centenas de cidades interioranas para as capitais dos estados brasileiros, com consequências trágicas, tanto em termos de espalhamento do SARS-CoV-2 como para os sistemas hospitalares das capitais que, em alguns casos – como Manaus, Fortaleza, Recife, Natal, Rio de Janeiro e São Paulo –, ou atingiram um colapso hospitalar completo, ou estiveram muito próximos dele [5]. O estudo realizado pelos pesquisadores do C4 demonstrou categoricamente que a distribuição de leitos de UTI, favorecendo as capitais brasileiras, estava altamente correlacionada com a distribuição geográfica de óbitos por COVID-19 em todo Brasil, graças ao efeito bumerangue [5]. Assim, enquanto em julho cada leito de UTI alocado para o tratamento de pacientes de COVID-19 em estado grave originou 1.23 óbitos, em setembro de 2020, essa taxa alcançou a marca de 3,88 óbitos por leito de UTI disponível para COVID-19, como consequência, entre outros fatores, do efeito bumerangue [5].

O mesmo estudo supracitado também revelou que, nas primeiras três semanas da pandemia de COVID-19 no Brasil, a cidade de São Paulo foi responsável pelo espalhamento de pelo menos 85% dos casos de COVID-19 por todo o país [5]. Quando a contribuição de 16 outras capitais brasileiras foi somada à da capital paulista, foi possível explicar a origem de mais de 98% de todos os casos de COVID-19 nos primeiros meses da pandemia no Brasil [5]. Além disso, o mesmo estudo revelou que essa doença se espalhou rapidamente por todo o país por meio do fluxo de pessoas pela sua vasta malha rodoviária. Numa análise detalhada, esse estudo demonstrou que as 26 maiores rodovias federais brasileiras foram responsáveis por 30% do espalhamento de todos os casos de COVID-19 nos primeiros três meses da pandemia (março-junho 2020) [5]. Claramente, esse estudo corroborou a tese inicial do C4 de que, se um *lockdown* nacional, e especialmente da cidade de São Paulo, tivesse sido implementado desde o início de março, utilizando bloqueios rodoviários com testagem e avaliação de caminhoneiros e viajantes particulares, e um controle mais rígido do tráfego não essencial (ônibus interestaduais, intermunicipais e carros de passeio), e se o espaço aéreo brasileiro tivesse sido fechado nos primeiros dias, e não no final de março para voos internacionais e nacionais, tanto os casos como os óbitos ocorridos no Brasil, como consequência da pandemia de COVID-19, teriam sido significativamente menores. Em outras palavras, provavelmente, dezenas de milhares de vidas poderiam ter sido salvas com a implementação dessas medidas no início da pandemia.

Também no *Boletim* 9, o C4 ofereceu propostas concretas e objetivas para prevenção e combate da violência contra crianças e adolescentes no Nordeste durante a pandemia, bem como uma série de sugestões para combater o impacto socioeconômico da COVID-19 em toda a região. Essas propostas contaram com a participação de um grande número de colaboradores voluntários do Projeto Mandacaru. Dessa forma, o *Boletim* 9 expôs de forma clara a enorme diversidade multidisciplinar, capilaridade de atuação por todo Brasil, bem como o extremo grau de excelência científica e técnica alcançadas pelo C4, seus subcomitês e pelo Projeto Mandacaru. Portanto, esse documento pode ser considerado peça-chave para uma eventual caracterização da magnitude do impacto alcançado pelo C4 na sua tentativa de mitigar o impacto humano da pandemia de COVID-19 tanto na região Nordeste como no Brasil.

Os *Boletins* 10 e 11, publicados em 11 de agosto e 17 de setembro de 2020, respectivamente, mantiveram a tônica de recomendações feitas aos governadores nordestinos, ampliando consideravelmente o escopo das análises matemáticas e de cenários, graças ao trabalho do subcomitê de modelos matemáticos que criou um relatório padronizado para descrever a situação da pandemia de COVID-19 em cada um dos estados nordestinos.

Para facilitar a análise cronológica das propostas do C4, o **Quadro 1** sumariza todas as medidas emergenciais recomendadas pelo C4, ao longo dos seus sete primeiros meses de operação.

Quadro 1. Cronologia dos onze *Boletins* publicados pelo C4, de abril a segunda semana de outubro, com as respectivas recomendações e ações executadas pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste.

Data	Boletim	Medidas recomendadas e ações implementadas
01/04/2020	1	• Apoio às medidas de isolamento social em todo o Nordeste • Aumento de testagem em aeroportos e rodoviárias • Apoio financeiro às famílias mais necessitadas, moradores de rua e pequenos comerciantes • Ampliação emergencial das redes de pesquisa do Nordeste
03/04/2020	2	• Formação de 9 subcomitês temáticos, incluindo sala de situação virtual • Recomendação do uso do aplicativo telefônico Monitora COVID-19 • Criação plataforma virtual de colaboração voluntária (Projeto • Mandacaru) e rede internacional de colaboradores
09/04/2020	3	• Recomendação de uso de máscaras por toda população • Posicionamento contra o uso de hidroxicloroquina e cloroquina ou qualquer medicamento não comprovado como eficaz contra o SARS-CoV-2 • Lançamento oficial do Monitora COVID-19 • Website do C4 entra em funcionamento
16/04/2020	4	• Proposta de criação das Brigadas Emergenciais de Saúde • Proposta de restrição de tráfego nas rodovias do Nordeste • Aumento da proteção das equipes de saúde • Adesão de todos estados ao Monitora COVID-19
24/04/2020	5	• Desinfecção de locais públicos e postos rodoviários • Uso emergencial de ventiladores de salas cirúrgicas • Reforço da necessidade de adesão ao Monitora COVID-19 • Ampliação do aporte financeiro as Faps do Nordeste • Uso de oxímetros de pulso por equipes de saúde
05/05/2020	6	• Critérios quantitativos para adoção do lockdown • Adoção fila única centralizada dos leitos de UTI no Nordeste • Apoio a criação de processo de revalidação estadual de diplomas de médicos brasileiros formados no exterior • Sala de situação virtual entra em operação • Recomendação do uso preferencial do teste RT-PCR • Criação do subcomitê de assessoria estratégica do C4

Data	Boletim	Medidas recomendadas e ações implementadas
21/05/2020	7	• Primeiras indicações de *lockdown* para cidades nordestinas • Indicações de protocolos ambulatoriais de atenção primária • Aumento de testagem para coronavírus e dengue • Divulgação de programas assistenciais para a população
01/06/2020	8	• Manutenção do isolamento social • Lançamento da Matriz de Risco do C4 • Resumo da situação epidemiológica de cada estado nordestino • Exclusão da hidroxicloroquina/cloroquina de todos os protocolos estaduais
02/07/2020	9	• Alerta sobre o "efeito bumerangue" em todo o Nordeste • Análise epidemiológica/interiorização dos casos de COVID-19 • Análise sistemas de saúde, isolamento social e testagem no Nordeste • Recomendações emergenciais específicas do C4 em múltiplas áreas • Estabelecimento de barreiras sanitárias em rodovias do Nordeste • Renovação do chamado para criação de Brigadas Emergenciais de Saúde • Propostas para combater impacto socioeconômico do COVID-19 • Propostas para combate da violência contra crianças e adolescentes
11/08/2020 17/09/2020	10 E 11	• Panorama epidemiológico detalhado de cada um dos estados nordestinos

3. TRANSPARÊNCIA E DIVULGAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL

A pandemia de COVID-19 mostrou de forma muito evidente que, além de uma batalha sanitária, o mundo todo foi imerso numa enorme "batalha de informação"; uma disputa ferrenha por narrativas semióticas antagônicas, que incluiu desde a disseminação de uma enorme quantidade de informações falsas sobre a origem e propriedades do SARS-CoV-2 até a defesa do uso, sem qualquer base científica ou clínica, de uma série de medicamentos ou terapias que provaram ser totalmente inócuas no tratamento de qualquer fase da COVID-19. Além disso o "negacionismo científico" se tornou lugar comum, sendo propagado impunemente e em grande volume pelas redes sociais, e até mesmo pela mídia tradicional. Ciente desse desafio, desde o início das suas atividades, o C4 reconheceu a necessidade imperiosa de estabelecer uma estratégia de comunicação capaz de atingir todos os setores e segmentos da sociedade nordestina e brasileira. Como um dos primeiros comitês científicos criados no Brasil para o combate ao novo coronavírus, o C4 criou múltiplas formas de comunicação, incluindo: (1) um website próprio atualizado constantemente; (2) canais em todas as mídias sociais, alimentados diariamente pelos voluntários do subcomitê de comunicação do Projeto Mandacaru; (3) divulgação pública em várias mídias de todos os seus boletins oficiais e notas técnicas; (4) uso das mídias tradicionais (rádios, televisão, jornais e outras publicações).

Por meio desses canais de comunicação, o C4 procurou disseminar dados, boas práticas e fatos científicos comprovados pela comunidade científica brasileira e internacional, bem como os dados, análises de risco, cenários futuros e recomendações derivadas do trabalho dos seus subcomitês e das equipes do Projeto Mandacaru. De entrevistas a pequenas rádios do interior nordestino, gravação de áudios para carros de som do interior e vídeos para as redes sociais, até a participação de debates e entrevistas nos grandes veículos de mídia do Brasil e do exterior, o C4 ocupou um espaço midiático raramente conquistado por qualquer iniciativa científica de porte realizada no Brasil. Como resultado dessa verdadeira "blitz de comunicação", o C4 se tornou o comitê científico brasileiro mais reconhecido dentro e fora do Brasil, com seus membros sendo frequentemente requisitados pelos grandes veículos de mídia internacional, como os jornais *New York Times* e *The Guardian*, a *BBC de Londres*, as agências *Reuters*, a *AFP*, e revistas americanas como *Times* e *Foreign Affairs*, para análises da situação da pandemia de COVID-19 no Brasil. O impacto jornalístico obtido pelo C4 foi quantificado pela equipe de comunicação do comitê, a partir da mensuração do que seria o custo teórico de publicação (em reais, baseado no número de linhas publicadas sobre o trabalho do comitê) de todo o material jornalístico produzido pelos órgãos de mídia (excluindo-se rádios e estações de TV) sobre o C4, durante os primeiros 60 dias da sua atuação. O valor resultante dessa análise foi de R$ 54 milhões, um valor que dá a dimensão clara da penetração obtida pelo C4 nos meios de comunicação brasileiros e estrangeiros.

Uma das provas de que a estratégia de comunicação foi um enorme sucesso é o fato de que pesquisadores da região oeste do Panamá, depois de tomar contato com as realizações e boletins publicados pelo C4, decidiram criar o seu próprio comitê científico naquela região do país. Desde então, o C4 panamenho continua a adotar as recomendações e sugestões do C4 brasileiro. Além disso, a experiência do C4 foi compartilhada em inúmeras palestras acadêmicas, como uma plenária para membros da Universidade de Buenos Aires e um Fórum Internacional de COVID-19, organizado pela Nova Zelândia, no qual um representante de cada continente foi convidado a expor a situação da pandemia na sua região. Nesse debate, o C4 representou não só o Brasil, mas toda a América Latina.

4. REALIZAÇÕES DO PROJETO MANDACARU

Durante os primeiros sete meses de trabalho, as diferentes ações realizadas pelas centenas de voluntários do Projeto Mandacaru foram inestimáveis, contribuindo decisivamente para a missão do C4. Desde o manejo das redes sociais; a criação de campanhas durante os diversos feriados nacionais, encorajando a população a manter o isolamento social; a elaboração de conteúdos e propostas inovadoras nas áreas de educação, segurança alimentar infantil, direitos humanos; aformação de redes de colaboração de pesquisadores por todo o país; até a organização de uma "live" científico-artística, envolvendo os maiores cantores nordestinos e televisionada para todo

o Brasil num domingo à tarde, para arrecadação de fundos para aquisição de equipamentos e insumos para as Brigadas Emergenciais de Saúde. Com todas essas ações, o Projeto Mandacaru proporcionou ao C4 um grau de agilidade, poder de reação e multidimensionalidade, que jamais seria possível de ser realizado se o C4 tivesse optado por utilizar apenas a sua estrutura original. Por exemplo, foi graças às ações de voluntários do Projeto Mandacaru que uma parceria com a empresa Jonhson&Jonhson foi negociada, resultando numa doação de 160 mil máscaras cirúrgicas para uso no combate ao novo coronavírus na região Nordeste. Essa doação foi processada por meio da Fundação Estatal da Saúde Familiar do estado da Bahia e revertida para as Brigadas Emergenciais de Saúde do Piauí, o estado que mais de perto seguiu as recomendações do C4 e obteve um dos melhores resultados no manejo da COVID-19 em todo o Brasil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, a iniciativa de estabelecer, nas primeiras semanas da pandemia de COVID-19 no Brasil, um comitê científico de combate ao novo coronavírus deve ser saudada como um ato de grande ousadia e visão estratégica por parte do Consórcio Nordeste. Mesmo levando-se em conta que, possivelmente, no momento da tomada dessa decisão, não havia muita clareza de como seria a dinâmica de interação dos membros do Consórcio Nordeste com o comitê científico, uma vez que gestores públicos no Brasil não têm qualquer experiência em interagir com a comunidade científica e o seu modo de operar, a experiência desses seis meses pode ser avaliada como um grande sucesso, tanto em termos do impacto obtido, no que tange à redução do número de casos e óbitos por COVID-19, como pela criação de um mecanismo inédito no Brasil: o aconselhamento científico de gestores públicos durante uma crise de caráter nacional e mundial.

Entre os maiores sucessos do C4, podemos citar: (1) a incorporação do aplicativo telefônico Monitora COVID-19 a uma rotina de telemedicina por cinco estados do Nordeste; (2) a criação de uma sala de situação virtual; (3) a constituição de Brigadas Emergenciais de Saúde por todo o Nordeste; (4) o uso de *lockdown* e barreiras sanitárias rodoviárias como ferramenta de contenção do espalhamento da COVID-19, com resultados altamente favoráveis nas capitais nordestinas de São Luís, Fortaleza, Recife, e João Pessoa; (5) a elaboração de uma plataforma virtual de colaboração científica (Projeto Mandacaru); (6) a disseminação rápida de dados e previsões de cenários para os gestores, levando inclusive à reversão de editais de abertura prematura das economias, como no caso de Sergipe em meados de maio; (7) o posicionamento claro e independente em defesa da ciência e das boas práticas da medicina; e, finalmente, (8) o oferecimento a todo o Brasil de um caso de excelência em que a ciência de ponta foi definitivamente incorporada ao arsenal de combate da pandemia de COVID-19 por um grupo de gestores públicos, gerando um raio de esperança para todos os brasileiros que discordaram frontalmente da atitude negacionista, incompetente e irresponsável adotada pelo governo federal durante toda a pandemia de COVID-19 no Brasil.

Em última análise, o trabalho realizado pelo C4, muito provavelmente, será alvo de estudos futuros como uma referência pioneira no âmbito da gestão pública de crises humanitárias de grande porte e da criação de políticas públicas médico-científicas emergenciais no Brasil.

Com todos os problemas enfrentados, principalmente em termos da falta de um apoio minimamente adequado por parte do governo federal, dada a magnitude da crise humanitária enfrentada pelo país, pode-se concluir, portanto, que a região Nordeste sai desta primeira fase da pandemia numa posição claramente mais favorável do que, por exemplo, a região Sudeste. Evidentemente, não resta dúvida que o desempenho da região Nordeste poderia ter sido ainda melhor caso: (i) um diálogo mais rotineiro entre o C4 e os gestores públicos tivesse ocorrido; (ii) mais recomendações feitas pelo C4 tivessem sido adotadas de forma mais imediata e abrangente por toda a região; e (iii) uma dotação orçamentária mínima tivesse sido alocada pelo Consórcio Nordeste para a operação cotidiana do C4 e para os eventuais projetos emergenciais de pesquisa organizados ou recomendados pelo C4.

Notadamente, as enormes dificuldades enfrentadas pelo C4 em convencer os gestores da necessidade imperiosa de implementar as Brigadas Emergenciais de Saúde em todos os estados, em paralelo à principal estratégia de manejo utilizada (criação de leitos de enfermaria e UTI), garantir a adesão de todos os nove estados ao aplicativo Monitora COVID-19 e a um sistema de telemedicina único, instituir bloqueios rodoviários nos estágios iniciais da pandemia, recorrer ao lockdown de forma mais ágil e resistir por mais tempo às pressões dos setores produtivos para relaxar o isolamento social contribuíram para que um resultado ainda melhor não fosse alcançado. Essas são lições claras que devem guiar o aprimoramento futuro da interação entre o C4 e os governadores da região Nordeste, bem como de futuros comitês científicos criados no Brasil para assessorar gestores públicos.

De qualquer forma, o fato de que o C4 conseguiu manter a sua independência científica sem jamais sofrer nenhum tipo de pressão política e, apesar de servir como órgão consultivo, sem qualquer função operacional, ter conseguido disseminar amplamente, com total transparência, o teor das suas recomendações e as bases científicas que as motivaram deve ser comemorado como uma conquista histórica e de grande significado, tanto da comunidade científica brasileira quanto o setor público do país.

REFERÊNCIAS

4. Comitê Científico de Combate ao Corona Vírus. Relatório de Novembro - Subcomitê 09 - Grupo de Modelagem Matemática Estocástica [internet]. [local desconhecido]: C4NE; 2020 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: www.comitecientifico-ne.com.br.

5. Comitê Científico de Combate ao Corona Vírus. Imprensa [internet]. [local desconhecido]: C4NE; 2020 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: https://www.comitecientifico-ne.com.br/imprensa.

6. Comitê Científico de Combate ao Corona Vírus. Projeto Mandacaru [internet]. [local desconhecido]: C4NE; 2020. [acesso 2020 jul 20]. https://www.comitecientifico-ne.com.br/mandacaru.

7. Negri EM, et al. Heparin Therapy Improving Hypoxia in COVID-19 Patients - A Case Series. Front Physiol. 2020;11:573044. doi: https://doi.org/10.3389/fphys.2020.573044.

8. Nicolelis MA. How super-spreader cities, highways, hospital bed availability, and dengue fever influenced the COVID-19 epidemic in Brazil. MedRxiv [internet]. 2020 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.19.20197749v1.full.pdf+html.

9. Candido D, et al. Routes for COVID-19 importation in Brazil. J. Travel Med. 2020;27(3):1-7.

10. Duprat IP, Melo GC. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. Rev. bras. Saúde Ocup. 2020;45(30):1-7.

COMPATIBILIDADE DOS PLANOS – ESTADUAL E DE CONTINGÊNCIA – NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19

Lena Vânia Carneiro Peres[1], Gilson Caleman[2]

Wilma Madeira Silva[3], Ana Paula Neves Marques de Pinho[4]

Clara Sette Whitaker Ferreira[5]

Resumo: Este artigo apresenta os resultados de análises da compatibilidade entre os Planos Estaduais de Saúde (PES) – elaborados pelas 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para o período de 2020 a 2023 – e respectivos planos de contingência à COVID-19, estabelecidos em função da pandemia do SARS-CoV-2 ocorrida em 2020. Foram realizados o levantamento e a análise dos 27 PES e dos 27 planos de contingência; verificando identificação de compatibilidades dos conteúdos – objetivos e ações dos planos – por meio da categorização em etiquetas (*tags),* estabelecidas como temas relevantes ao planejamento em saúde dos estados. O resultado da análise permitiu identificar que o processo de planejamento estratégico institucional subsidiou os PES, possibilitando a realização de mudanças de rumo necessárias para a elaboração de planos de contingência compatíveis com análise situacional atualizada: todas as 27 SES brasileiras desenvolveram planos de contingência alinhados em quase 100% com seus respectivos PES, demonstrando, na prática, o que é um planejamento vivo pronto a sofrer modificações de rumo sem perder seu contexto. O Plano de Contingência à COVID-19 passou a ser parte indissolúvel do Plano Estratégico Institucional e do PES, processo que contribuiu para o fortalecimento do papel estratégico da gestão estadual no SUS.

Palavras-Chave: Subvenções e Subsídios para Planejamento em Saúde. Conselhos Estatais de Coordenação em Saúde. Planos de Contingência. COVID-19.

[1] Médica, Doutora em medicina, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul, Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Diretora de Formação e Desenvolvimento da Docência na Inspirali – Ânima Educação; ID ORCID https://orcid.org/0000-0003-1488-6548. lena.agenda@gmail.com.

[2] Médico, Doutor em medicina interna e terapêutica, Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), ORCID https://orcid.org/0000-0001-7439-8662. gcaleman@hotmail.com.

[3] Comunicóloga, Doutora em ciências, Gerente de Projetos Sociais, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, ORCID https://orcid.org/0000-0003-3885-7723. wilmams@alumni.usp.br.

[4] Assistente social, Diretora Executiva de Responsabilidade Social, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, ORCID https://orcid.org/0000-0002-8401-0331. ampinho@haoc.com.br.

[5] Médica, Mestre em medicina preventiva e especialista em gestão da atenção à saúde, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul, ID ORCID https://orcid.org/0000-0003-3320-1856. clarasettew@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/39bmdVC

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES)

Os Planos de Saúde (PS) são o instrumento central de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de gestão. O SUS prevê instrumentos de planejamento integrados dos três entes – Governo Federal, Estados e Distrito Federal, e Municípios – como uma das principais ferramentas para coordenar e cumprir o art. 196 de nossa Constituição [1], que determina que

> [...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O PS dos estados ou Plano Estadual de Saúde (PES) declara os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir de uma análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias daquela Unidade Federativa (UF). Ademais, orienta a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde, por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) para os quatro anos de sua vigência. A sua execução, o seu acompanhamento e a sua avaliação apoiam e auxiliam a gestão de todas as áreas do sistema de saúde, a fim de contribuir para a integralidade. Sua elaboração observa os prazos do Plano Plurianual (PPA), conforme definido nas Leis Orgânicas dos estados ou do Distrito Federal.

Em sintonia com as demais esferas do SUS, o PES deve estar relacionado com o Plano Nacional de Saúde e com os planos regionais e municipais de saúde daquela UF. Além disso, deve levar em consideração os subsídios do planejamento ascendente e da participação e controle social, como as

diretrizes definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde, e deve ser submetido à apreciação e à aprovação do respectivo Conselho Estadual de Saúde e disponibilizado em meio eletrônico, como previsto pelo § 2º do art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012 [2].

Para garantir que o PES seja orientado pelas necessidades de saúde da população e pelas especificidades daquela esfera de gestão, deve-se realizar uma análise situacional profunda que leve em consideração uma série de aspectos, como: a estrutura do sistema de saúde e o quanto essa estrutura permite responder às necessidades dos cidadãos; os fluxos de acesso ao sistema; as Redes de Atenção à Saúde (RAS) necessárias locorregionalmente; as condições sociossanitárias; a priorização de recursos financeiros; a gestão do trabalho e da educação na saúde; o investimento necessário em ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e a gestão como o núcleo dessa operação, com definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para institucionalizar o processo de monitoramento e avaliação, tornando-os vivos para que os objetivos do plano possam ser alcançados

Finalmente, está no escopo dos PES explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos repassados aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Eles também devem assegurar a transparência e a visibilidade, mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o seu processo de elaboração e discussão, conforme estabelece o art. 31 da Lei Complementar nº 141/2012 [3]. O Planejamento Estratégico Institucional (PEI) das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) deve subsidiar e apoiar a construção do PES.

Diante da complexidade envolvida no processo de planejamento estadual em saúde, em 2018, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em articulação com o Ministério da Saúde, solicitou ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), a elaboração e execução de um Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (PFGESUS). O objetivo principal do PFGESUS foi instrumentalizar as equipes das SES para elaboração do planejamento estratégico em saúde, sua compatibilização com os instrumentos de gestão (em especial o PES) e realização do monitoramento e avaliação do primeiro ano de planejamento, o ano de 2020.

1.2 OS PLANOS ESTADUAIS DE CONTINGÊNCIA À COVID-19

O SUS tem vários exemplos recentes de eventos que se constituíram ameaça à saúde pública, e que precisaram da elaboração de planos de contingência: em 2003, a pandemia por Influenza A H5N1; em 2009, o H1N1-2009; em 2015 e em 2016, a epidemia pelo Zika vírus. Ademais, anualmente temos os planos de contingência para o enfrentamento da dengue [4].

O planejamento estadual deve levar em conta situações e agravos inusitados que possam vir a ocorrer durante a vigência de seus instrumentos. Em 2020, as esferas de gestão do SUS tive-

ram que elaborar, considerando seus PS, planos específicos de contingência para o enfrentamento da pandemia por Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), a COVID-19. Em janeiro de 2020, o estado de Alagoas já havia construído a primeira versão de seu plano.

Na primeira assembleia de 2020 do Conass, o Ministro da Saúde e o Presidente do Conass já convocavam os estados para uma organização de ações na direção da elaboração de Planos de Contingência.

Assim, os Planos de Contingência começaram a ser construídos nos estados [5] desde janeiro de 2020 (Alagoas), e até agosto de 2020, todas as 27 UF já tinham um Plano de Contingência para a COVID-19. Grande parte desses planos têm mais de uma versão ou tiveram algumas atualizações. Nas primeiras versões, os planos continham principalmente ações que organizavam a vigilância de casos novos. Com o desenrolar da pandemia no Brasil, os planos tiveram outras versões que passaram a incorporar outros aspectos além da vigilância de casos/óbitos e da logística de ampliação da oferta de leitos (hospitais de campanha), assistência farmacêutica e laboratorial. Foram incluídos temas como violência doméstica, atenção ao sofrimento psíquico, e – apoiados pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM) – a realização de consultas médicas *on-line*, assim como telecirurgias e telediagnóstico, entre outras formas de atendimento médico a distância, que foram importantes para garantir o atendimento não somente das pessoas afetadas pela COVID-19, mas também de todas aquelas que necessitaram de assistência médica. Além das teleconsultas, foram realizados telemonitoramento, matriciamento de casos e educação continuada a distância, com temas abrangendo desde a prevenção, como o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), até a intubação e o manejo da ventilação mecânica e o tratamento para pacientes com COVID-19.

Com o intuito de contextualizar os desafios aos quais estiveram submetidas as SES e o protagonismo que assumiram no enfrentamento a pandemia, apresenta-se, em seguida, uma linha do tempo da COVID-19 no Brasil, situando seu surgimento e alguns marcos factuais.

1.2.1 LINHA DO TEMPO DA COVID-19 NO BRASIL [5-11]

Dez./2019:

Dia 31 – Divulgada a identificação do novo Coronavírus 2 (Sars-CoV-2) como agente responsável por casos de Pneumonia na cidade de Wuhan – China.

Jan./2020:

Dia 30 – Organização Mundial da Saúde (OMS) declara Emergência Internacional. Publicado o Plano de Contingência Covid de Alagoas.

Dia 31 – Acionado, no Governo Federal, o Grupo Executivo Interministerial (GEI-ESP) para construção, entre outras ações, do Plano de Contingência do Ministério da Saúde.

Fev./2020:

Dia 06 – Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sobre o Coronavírus 2, com os secretários de saúde dos estados e capitais.

Dia 07 – Primeiro caso de COVID-19 no Brasil, em São Paulo.

Dia 13 – Ministério da Saúde lança o seu plano de contingência para Coronavírus – COVID-19.

Mar./2020:

Dia 11 – OMS declarou a COVID-19 uma pandemia.

Dia 16 – Início da transmissão comunitária no Brasil, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, demandando aos estados a elaboração de Planos de Contingência.

Dia 17 – Notificado o primeiro caso de óbito por COVID-19 em São Paulo.

Dia 20 – Ministério da Saúde declara transmissão comunitária em todo o território nacional [8].

Dia 22 – Ministério da Saúde atualiza os dados de contaminação pelo novo Coronavírus: 1.546 casos confirmados e 25 mortos. A partir desse dia, todos os estados e o Distrito Federal já possuem casos confirmados de COVID-19.

Dia 25 – Carta dos Governadores do Nordeste [9], assinada pelos nove governadores, afirma que "A decisão prioritária é a de cuidar da vida das pessoas, não esquecendo da responsabilidade de administrar a economia dos estados. É um momento de união, de se esquecer diferenças políticas e partidárias. Acirramentos só farão prejudicar a gestão da crise" . Essa data marca a instalação da governança estadual de enfrentamento da COVID-19 e o início da elaboração dos Planos de Contingência para a COVID-19.

Abr./2020:

Dia 16 – O Ministro da Saúde Henrique Mandetta é exonerado, assume Nelson Teich, que será ministro por apenas 29 dias.

Mai./2020:

Dia 16 – Brasil é o 4º país com maior número de casos: os 233.142 diagnósticos de COVID-19 colocam o país em quarto lugar no ranking da Universidade Johns Hopkins.

Jun./2020:

Dia 06 – Organizações do campo da Saúde que participam da Frente pela Vida [11] lançam o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) pandemia de COVID-19 (Frente Pela Vida, 2020). O documento foi elaborado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira Rede Unida (Rede

Unida), Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES), Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Abrastt), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Sociedade Brasileira de Virologia (SBV), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp), Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP), Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Jul./2020:

Dia 07 – Lei nº 14.020/2020 – dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à (sic) COVID-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais.

Dia 29/30 – O Brasil tem o maior número de casos novos (69 mil) e 1.595 óbitos. Essa data é considerada o pico da epidemia (até outubro de 2020). Um terço das 92.568 mortes por COVID-19, registradas desde o início da pandemia, aconteceu em julho. O número representa quase o total de diagnósticos registrados entre o início da pandemia, em março, e 30 de junho: 1.408.485 casos.

Ago./2020:

Dia 08 – O Brasil atinge a marca de 100 mil óbitos decorrentes da COVID-19.

Dia 09 – A COVID-19 já infectou mais de 5 milhões de brasileiros.

Set,/2020:

Dia 14 – Eduardo Pazuello é efetivado como Ministro da Saúde.

Out./2020:

Início dos Planos de Retomada, que são revisados semanalmente em todos os estados e no Distrito Federal.

1.2.3 ALINHAMENTO ENTRE O PES E OS PLANOS DE CONTINGÊNCIA À COVID-19

Considerado o protagonismo que os estados e o Distrito Federal assumiram para o enfrentamento da COVID-19, uma série de medidas emergenciais que alteraram os planos iniciais precisaram ser adotadas, impactando inclusive a execução de políticas e de

recursos que estavam programados ou em curso, para centrar os esforços no enfrentamento da pandemia. Para assegurar a transparência e o controle social do processo, bem como para garantir a institucionalização e a harmonia das ações no âmbito do SUS, é necessário que ações emergenciais estejam em sintonia com o planejamento em saúde ou, caso não estejam, que as UF possam se organizar para atualizar e adaptar seus planos, diante da nova realidade imposta.

O presente trabalho propõe analisar a compatibilidade dos planos – PES e Plano de Contingência à COVID-19 – com o intuito reconhecer os limites e as possibilidades nesse processo.

2. MÉTODOS

Foram levantados e analisados os 27 PES vigentes e os 27 Planos de Contingência à COVID-19, em suas versões até outubro de 2020.

Para a análise de conteúdo, optou-se por categorizar os objetivos e/ou ações dos planos a partir das *tags* que foram definidas no processo como temas relevantes ao planejamento em saúde das SES das 27 UF.

Utilizamos o método comparativo [12], que consiste em investigar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e suas diferenças. Permite a análise de dados concretos e a dedução de semelhanças e divergências de elementos constantes, abstratos e gerais, propiciando investigações de caráter indireto. O **Quadro 1** apresenta as *tags* utilizadas e os temas que elas representam.

Quadro 1 – Tags e temas utilizados na análise do processo de planejamento em saúde no âmbito do PFGESUS

Tag	Tema
#APS	Atenção Primaria à Saúde ou Atenção Básica
#ARS	Acesso e Resolutividade
#ASF	Assistência Farmacêutica
#CON	Consórcios
#CRF	Captação de Recursos Financeiros
#DCN	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
#ENV	Envelhecimento
#GES	Gestão (orçamentária e financeira; de pessoas; gestão do trabalho e educação; qualificação; capacitação)
#INF	Infraestrutura Física de Serviços
#IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
#MAC	Média e Alta Complexidade

Tag	Tema
#MIN	Mortalidade Infantil ou Neonatal
#MMA	Mortalidade Materna
#PPS	Prevenção e Promoção à Saúde
#PTS	Participação Social
#RAS	Redes de Atenção à Saúde (RAS)
#REG	Regionalização; Programação ou Planejamento Regional Integrado (PRI); Macrorregionais; Regiões de Saúde
#RGL	Regulação
#SEG	Segurança do Paciente
#TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
#VES	Vigilância em Saúde
#VEX	Violência; Causas Externas

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2019, com a adesão integral das 27 SES, foram iniciadas as oficinas de trabalho que culminaram, em dezembro de 2019, em 27 Mapas Estratégicos e Planos de Ação, em coerência significativa com outros instrumentos de gestão como o PES, o PPA e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

A partir da classificação utilizando *tags*, em objetivos ou ações dos textos dos planos, pode-se verificar como as UF abordaram temas nos Planos de Contingência à COVID-19 e quais foram os mais relevantes a que se propuseram a enfrentar.

Os resultados mostraram que todos os estados e o Distrito Federal têm Planos de Contingência para a COVID-19 – em sua versão até outubro de 2020 – e estes estão em coerência com seus PES. Temos ainda que considerar o fato que, das 27 SES, apenas 22, até outubro de 2020, já tinham seu PES aprovado no seu respectivo Conselho Estadual de Saúde. Cinco estados que não entregaram seus PES tiveram problemas de mudanças de gestão na saúde, de duas até o máximo de sete vezes; além de troca de gestores do planejamento nas SES.

Alguns estados tiveram que fazer uma atualização de seus PES para incorporar temas diretamente relacionados com o enfrentamento da pandemia COVID-19.

Com relação à análise de conteúdo, foram aplicadas 2.273 *tags* e analisadas por meio de gráficos de tipo Diagrama de Sankey, que representam como se deu os fluxos de temas entre os planos. A análise de conteúdo no diagrama de Sankey é obtida pela representação dos fluxos lógicos de coerência.

Verifica-se que, em nível nacional, os Planos acabaram por mencionar todos os temas *tagueados* (**Quadro 1**), ao passo que em nível local permanecem diferenças entre os estados e as Regiões.

Considerando a análise das regiões do Brasil, as *tags* mais frequentes nos Planos de Contingência foram: 1º Gestão; 2º Vigilância em Saúde; 3º Prevenção e Promoção à Saúde; 4º Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde; 5º Ações de média e alta complexidade; seguidas por: assistência farmacêutica, regulação, atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde. Essa sequência conta como se deram o processo de enfrentamento da COVID-19 nas regiões e a coerência de ações entre os governos estaduais. Observamos que dar respostas aos casos graves e as medidas de prevenção foram as primeiras ações nesses Planos, seguidas de ações de tecnologia da informação, seja para compartilhamento e transparência da execução das ações e de indicadores, ou para o atendimento e monitoramento da COVID-19, estas ações são o alicerce dos Planos de Contingência e encontram continência nos PES.

Alguns estados, como Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, elaboraram planos mais extensos, que se propuseram a prever também ações que têm interface com outros temas relevantes à saúde pública. Temas que apresentaram pontos de convergência com o agravamento de seus indicadores de mortalidade, como os relacionados com a saúde materno-infantil, envelhecimento, ou temas que facilitassem a gestão, como consórcios, entre outros.

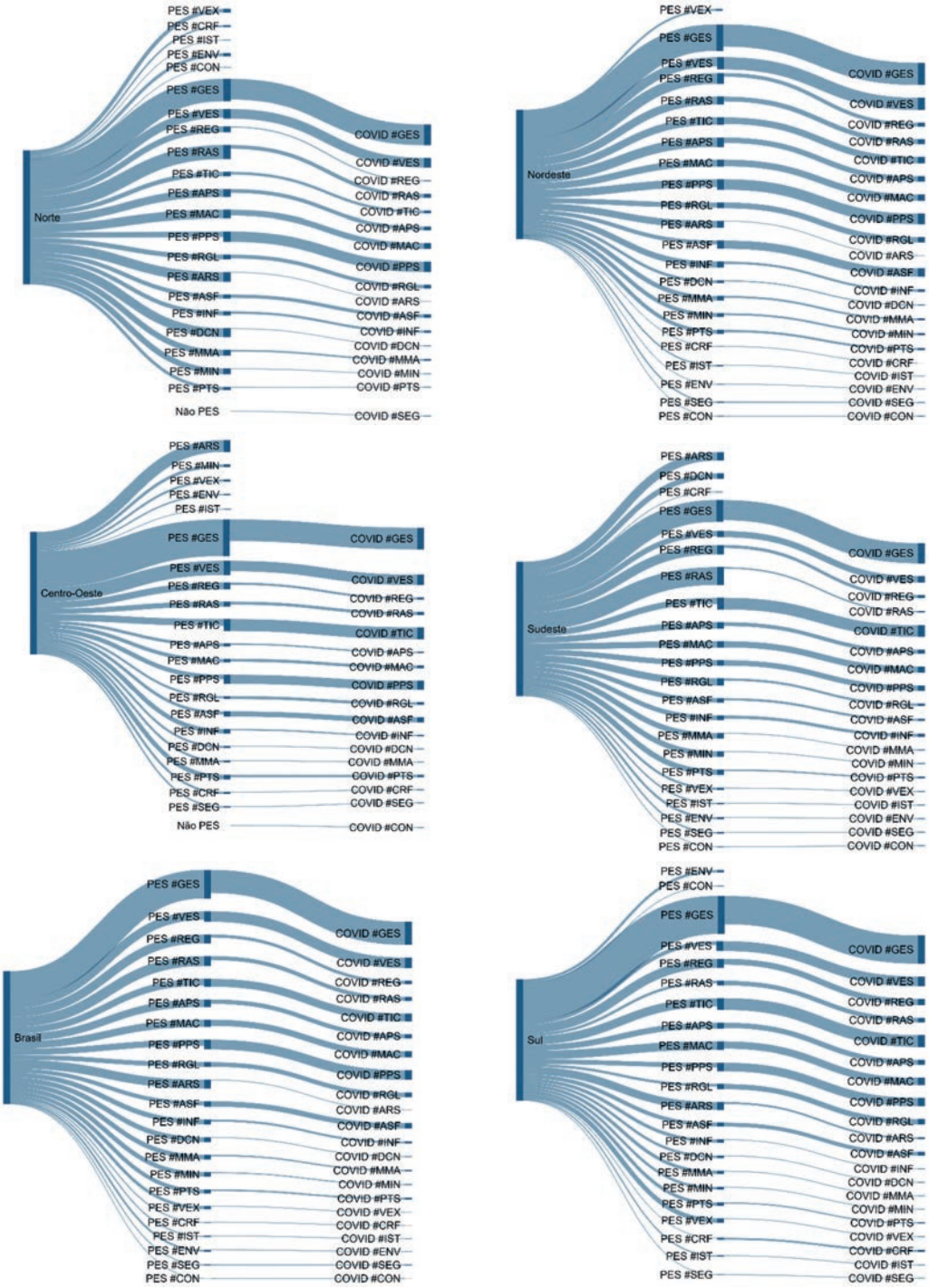
No tema de saúde da mulher e da criança, o aumento de mortes maternas e o aumento de violência doméstica mobilizaram ações para atenção à saúde das mulheres e dos recém-nascidos; em alguns estados, os leitos de UTI neonatal aumentaram substancialmente (por exemplo, Santa Catarina; Maranhão).

Em todas as regiões, as ações de gestão relacionadas com a execução orçamentária ocasionaram um movimento de "competição" entre os estados, para demonstrar aquele que teria seu Portal da Transparência mais atualizado e com maior número de informações. Estados que enfrentaram investigações sobre seus gastos aumentaram a atividade de seu Portal da Transparência (SC) e o tornaram ainda mais potente, justamente para demonstrar suas ações.

No âmbito regional, as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que relacionaram menos temas (17 temas) entre o Plano COVID e o PES. Esse fato pode demonstrar, em alguns casos, problemas relacionados com troca de gestão e baixa utilização dos mecanismos de gestão. Na região Nordeste, o fluxo entre os temas elencados nos Planos de Contingência e nos PES se deu para a quase totalidade deles (21 de 22 temas). Nessa região, os PES, alinhados com seus Planos Estratégicos Institucionais, parecem ter influenciado a amplitude dos Planos Covid, assim como a ação em consórcio entre os nove estados.

O tema da regionalização teve um fluxo de coerência frequente nas regiões Nordeste e Sul, influenciando inclusive a gestão regionalizada dos Planos de Contingência. A figura 1 mostra os resultados por região. No **Quadro 2**, podemos observar a frequência dos temas das *tags* por região.

Figura 1 – Análise de coerência entre o PES e os Planos de Contingência à COVID-19, a partir dos temas tagueados, por região.



Quadro 2 – Comparação de *tags* com os temas mais frequentes nos Planos Estaduais de Saúde e nos Planos de Contingência Covid-19 – por região do Brasil – Outubro de 2020.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
Tags	PES	PC COVID	PES	PC COVID	PES	PC COVID	PES	PC COVID	PES	PC COVID	PES	PC COVID
#GES	65	60	93	78	49	29	28	26	58	43	293	236
#VES	25	28	32	43	19	14	7	8	6	15	89	108
#REG	17	3	38	13	9	3	12	4	14	9	90	32
#RAS	41	11	28	17	7	4	23	2	4	7	103	41
#TIC	13	8	26	23	9	16	8	15	13	18	69	80
#APS	23	11	33	19	4	2	8	5	9	8	77	45
#MAC	25	17	24	23	5	4	8	8	13	11	75	63
#PPS	16	30	28	37	6	12	7	7	7	13	64	99
#RGL	14	11	18	20	3	4	9	3	4	8	48	46
#ARS	28	1	24	1	16	0	11	0	12	3	91	5
#ASF	12	10	14	29	4	7	6	3	6	6	42	55
#INF	12	7	21	8	6	2	6	4	5	1	50	22
#DCN	26	2	10	4	3	1	7	0	4	1	50	8
#MMA	17	5	16	7	3	1	7	1	5	1	48	15
#MIN	17	2	14	7	4	0	7	1	4	1	46	11
#PTS	9	2	13	8	6	3	7	2	5	2	40	17
#VEX	11	0	7	0	3	0	3	1	7	1	31	2
#CRF	5	0	1	1	3	1	1	0	1	3	11	5
#IST	2	0	5	1	1	0	2	1	2	1	12	3
#ENV	9	0	2	1	2	0	3	1	4	0	20	2
#SEG	0	2	5	4	2	1	2	1	1	1	10	9
#CON	1	0	2	3	0	1	1	1	1	0	5	5
TOTAL	388	210	454	347	164	105	173	94	185	153	1364	909

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2020, com a pandemia da COVID-19, imprimiu na gestão pública federal, estadual e municipal do Brasil o desafio de tornar vivos, na prática e na execução de ações, os PS. Os PES, apoiados por um processo de PEI das SES das 27 UF, sustentaram de forma exitosa a governança estadual do SUS.

Até agosto de 2020, as 27 UF já tinham Planos de Contingência à COVID-19 e, em quase 100%, estavam alinhados com seus PES, demonstrando um fortalecimento da gestão das SES, em que pese a heterogeneidade entre elas.

São aprendizados e desafios ou limites e possibilidades reconhecidos na análise de coerência dos planos:

- A força do pensamento e do raciocínio estratégico: o processo de planejamento institucional subsidiou os PES possibilitando a realização das mudanças de rumo necessárias para elaboração de um Plano de Contingência para COVID-19. O Plano de Contingência COVID-19 passou a ser parte indissolúvel do Plano Estratégico Institucional e, por conseguinte, do PES. Demonstrou na prática o que é um planejamento vivo, pronto a sofrer modificações de rumo sem perder seu contexto.

- O conhecimento situacional atualizado das SES, juntamente com seus painéis de bordo, com informações elaboradas a partir de seus indicadores, foi um importante alicerce na elaboração de um plano de contingência que suportou, inclusive, uma execução orçamentária de grande porte, por meio de atualizações das Programações Anuais de Saúde.

- O Conass protagonizou uma sustentação de governança estadual sem precedentes, seja na representatividade da gestão estadual na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), , seja no apoio técnico prestado às equipes das SES, ampliando e intensificando a troca de informações e conteúdos sobre o novo coronavírus – Covid-19.

- O tema da regionalização aparece fortemente nos PES e no Plano de Contingência COVID-19 em estados do Nordeste (por exemplo, Ceará), e na região Sul em quase todos os estados. Este é um tema central sem retorno. Não dará para pensar a gestão estadual em um pós-COVID-19 sem pensar e colocar, de fato, de pé, a gestão regionalizada do SUS.

- A necessidade de mais recursos de alta complexidade, como leitos de assistência em terapia intensiva, para oferecer aos pacientes de COVID-19, colocou os estados como protagonistas no processo de gestão e atenção à pandemia.

- As estratégias para prover vacinação e avaliar a imunização nos estados é ainda um desafio a ser enfrentado.

- O fortalecimento do papel federativo dos estados e de suas SES é um ativo que deve ser objeto de um olhar estratégico, em curto, médio e longo prazo, na gestão de saúde. Parte desse ativo, é a confiança da população em seus Governos e as SES que proporcionaram à população segurança ao assumir o papel de principais gestores no enfrentamento da pandemia em seus territórios, com grande impacto nos resultados no Brasil.

- Os estados protagonizaram o enfrentamento à COVID-19 e fizeram isso apoiados por seus instrumentos de gestão. Os estados que apresentaram coerência entre o Planejamento Estratégico Institucional e o PES possuem também maior coerência deste, com o plano COVID-19, quando comparados com os estados onde isto não ocorreu.

- A concertação colaborativa entre todos os entes do Conselho Estadual de Saúde parece contribuir para a aprovação de um PES que coaduna com os anseios da SES, demonstrando a força do planejamento ascendente.

Por fim, temos que ressaltar que o principal desafio das SES é o fortalecimento da retomada de seu papel estratégico sustentado, na gestão do SUS, e as perspectivas a partir dos ativos produzidos durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.

2. 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 Oficial da União [Internet]. 16 jan 2012 [acesso 2020 out 13]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. 133 p.

4. Lana RM, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13].;36(3):e00019620. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n3/e00019620/.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus – Linha do Tempo [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: https://coronavirus. saude.gov.br/linha-do-tempo/#fev2020.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 abr 7]. 24 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf.

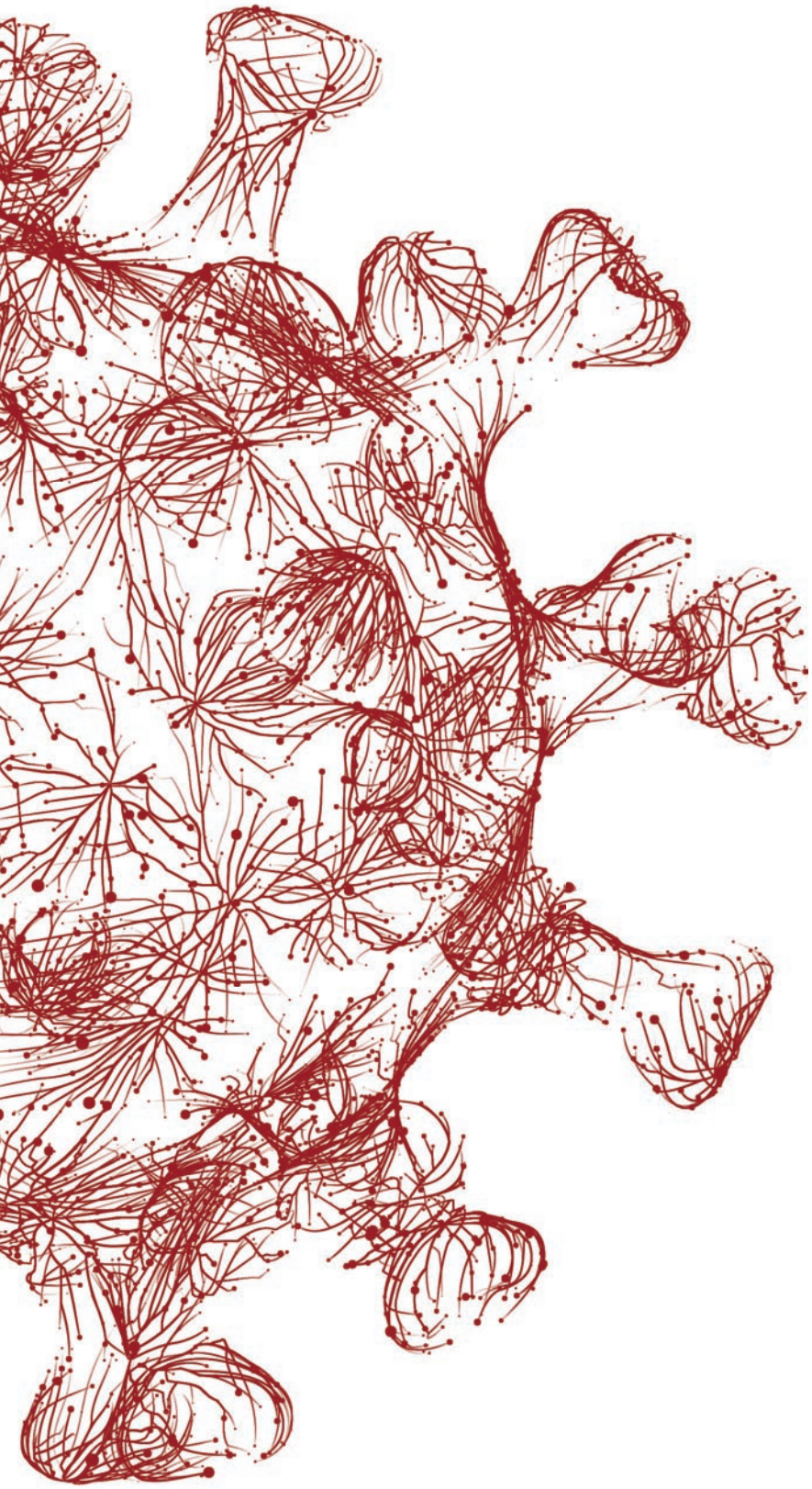
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 abr 7]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional.

9. Rossi RC, Silva SA. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de COVID-19. Espaço e Economia [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 06];9(18). Disponível em: https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776.

10. 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.

11. Frente Pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia do COVID-19 [Internet]. Versão 2, 15 jul 2020 [acesso 2020 out 06]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf.

12. Silva FC. Estudos comparados como método de pesquisa: a escrita de uma história curricular por documentos curriculares. Rev Bras Educ. 2016;21(64):209-24. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-24782016216411.



INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA AUXILIAR EM DECISÕES SOBRE COVID-19

Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho[1]

Resumo: Algoritmos preditivos de inteligência artificial (*machine learning*) têm o potencial de auxiliar em decisões clínicas e administrativas em todos os momentos do contato do paciente com o sistema de saúde. Esse conjunto de técnicas pode ser especialmente importante no caso de uma nova doença como a COVID-19, em que ainda não existem protocolos bem estabelecidos para o seu enfrentamento. Este ensaio teve como objetivo avaliar o potencial de aplicação de algoritmos de *machine learning* durante a pandemia de COVID-19. Foram identificadas quatro áreas de atuação em que artigos científicos foram publicados: aprendizado não supervisionado, processamento de linguagem natural, visão computacional e dados estruturados. O grande desafio do uso de algoritmos de *machine learning* em uma doença nova é ter uma rápida disponibilidade dos dados. O Brasil possui bons sistemas de informação de saúde que poderiam ser muito utilizados em inteligência artificial, caso possuíssem uma integração de seus dados, permitindo o acompanhamento longitudinal dos pacientes. Em conclusão, algoritmos de *machine learning* têm sido bastante utilizados durante a pandemia de COVID-19 e têm o potencial de melhorar profundamente o sistema de saúde brasileiro por meio de melhores decisões clínicas e administrativas.

Palavras-Chave: COVID-19. Inteligência Artificial. *Machine Learning*. Diagnóstico. Prognóstico.

1 Possui graduação em Economia pela USP, doutorado em Saúde Pública pela USP e pós-doutorado pela Universidade de Harvard. É Professor Livre Docente da Faculdade de Saúde Pública da USP e diretor do Laboratório de *Big Data* e Análise Preditiva em Saúde (LABDAPS). Lattes: http://lattes.cnpq.br/5517850224634709. alexdiasporto@usp.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/39gBMeu

1. INTRODUÇÃO

Algoritmos preditivos de inteligência artificial, conhecidos como *machine learning*, são hoje utilizados em diversas áreas e estão muito mais presentes no nosso dia a dia do que as pessoas imaginam. Em todos os momentos em que decisões inteligentes e automáticas precisam ser tomadas, existe a participação direta de algoritmos de *machine learning*, como na ordenação de posts em redes sociais, na sugestão de rotas de tráfego de carros, no ranqueamento de sites em mecanismos de buscas, na personalização de propagandas de sites, entre muitas outras.

O sucesso do uso desses algoritmos por parte de empresas de tecnologia e no sistema financeiro tem incentivado a sua aplicação em áreas de maior impacto social, como é o caso da saúde. Pesquisas recentes têm demonstrado o potencial do uso de inteligência artificial para melhorar decisões clínicas e administrativa em saúde, como na alocação de leitos de hospital [1], na identificação de risco de óbito de pacientes [2], no diagnóstico de doenças como câncer de mama e diabetes [3-4], e na identificação de políticas públicas de sucesso em saúde [4].

Algoritmos de *machine learning* aprendem a tomar decisões inteligentes a partir de regras desenvolvidas por meio de dados. Por exemplo, se o objetivo foi criar um algoritmo que consiga auxiliar os médicos a predizer o risco de pacientes terem um infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 5 anos, seria necessário inicialmente um banco de dados com características de pacientes acompanhados por 5 anos em que uma parte teve IAM, e outra, não. Com esses dados, o algoritmo conseguiria aprender sobre as características dos pacientes que levam à incidência do infarto nesse período.

O interessante dos algoritmos de *machine learning* é que conseguem aprender padrões complexos para a tomada de decisão, o que é fundamental em áreas como a saúde. Existe uma

tendência histórica na área em focar em "fatores de risco" para estabelecer probabilidades individuais de desfechos adversos de saúde, o que é uma simplificação da realidade. Embora alguns grupos de indivíduos sejam, de fato, mais propensos a desenvolver doenças do que outros, existem muitas exceções em ambos os lados, o que pode levar tanto a diagnósticos tardios quanto a intervenções clínicas desnecessárias.

É importante, assim, modelar a complexidade *individual* de fatores que levam aos problemas graves de saúde. A flexibilidade dos algoritmos de *machine learning* permite o desenvolvimento de regras que entendam os detalhes da interação entre características individuais que podem levar à incidência de doenças ou mesmo ao óbito. A existência de bancos de dados com informações sobre centenas, milhares e até milhões de pacientes é fundamental para o desenvolvimento de algoritmos cada vez mais inteligentes.

2. BIG DATA EM SAÚDE

Uma das consequências de vivermos em um mundo cada vez mais digital é que os nossos dados são continuamente registrados. Isso pode ser um problema em diversas áreas, mas, no caso da saúde, existe um potencial imenso de utilizar essa informação para melhorar diagnósticos e intervenções médicas. Por exemplo, aparelhos individuais portáteis, como celulares e relógios inteligentes, podem coletar informações para auxiliar na identificação precoce de problemas de saúde, como fibrilação atrial e tremores em pacientes com Alzheimer [5-6].

No sistema de saúde, nossos dados são também coletados continuamente desde o primeiro momento de contato com o sistema. Na recepção, são frequentemente coletadas informações como sexo, idade, estado civil e presença de doenças. Durante a consulta clínica, são registradas novas informações relacionadas com o motivo específico da consulta. Por fim, os exames clínicos e laboratoriais e a maioria das informações dos procedimentos realizados são também registrados.

Essa imensa quantidade de dados não tem muito valor se ficar apenas armazenada em um repositório. O *big data* passa a ser importante quando é utilizado para melhorar decisões, e a melhor forma de fazer isso é por meio da aplicação de técnicas de *machine learning*. O interessante desse conjunto de técnicas é que não estão presas a qualquer paradigma, apenas em tirar a melhor informação possível dos dados. Ou seja, se aparecer uma nova estratégia de retirar informações relevantes dos dados, isso automaticamente é incorporado pela área e se torna, em efeitos práticos, uma nova técnica de *machine learning*.

Essa flexibilidade dos algoritmos de inteligência artificial é o motivo pelo qual a área não será substituída por outra, mas irá sempre incorporar novos algoritmos e estratégias para tirar informações relevantes dos dados. Devido ao crescimento recente de *machine learning*, a área tem de fato desenvolvido novas técnicas nos últimos anos que têm contribuído para o seu rápido crescimento e aplicabilidade recente, como será analisado na sequência.

3. COVID-19 E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Com o aparecimento de uma nova doença de dimensões globais, nada mais natural que algoritmos de inteligência artificial sejam utilizados para auxiliar em decisões em um problema em que não existem ainda protocolos bem estabelecidos. Por outro lado, o grande desafio do uso imediato de inteligência artificial em uma nova doença é que não existem dados disponíveis para treinar os algoritmos. Isso foi um motivo de frustração inicial para pessoas de fora da área, que esperavam uma resposta mais imediata da área de inteligência artificial contra a pandemia, mas que inicialmente não foi possível.

Com a inevitável disponibilidade de dados sobre COVID-19, rapidamente começaram a aparecer artigos científicos que analisaram o potencial prático de algoritmos de *machine learning* para auxiliarem em decisões sobre a doença. Na sequência deste ensaio, foi feita uma análise da literatura para identificar as diferentes áreas de atuação dessas técnicas na pandemia de COVID-19.

4. MÉTODOS

Foi feita uma revisão da literatura com as palavras "COVID-19" e "*machine learning*" nas bases do PubMed e Google Scholar até o dia 5 de outubro de 2020 para artigos científicos publicados em 2020. Foram selecionados artigos publicados exclusivamente em inglês e que tenham realizado análise de dados, excluindo-se revisões, artigos de comentários e cartas ao editor.

Estudos sobre COVID-19 podem também ser classificados como outros da área de *machine learning* em não supervisionados, processamento de linguagem natural, visão computacional e análise de dados estruturados. Foram selecionados artigos científicos representativos de cada uma dessas áreas específicas para demonstrar o potencial de aplicação de algoritmos de *machine learning* na pandemia de COVID-19.

5. RESULTADOS

5.1 ALGORITMOS NÃO SUPERVISIONADOS EM COVID-19

Estudos de *machine learning* são considerados como não supervisionados quando não existe um resultado específico (ou rótulo) que se quer predizer ou acertar. Nesses casos, o objetivo é encontrar padrões gerais nos dados sem uma resposta necessariamente correta, como no caso da redução de dimensão ou na identificação de agrupamentos (*clusters*). Algumas das técnicas mais comumente utilizadas são a análise de componentes principais (para a redução de dimensão) e o *k-means clustering* (para a identificação de agrupamentos).

Foram identificados diversos artigos que procuram agrupar casos ou regiões segundo características de infecção de COVID-19. Um estudo com seia mil pacientes diagnosticados com a doença em Nova York procurou agrupamentos de pacientes com características semelhantes com o objetivo de, no futuro, sugerir tratamentos específicos para cada grupo [7]. Os autores identificaram um total de quatro *clusters*, sendo que dois deles eram compostos por pacientes mais graves com alto predomínio de comorbidades.

De forma semelhante ao anterior, mas utilizando dados agregados, um artigo de Khmaissia et al. [8] realizou um agrupamento de *ZIP Codes* (equivalente ao CEP no Brasil) de domicílios de Nova York com o objetivo de identificar locais com características semelhantes em relação ao grau de disseminação de casos de COVID-19. Os autores identificaram seis *clusters*, sendo que aqueles com maiores taxas de aumento diário de COVID-19 eram também aqueles com maior mobilidade e escolaridade.

5.2 PROCESSAMENTO DE LINGUAGEM NATURAL EM COVID-19

Algoritmos de processamento de linguagem natural (ou *Natural Language Processing*, NLP, em inglês) são os que realizam análises e interpretações de linguagem humana. Na área da saúde, são frequentemente utilizados para retirar informações relevantes das partes de escrita livre dos prontuários eletrônicos. Algumas das técnicas mais comuns envolvem algoritmos de *deep learning*, com grande crescimento recente dos *transformers*, que são a base dos GPT-X, uma das novidades mais promissoras de *machine learning* dos últimos anos [9].

Um artigo de Li et al. (2020) [20] analisou *tweets* relacionados com a COVID-19 para realizar uma análise de sentimentos, categorizando cada mensagem em um dos sentimentos: raiva, antecipação, nojo, medo, alegria, tristeza, surpresa e confiança. O estudo encontrou uma considerável variação de sentimentos relativos à COVID-19 em diferentes fases do combate ao vírus, sendo que a palavra "máscara" (*mask*) esteve mais associada a antecipação e confiança, enquanto "*lockdown*" esteve mais associado a medo e tristeza.

Uma análise de textos gerados em consultas de telemedicina nos Estados Unidos [11] permitiu identificar um excesso de menções sobre cheiro e gosto entre pacientes com diagnóstico positivo para COVID-19. Apesar de serem sintomas já bem estabelecidos de COVID-19, os algoritmos poderão ser rapidamente aplicados em novos contextos.

5.3 VISÃO COMPUTACIONAL EM COVID-19

A área com provavelmente mais estudos de inteligência artificial em saúde tem sido a de visão computacional. Apesar de representar uma parte relativamente pequena dos dados gerados em saúde, o processamento de imagens tem sido um desafio histórico da área de ciência da computação e, consequentemente, da inteligência artificial.

Um dos grandes marcos de *machine learning* foi a performance da AlexNet no desafio da ImageNet em 2012 [12], considerado por muitos pesquisadores o momento responsável pelo rápido crescimento da área nos últimos anos. Hoje os algoritmos mais utilizados para dados de imagem são os de *deep learning*, principalmente as redes convolucionais.

Desde o início da pandemia, um grande número de iniciativas foi criado para utilizar redes convolucionais em imagens de raio-x e, com isso, identificar o risco da presença de COVID-19 e a sua severidade. Um estudo de 4.575 imagens de raio-x, incluindo 1.525 casos de COVID-19, utilizou redes convolucionais e algoritmos de *long short-term memory* (LSTM) para identificar casos de COVID-19 com alta performance preditiva [13]. Outro estudo semelhante utilizou dados públicos de radiografias e, após realizar um pré-processamento de imagens de duas fases, também encontrou uma boa performance dos algoritmos de redes convolucionais para identificar tanto a presença de pneumonia induzida por COVID-19 quanto a sua severidade [14].

Um estudo de Loey et al. [15] utilizou três bancos de dados de imagens de rostos humanos para treinar algoritmos híbridos de *deep learning* que identificassem o uso de máscara, uma medida preventiva importante durante a atual pandemia. Os algoritmos desenvolvidos por esse estudo têm o potencial de auxiliar empresas a identificarem a presença de um funcionário ou cliente sem máscara em um local com baixa circulação de ar.

Um estudo realizado na China utilizou vídeos para identificar diferentes padrões respiratórios de interesse clínico [16]. Os resultados indicaram que os algoritmos de *deep learning* conseguiram categorizar seis padrões respiratórios diferentes, o que aponta o seu potencial de identificar também casos de COVID-19 (apesar de esses dados ainda não estarem disponíveis para os autores).

5.4 DADOS ESTRUTURADOS EM COVID-19

Os dados mais comumente coletados na área da saúde são aqueles conhecidos como dados estruturados, e podem ser definidos como tipos de dados que podem ser facilmente representados por meio de uma planilha, ou contrário de imagens e textos cuja transformação em colunas e linhas não é tão natural. Exemplos de dados estruturados em saúde incluem características demográficas e socioeconômicas, sinais vitais (como frequência cardíaca e respiratória), fatores de risco (como obesidade e tabagismo) e resultados de hemograma (como número de leucócitos e basófilos).

Por serem dados coletados de rotina na maioria dos hospitais e em boa parte dos atendimentos clínicos, o potencial do uso de dados estruturados para melhorar decisões em saúde é bastante alto. À medida que mais grupos de pesquisa em saúde forem trabalhando com inteligência artificial (em vez de grupos de computação trabalhando com saúde, como ainda é mais frequente atualmente), é esperado um aumento considerável no número de pesquisas publicadas com dados estruturados.

Durante a pandemia de COVID-19, foram publicados diferentes estudos que usam dados estruturados para predizer o risco de diagnóstico e prognóstico de COVID-19. O nosso grupo de pesquisa na Faculdade de Saúde Pública da USP publicou, em abril, o primeiro estudo que encontrou que é possível utilizar *machine learning* para predizer o risco de diagnóstico de COVID-19 utilizando apenas dados de sexo, idade e hemograma [17]. Apesar do pouco número de casos do estudo (235 pacientes, sendo que 104 desses com COVID-19), os algoritmos conseguiram uma boa performance preditiva, com uma área abaixo da curva ROC de 0,85, sensibilidade de 0,68 e especificidade de 0,85 nos dados de teste.

Outra área de interesse de aplicações de *machine learning* para dados rotineiramente coletados é para a predição de risco de prognóstico negativo de pacientes. Um estudo que analisou dados de pacientes com COVID-19 em Nova York utilizou apenas três características deles (idade, saturação mínima de oxigênio e tipo de consulta) para desenvolver algoritmos com alta performance para predizer risco de óbito (AUC = 0,91) [18]. Resultados de performance semelhantes foram obtidos pelo nosso grupo de pesquisa utilizando dados de pacientes de São Paulo [19].

6. DISCUSSÃO

Este ensaio apresentou algumas das muitas possibilidades de utilização de *machine learning* em COVID-19. Outra possível área de atuação desses algoritmos seria para, de fato, evitar uma nova pandemia. Isso poderia ser feito por meio da rápida identificação da presença de uma nova doença infecciosa, seguida de um imediato *lockdown* da região afetada. Algoritmos de *machine learning* podem auxiliar nessa identificação, em primeiro lugar, por meio do monitoramento de redes sociais para identificar rápidos aumentos de queixas de sintomas infecciosos em determinadas regiões. Outra opção é analisar continuamente sintomas e resultados de exames registrados em consultas médicas e, com isso, identificar excesso de casos anômalos indicativos de uma nova doença.

Como mencionado anteriormente, o objetivo dos algoritmos de *machine learning* é estabelecer regras para a tomada de decisão a partir dos dados disponíveis. Assim, o fato de a área não estar presa a nenhum paradigma, estando apenas interessada em decisões inteligentes a partir de dados, traz a certeza de que ela não será substituída ou superada por outras áreas. Se novas estratégias forem desenvolvidas que permitam melhores decisões, essas técnicas serão rapidamente incorporadas dentro da área de *machine learning*.

Essa abertura que *machine learning* tem em relação a novas técnicas que possam mudar completamente a área fica evidente nas suas possíveis aplicações na pandemia de COVID-19 apresentadas nesta revisão. Para cada desafio diferente, existe um conjunto de algoritmos que, empiricamente, tem tomado melhores decisões. Por exemplo, no caso de problemas de imagem, têm sido as redes convolucionais; para dados estruturados, os algoritmos de árvores (como *gradient boosting trees, catboost* e *lightGMB*), e para a análise de linguagem natural, cada vez mais,

os *transformers*. O domínio desses algoritmos em cada área está sujeito a mudanças rápidas, como no caso dos *transformers*, que adquiriram proeminência apenas a partir do último ano.

Além dos avanços técnicos no desenvolvimento dos algoritmos e no aparecimento de novas estratégias de otimização, o rápido aumento recente da coleta de dados (*big data*) e os avanços em capacidade computacional (que tornam o aprendizado dos algoritmos mais rápidos) irão garantir o contínuo aumento da área de inteligência artificial ao longo das próximas décadas. Apesar de, às vezes, parecer que temos ouvido e lido bastante na mídia sobre inteligência artificial, tudo indicado que isso só irá aumentar no futuro próximo.

Como identificado nesta revisão, algoritmos de *machine learning* podem ser aplicados para COVID-19 em todas as áreas em que dados são coletados, como no caso de imagens, vídeos, texto e resultados de exames laboratoriais. Historicamente, esses algoritmos têm sido mais aplicados em saúde para predizer o risco de diagnóstico e prognóstico de doenças, mas podem também ser utilizados para a identificação de padrões mais gerais, como na categorização de regiões de alto risco de transmissão da doença ou na identificação de padrões respiratórios característicos da presença de COVID-19.

7. PERSPECTIVAS FUTURAS

Algoritmos de inteligência artificial já são uma realidade nas áreas em que existe uma centralização na coleta de dados, como em redes sociais e mecanismos de buscas. Na área da saúde, por outro lado, a realidade para a maioria dos países é ainda um sistema de coleta e armazenamento de dados fragmentado e sem interface comum para a extração de informações.

O Brasil possui um ótimo sistema de informações de saúde, como no caso de nascimentos (Sinasc), internações hospitalares (SIH) e óbito (SIM), mas ainda existem dois problemas importantes. O primeiro, referente ao sistema de internações hospitalares, é que são apenas registrados os exames realizados (por exemplo, hemograma completo), mas não os seus resultados (por exemplo, o valor da dosagem dos leucócitos do hemograma).

Além disso, o principal problema dos sistemas de informação em saúde brasileiros é a sua falta de integração. Temos hoje dados disponíveis de nascimentos e óbitos, por exemplo, mas não se sabe se a pessoa que nasceu com determinada característica é aquela mesma que morreu algum tempo depois. Os bancos de dados de saúde são, portanto, independentes, e não existe ainda um acompanhamento dos pacientes ao longo dos seus diversos contatos com o sistema de saúde.

Com a disponibilidade de informações longitudinais dos pacientes, será possível treinar algoritmos de *machine learning* para predizer diversos desfechos de saúde, como risco de óbito, incidência de novas doenças e probabilidade de deterioração clínica. A existência de registros nacionais, como o Cadastro de Pessoa Física (CPF), facilita a possibilidade de integração das bases de dados, mas exigirá um esforço ativo por parte do Ministério da Saúde, além de todos os cuidados necessários com a privacidade dos dados.

Algoritmos de *machine learning* são, em geral, gratuitos para o uso e desenvolvimento, o que torna esse conjunto de técnicas custo-efetivas se comparadas com a maioria das novas tecnologias em saúde. O Brasil possui também o conhecimento técnico de ponta em inteligência artificial desenvolvido por laboratórios das melhores universidades brasileiras. Atualmente, o que falta para a aplicação profunda dos algoritmos no sistema de saúde brasileiro, e, com isso, melhorar decisões clínicas e administrativas, é a disponibilidade de dados longitudinais de qualidade em saúde.

8. CONCLUSÃO

A inteligência artificial tem a capacidade de melhorar decisões clínicas e administrativas em diversas áreas da saúde, principalmente no caso de uma nova doença como a COVID-19. O grande desafio, entretanto, é a disponibilidade de dados em quantidade suficiente para os algoritmos aprenderem a tomar decisões inteligentes. Com o aumento da coleta de dados sobre COVID-19, esses algoritmos têm sido cada vez mais utilizados para o diagnóstico e prognóstico da doença, em áreas como visão computacional, processamento de linguagem natural e dados estruturados.

Com o aumento da coleta de dados de saúde e com a possibilidade de acompanhamento longitudinal de pacientes, esses algoritmos vão ser cada vez mais utilizados para decisões na área da saúde, trazendo o potencial de diminuição de desperdícios e de erros diagnósticos, e melhorando, assim, tanto a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde quanto a saúde de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Daghistani, et al. Predictors of in-hospital length of stay among cardiac patients: A machine learning approach. Int J Cardiol. 2019;(288):140-147.
2. Santos HG, et al. Machine learning para análises preditivas em saúde: exemplo de aplicação para predizer óbito em idosos de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso 2020 nov 23];35(7):e00050818. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000109001&script=sci_arttext.
3. Munir K, et al. A Cancer Diagnosis Using Deep Learning: A Bibliographic Review. Cancers. 2019;11(9):1235. doi: https://doi.org/10.3390/cancers11091235.
4. Samant P, Agarwal R. Machine learning techniques for medical diagnosis of diabetes using iris images. Comput Meth Prog Bio. 2018;157:121-128. doi: https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2018.01.004.
5. Wasserlauf J, et al. Smartwatch Performance for the Detection and Quantification of Atrial Fibrillation. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2019;12(6):e006834. doi: https://doi.org/10.1161/CIRCEP.118.006834.
6. López-Blanco R, et al. Smartwatch for the analysis of rest tremor in patients with Parkinson's disease. J Neurol Sci. 2019;401:37-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.04.011.
7. Cui W, et al. Unsupervised Machine Learning for the Discovery of Latent Clusters in COVID-19 Patients Using Electronic Health Records. Stud Health Technol Inform [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 23];272:1-4. Disponível em: http://ebooks.iospress.nl/volume/the-importance-of-health-informatics-in-public-health-during-a-pandemic.
8. Khmaissia F, et al. An Unsupervised Machine Learning Approach to Assess the ZIP Code Level Impact of COVID-19 in NYC. Arxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 25];3:2006.08361. Disponível em: https://arxiv.org/pdf/2006.08361.pdf.
9. Brown TB, et al. Language models are few-shot learners. Arxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 25];4:2005.1415. Disponível em: https://arxiv.org/pdf/2005.14165.pdf.
10. Li I, et al. What are We Depressed about When We Talk about COVID 19: Mental Health Analysis on Tweets Using Natural Language Processing. Arxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 25];3:2004.10899. Disponível em: https://arxiv.org/pdf/2004.10899.pdf.
11. Obeid JS, et al. An artificial intelligence approach to COVID-19 infection risk assessment in virtual visits: A case report. J Am Med Inform Assoc. 2020;27(8):1321-1325.

12. Krizhevsky A, et al. ImageNet Classification with Deep Convolutional Neural Networks. NIPS [Internet]. 2012 [acesso 2020 nov 25]. Disponível em: https://papers.nips.cc/paper/2012/file/c399862d3b9d6b76c8436e924a68c45b-Paper.pdf.

13. Islam MZ, Islam MM, Asraf A. A combined deep CNN-LSTM network for the detection of novel coronavirus (COVID-19) using X-ray images. Inform Med Unlocked. 2020. 20:100412.

14. Heidari M, et al. Improving the performance of CNN to predict the likelihood of COVID-19 using chest X-ray images with preprocessing algorithms. Int J Med Inform. 2020;144:104284.

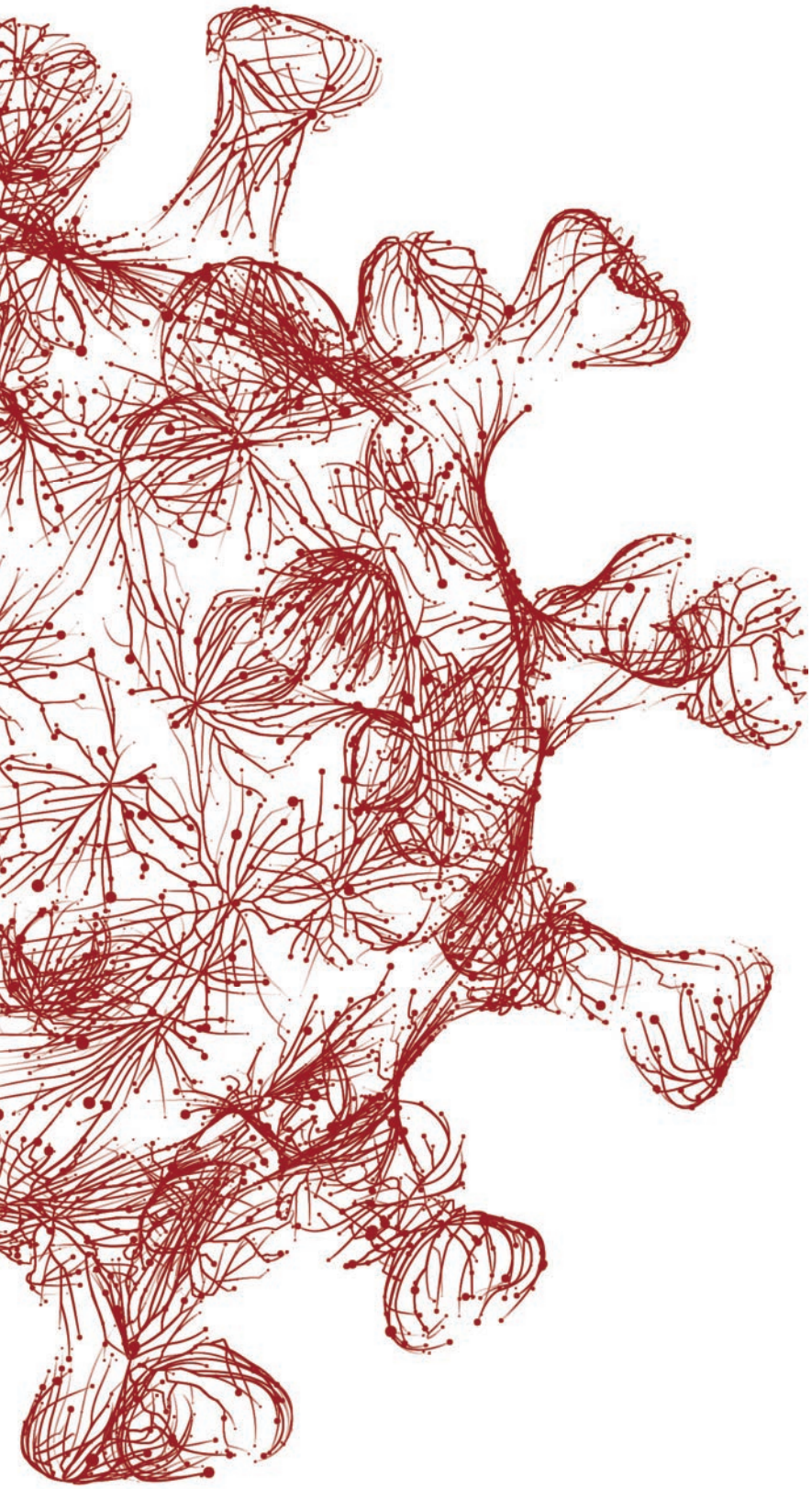
15. Loey M, et al. A hybrid deep transfer learning model with machine learning methods for face mask detection in the era of the COVID-19 pandemic. Measurement [Internet]. 2021 [acesso 2020 nov 25];167:108288. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386450/.

16. Wang Y, et al. Abnormal respiratory patterns classifier may contribute to large-scale screening of people infected with COVID-19 in an accurate and unobtrusive manner. Arxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 25];1. Disponível em: https://arxiv.org/pdf/2002.05534.pdf.

17. Batista AFM, et al. COVID-19 diagnosis prediction in emergency care patients: a machine learning approach. MedRxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 25]. Disponível em: https://doi.org/10.1101/2020.04.04.20052092.

18. Yadaw AS, et al. Clinical features of COVID-19 mortality: development and validation of a clinical prediction model. Lancet Digit Health. 2020;2(10):e516-e525. doi: https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30217-X.

19. Fernandes FT, et al. A multipurpose machine learning approach to predict COVID-19 negative prognosis in Sao Paulo, Brazil. MedRxiv. 2020. Preprint [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.26.20182584v1.



DECISÕES DE GESTÃO: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM REDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Arthur Chioro[1]

Resumo: O enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil foi marcado pela conjugação de crises de ordem política, sanitária e social. A resposta conduzida sem coordenação adequada pelo Ministério da Saúde teve como resultado elevado número de casos e óbitos e foi centrada no hospital (com suas UTI e respiradores) como praticamente o melhor e único local para tratamento. Partindo da análise das estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS) e das insuficiências da resposta brasileira ao novo coronavírus, o presente capítulo busca analisar as estratégias e as dificuldades encontradas para enfrentar o aumento expressivo da demanda de leitos para COVID-19. Identifica que o primeiro grande desafio a ser transposto na organização da atenção hospitalar foi o tecnológico, para garantir o acesso. A segunda barreira enfrentada foi a dos recursos humanos. Um terceiro aspecto crítico diz respeito ao desabastecimento. Um quarto está diretamente relacionado com o financiamento e a sustentabilidade das redes de saúde e das organizações hospitalares. Procura analisar os impactos sobre a rede hospitalar privada. Por fim, explora as lições que ficaram dos primeiros meses de enfrentamento e reflete, ainda que inconclusivamente, caminhos para um cenário pós-pandemia, com centralidade para a defesa e fortalecimento do SUS como política pública.

Palavras-Chave: COVID-19. Sistemas de Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Hospitais. Gestão Em Saúde.

1 Médico sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva. Ex-Ministro de Estado da Saúde (2014-2015). Professor do Departamento de Medicina Preventiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Lattes ID: http://lattes.cnpq.br/9454572596499303. Orcid ID: https://orcid.org/0000-0001-7184-2342. arthur.chioro@unifesp.br

Pelas contribuições e aportes para a análise do impacto da pandemia de COVID-19 sobre a organização da atenção hospitalar, meus agradecimentos a Rita Catanelli (Conass), Daniel Beltrammi (SES-PB), Cristian Guimarães (SES-RS), Francisco Balestrin (CBEXS), Francisco Braga (Observatório Hospitalar ENSP/Fiocruz), Nilton Pereira Jr. (HU-UFU), Morris Pimenta (UnaSUS-Unifesp), Ana Paula Sóter (Assessoria Técnica do Senado Federal) e à equipe de direção do Hospital Santa Marcelina (SP) e do Lascol (Unifesp).

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3osTNfT

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem apenas 2,7% da população global, mas notificou, até 10 de outubro de 2020, 13,4% dos casos e 13,9% dos óbitos registrados no mundo por SARS-CoV-2, agente etiológico causador da COVID-19, como foi denominado o novo coronavírus [1]. Foram necessários sete meses, mais de 5 milhões de casos confirmados e 150 mil óbitos para, finalmente, perceber tendência de declínio de casos e óbitos, ainda que não seja possível afirmar que a situação está sob controle. Esses dados escondem a enorme subnotificação, pois, durante meses, só os casos graves foram testados, e muitos óbitos suspeitos seguem sem causas conhecidas atribuídas [2].

Projeções do Ministério da Saúde (MS) indicavam que o pico da curva seria atingido em julho [3], mas o comportamento assíncrono da COVID-19 em distintas regiões do Brasil, as fragilidades observadas na resposta brasileira e os profundos impactos econômicos e sociais daí advindos fizeram com que a pandemia se estendesse e assumisse contornos de tragédia nacional, tornando-se a mais grave e complexa crise sanitária enfrentada pelo país em toda sua história, e com a qual teremos que conviver até que se tenha garantido o acesso à imunização com vacina eficaz, segura e cobertura populacional significativa.

Tal situação é decorrência da conjugação de três dimensões críticas:

a) A crise política, derivada da postura negacionista do governo federal e, em particular, do presidente da república, que se colocou como o principal opositor das diretrizes sanitárias da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e do próprio MS, ao desconsiderar a adoção de medidas não medicalizantes, como o isolamento social e o uso de máscaras, estimular o uso de medicamento sem eficácia comprovada, exortar seus apoiadores para que o seguissem e transformar a condução do enfrentamento da pandemia em disputa política com governadores e prefeitos [4];

b) A desigualdade social estrutural e a inefetividade dos programas de suporte financeiro destinados às populações vulneráveis, empresas e entes subnacionais (municípios e estados), que resultou em um processo de "periferização" da pandemia, acometendo e matando, desigualmente, os brasileiros mais pobres [5];

c) Os graves erros no enfrentamento sanitário da pandemia, que resultaram numa resposta inicialmente concentrada na busca frenética por respiradores e ampliação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), desconsiderando a perspectiva de produção de uma ação coordenada entre as áreas de vigilância e assistência, capaz de acionar e operar de forma integrada os diferentes pontos das redes de atenção à saúde (RAS) em cada uma das 438 regiões de saúde constituídas no país, que deveria ser base para o planejamento e a ação interfederativa.

Este terceiro ponto será destacado e brevemente analisado no próximo tópico, em particular porque implica diretamente a organização da atenção hospitalar, objeto central desse capítulo, que tem por objetivo, considerando as estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS), relatar as estratégias e dificuldades encontradas para enfrentar o aumento expressivo da demanda de leitos de urgência e emergência, apontar caminhos para um cenário pós-pandemia e as lições que ficaram dos primeiros meses de enfrentamento.

Na elaboração do capítulo, produzido em forma de um estudo misto, descritivo e analítico, de caráter ensaístico, utilizaram-se fontes de dados secundários oriundas do MS – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES MS) e Painel de Leitos SRAG/UTI COVID-19 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Para além das investigações conduzidas pelo autor, a partir da Linha de Pesquisa "Gestão do Trabalho e do Cuidado e(m) Saúde", do Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol): Política Planejamento e Gestão (Unifesp), procurou-se também capturar percepções e análises de atores que atuam em secretarias estaduais e municipais de saúde de diferentes estados diretamente na gestão do sistema hospitalar, regulação e planejamento, bem como de dirigentes de entidades nacionais de gestores hospitalares públicos e privados e investigadores da área de gestão hospitalar vinculados a outras universidades e instituições públicas.

2. GRAVES ERROS NO ENFRENTAMENTO SANITÁRIO DA PANDEMIA

A resposta sanitária brasileira à COVID-19 tem sido marcada por insuficiências e descoordenação. O governo federal não respeitou o pacto federativo, eximindo-se de suas responsabilidades na coordenação nacional do SUS e no enfrentamento da pandemia, transferindo-as para estados e municípios. Cumpre de forma insatisfatória a cooperação técnica e financeira com os entes subnacionais, tema de grande relevância ao se considerar a dimensão populacional e continental do país e sua estrutura político-administrativa, que atribui responsabilidades comuns aos entes federados [6].

Reflexo dessa atuação é a incapacidade de prover a Rede de Laboratórios de Saúde Pública de meios necessários para garantir testagem diagnóstica em quantidade e velocidade suficientes, o que faz com que o Brasil apresente um dos mais baixos índices de testagem por milhão de habitantes [1]. Não foram desenvolvidas estratégias de comunicação social direcionadas a orientar e mobilizar os diferentes segmentos da sociedade. A dependência e as fragilidades na cadeia produtiva nacional da saúde impuseram enormes dificuldades na aquisição de equipamentos, medicamentos e material médico-hospitalar, gerando graves situações de desabastecimento. A condução anticientífica do MS chegou ao ponto de produzir protocolos e distribuir medicamentos sem eficácia e segurança garantidas. Tentou ainda produzir mudanças na sistemática de divulgação dos dados referentes à pandemia como uma estratégia de ocultação de informações e da real situação epidemiológica, o que só não se concretizou graças ao protagonismo e compromisso do Conass com a transparência, posição sustentada também por um consórcio formado pelos principais meios de comunicação do país que se responsabilizaram pela vigilância dos dados.

Não houve uma clara determinação do papel reservado à atenção básica em tempos de pandemia. A população foi orientada a buscá-la apenas para a vacinação contra Influenza. Tampouco foi designado o papel de identificação e manejo dos infectados, já que mais de 80% dos casos são assintomáticos ou leves e deveriam ser acompanhados na rede básica ou nas próprias comunidades, cabendo à atenção básica papel estratégico no isolamento e busca de novos contactantes infectados.

Alguns fatores contribuíram significativamente para esse quadro. Como já mencionado, o MS não conseguiu garantir equipamentos de proteção individual (EPI) e testes para diagnósticos de biologia molecular (RT-PCR). Isso resultou na gestão da pandemia em contexto de subnotificação, a partir da notificação apenas de casos moderados/graves. A avaliação da taxa de transmissão e da distribuição temporal e espacial da doença, fundamentais para subsidiarem a tomada de decisões, ficaram profundamente comprometidas. Sem isso, restou aos usuários a oferta de serviços, em clima de pânico e desinformação, efetuada por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros e hospitais de campanha, reforçando o modelo assistencial tradicional, centrado no atendimento médico e hospitalar.

Aos poucos, a partir de esforços empreendidos por governos municipais e estaduais, a atenção básica foi encontrando seu espaço, com experiências exitosas e marcantes na identificação de casos e contactantes de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), aproximando as ações de vigilância e assistência. O uso de ferramentas digitais, geoprocessamento, aplicativos e teleconsultas se demonstrou efetivo na busca de casos e controle epidemiológico da COVID-19. A instalação de Centros de Acolhimentos e Isolamento para infectados assintomáticos e pacientes classificados como leves, e que não tinham condições de cumprir medidas de isolamento em função da precariedade das condições habitacionais em que vivem, demonstrou resultados significativos para o controle da taxa de transmissão. Ademais, pouco a pouco, foram sendo instituídos mecanismos de teleconsulta e telemonitoramento, o que permitiu a retomada do acompanhamento longitudinal dos usuários.

A demanda reprimida nesse período, o agravamento dos casos que ficaram sem cuidados efetivos por meses e os usuários que apresentam sequelas da COVID-19 e demandarão acompanhamento, todavia, já começam a se apresentar como um desafio para o SUS.

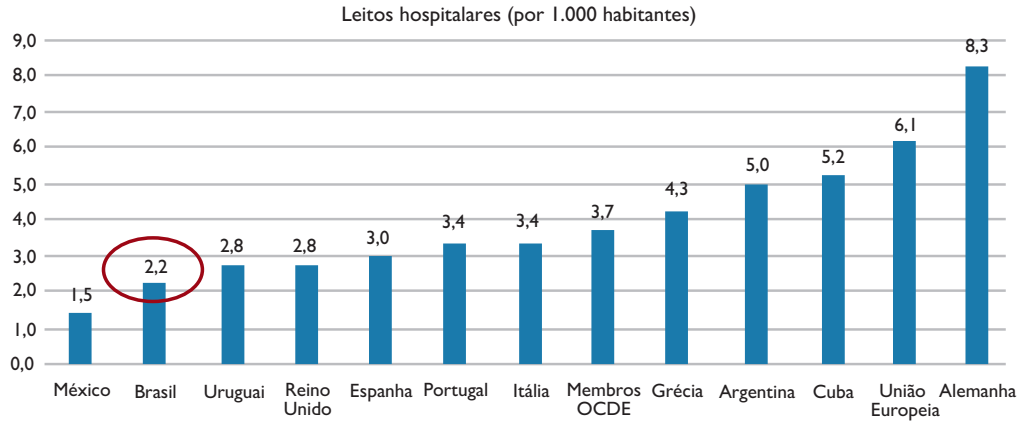
Na medida em que a atenção básica se portou (ao menos inicialmente) como um sujeito ausente e não conseguiu colocar suas equipes em campo, percepção compartilhada por muitos que atuam na gestão hospitalar e do SUS, a resposta brasileira à pandemia de COVID-19 dependeu fortemente das estruturas hospitalares, de tal forma que caricaturalmente pode ser denominada "UTI-respirador centrada".

3. ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES PARA ENFRENTAR O AUMENTO EXPRESSIVO DA DEMANDA DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O primeiro grande desafio a ser transposto na organização da atenção hospitalar foi o tecnológico, visando à garantia de acesso. As RAS e, em particular, os serviços de cuidados intensivos foram colocados à prova quando gestores estaduais e municipais foram instados a ampliar, em diminuto espaço de tempo, a disponibilidade de leitos hospitalares e de UTI.

Em janeiro de 2020, o Brasil contava com 7.921 estabelecimentos de saúde com atenção hospitalar, mas apenas 1.167 ofertavam leitos de UTI (14,7%). A rede hospitalar dispunha de 421.801 leitos, 292.579 destinados ao SUS (69,4%) e o restante ao setor privado não vinculado ao SUS [7]. A oferta total era, portanto, de 2 leitos por mil habitantes, mas de apenas 1,4 leito para cada mil habitantes, considerando-se os disponíveis para o SUS. Trata-se de um padrão de insuficiência histórico que se apresenta como um ponto crítico do SUS quando se compara o cenário brasileiro com o de outros países (**Gráfico 1**). Todavia, com a suspensão de atividades ambulatoriais, cirurgias e procedimentos eletivos, uma regulação mais criteriosa do acesso às internações clínicas e o temor da população em procurar serviços de saúde, foi possível destinar parcela significativa de enfermarias e leitos hospitalares já existentes para casos classificados como moderados ou oriundos de cuidados intensivos.

Gráfico 1. Distribuição de leitos hospitalares por mil habitantes: países selecionados, OCDE e União Europeia



Fonte: WHO. Disponível em https://data.worldbank.org/SH.MED.BEDS.ZS
Adaptado por Bruno Moretti (set/2020)

O cenário torna-se ainda mais desafiador quando se trata da disponibilidade de leitos complementares para cuidados críticos (UTI) nas diferentes regiões de saúde, marcados por um padrão de insuficiência e desigualdade [8].

Em fevereiro de 2020, o país contava com 32.016 leitos de UTI habilitados pelo SUS, conformando uma proporção de 1,5 leito por 10 mil habitantes, que se assemelha, em termos internacionais, a de países com padrões satisfatórios de serviços de saúde, ainda que aqui já fossem operados com uma taxa média de ocupação de 95%, ou seja, já sobrecarregados.

O mais grave, contudo, era a enorme desigualdade regional. A oferta de leitos de UTI na região Sudeste era 10 vezes maior do que na região Norte. Na própria região Sudeste, a diferença de oferta entre São Paulo e o Rio de Janeiro era expressiva. Daí o motivo pelo qual se observaram, nos primeiros meses da pandemia de COVID-19, cenas que refletiam dificuldades de acesso a leitos de UTI e mesmo de saturação de serviços hospitalares no Rio de Janeiro, em estados no Nordeste e principalmente da região Norte [9].

Ainda que a rede privada (não SUS) tivesse uma expressiva oferta de leitos de UTI (21.769) e um universo de clientes significativamente menor do que o do SUS, não foram desenvolvidas ações, como as observadas em outros países, notadamente na Espanha, que pudessem integrar a oferta pública e privada em uma única rede assistencial, regulada a partir das necessidades assistenciais identificadas pelas autoridades sanitárias. Além disso, a distribuição regional do setor privado não SUS é ainda mais desigual e concentrada nas capitais e nas grandes cidades e regiões metropolitanas da região Sudeste.

Os esforços empreendidos pelos gestores estaduais e municipais do SUS permitiram a ampliação, entre fevereiro e julho de 2020, de 12.586 leitos de UTI, o que corresponde a um crescimento da ordem de 39,5%, conforme observado na **Tabela 1**. Alguns estados tiveram expansão de leitos expressiva, como Espírito Santo (100,3%), Piauí (82,7%), Ceará (66,9%), Distrito Federal (62,7%), Rio Grande do Norte (57,9%), Santa Cataria (50,8%), Mato Grosso (48,7%) e Rondônia (44,6%). No período, apenas no Amapá houve diminuição do número de leitos (-2,2%).

Tabela 1. Quantidade de Leitos Total de UTI (Complementares) e Leitos de UTI Covid-19 disponíveis no SUS, por Unidade da Federação. Brasil, fevereiro e Julho de 2020.

Unidade da Federação	Total de Leitos de UTI em fev./20	UTI adulto II COVID-19*	UTI pediátrica II COVID-19*	Total de Leitos de UTI em jul./20	Variação Percentual (comparativo jul./fev.)
Rondônia	287	48	0	415	44,6
Acre	133	30	0	170	27,8
Amazonas	691	122	0	864	25,0
Roraima	87	10	5	102	17,2
Pará	1.081	290	14	1.555	43,8
Amapá	91	0	0	89	-2,2
Tocantins	235	36	12	316	34,5
Maranhão	784	178	0	1.047	33,5
Piauí	392	281	5	716	82,7
Ceará	1.243	553	21	2.075	66,9
Rio Grande do Norte	473	232	5	747	57,9
Paraíba	671	164	6	902	34,4
Pernambuco	1.404	396	20	1.923	37,0
Alagoas	488	130	5	623	27,7
Sergipe	348	44	0	398	14,4
Bahia	1.772	598	17	2.524	42,4
Minas Gerais	3.478	927	0	4.721	35,7
Espírito Santo	641	541	0	1.284	100,3
Rio de Janeiro	2.612	739	16	3.487	33,5
São Paulo	7.345	2.425	0	10.140	38,1
Paraná	2.303	585	35	2.910	26,4
Santa Catarina	1.027	512	11	1.549	50,8
Rio Grande do Sul	2.188	672	5	2.849	30,2

Unidade da Federação	Total de Leitos de UTI em fev./20	UTI adulto II COVID-19*	UTI pediátrica II COVID-19*	Total de Leitos de UTI em jul./20	Variação Percentual (comparativo jul./fev.)
Mato Grosso do Sul	403	144	3	585	45,2
Mato Grosso	487	179	20	724	48,7
Goiás	969	227	0	1.264	30,4
Distrito Federal	383	165	0	623	62,7
Total	32.016	10.228	200	44.602	39,3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def. Acesso em 15/09/20.
*Modalidade incluída no CNES a partir de março de 2020, em decorrência da pandemia por COVID-19

Tal expansão observada em período tão curto foi possível em virtude da ampliação de 10.228 leitos de UTI adultos e 200 de UTI pediátricos dedicados exclusivamente à COVID-19 no SUS.

O incremento de leitos SUS de UTI para COVID-19, todavia, foi ainda maior, pois outros 6.222 leitos de UTI, disponibilizados pelas três esferas de governo, não foram habilitados pelo MS. Dessa forma, a expansão da oferta para COVID-19 foi de 16.650 leitos de UTI, ainda que 37,4% estejam em operação sem habilitação. Isso implica que 42,4% dos leitos de UTI exclusivos para COVID-19 implantados pelos estados e 56,2% dos que foram operacionalizados pelos municípios não foram habilitados pelo MS (**Tabela 2),** tornando impreciso o número real de leitos disponíveis. Indica, sobretudo, que tal ampliação efetuada pelos gestores estaduais e municipais foi realizada sem a garantia de habilitação e suporte financeiro por parte do MS para o custeio dos novos leitos, públicos ou contratados. Cabe destacar que outros 3.397 leitos de UTI COVID-19 para o SUS foram implantados pelo setor privado não lucrativo, que correspondem a 20,4% da ampliação observada no período.

Já o setor privado (não SUS) habilitou 4.416 leitos de UTI para COVID-19. Destes, 3.298 leitos de UTI não SUS (74,7%) sob responsabilidade dos hospitais filantrópicos, embora não seja possível distinguir, a partir dos dados disponíveis no CNES, quantos são destinados ao setor privado e quantos ainda não foram habilitados pelo MS e que, neste caso, devem ser mantidos com recursos próprios das secretarias estaduais ou municipais de saúde **(Tabela 2).**

Tabela 2. Quantidade de Leitos Complementares (Exclusivo UTI COVID-19- Adulto e Pediátrica) cadastrados no CNES, segundo esfera jurídica. Brasil, julho de 2020

Esfera Jurídica	Leitos SUS habilitados	% SUS habilitados	Leitos SUS não habilitados	% SUS não habilitados	Leitos Não SUS	% Não SUS	Total existente
Administração Pública	6.383	50,6	6.222	49,4		-	12.605
.. Federal	220	39,4	339	60,6		-	559
.. Estadual ou Distrito Federal	3.718	57,6	2.734	42,4		-	6.452
.. Municipal	2.445	43,8	3.139	56,2		-	5.584
.. Outros	-	-	10	100,0		-	10
Entidades Empresariais	648	36,7		-	1.118	63,3	1.766
.. Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	242	74,2		-	84	25,8	326
.. Demais Entidades Empresariais	406	28,2		-	1.034	71,8	1.440
Entidades sem Fins Lucrativos	3.397	50,7		-	3.298	49,3	6.695
Total	10.428	49,5	6.222	29,5	4.416	21,0	21.066

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Leitos complementares Selecionados: UTI adulto II COVID-19, UTI pediátrica II COVID-19

Dessa forma, em julho de 2020, o Brasil passou a contar com 84.410 leitos de UTI, sendo 21.066 destinados à COVID-19 (25%) e 63.344 leitos de UTI (não COVID), apresentados na **Tabela 3**. O crescimento de leitos de UTI (de todos os tipos) foi da ordem de 165% e fez com que a oferta atual se elevasse para 3,98 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes.

Tabela 3. Quantidade de Leitos Complementares (Exceto UTI COVID-19) cadastrados no CNES, segundo esfera jurídica. Brasil, julho de 2020

Esfera Jurídica	Leitos SUS habilitados	% SUS habilitados	Leitos SUS não habilitados	% SUS não habilitados	Leitos Não SUS	% Não SUS	Total existente
Administração Pública	18.341	81,1	4.261	18,9	-	-	22.602
.. Federal	1.242	69,0	557	31,0	-	-	1.799

Esfera Jurídica	Leitos SUS habilitados	% SUS habilitados	Leitos SUS não habilitados	% SUS não habilitados	Leitos Não SUS	% Não SUS	Total existente
.. Estadual ou Distrito Federal	10.627	82,1	2.322	17,9	-	-	12.949
.. Municipal	6.431	82,3	1.382	17,7	-	-	7.813
.. Outros	41	100,0	-	-	-	-	41
Entidades Empresariais	2.811	13,7	-	-	17.674	86,3	20.485
.. Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	864	98,5	-	-	13	1,5	877
.. Demais Entidades Empresariais	1.947	9,9	-	-	17.661	90,1	19.608
Entidades sem Fins Lucrativos	13.022	64,3	-	-	7.235	35,7	20.257
Total	34.174	53,9	4.261		29.170	46,1	63.344

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Leitos complementares Selecionados: UTI adulto, UTI infantil, UTI neonatal, Unidade intermediária, Unidade intermediária neonatal, Unidade isolamento, UTI adulto I, UTI adulto II, UTI adulto III, UTI pediátrica I, UTI pediátrica II, UTI pediátrica III, UTI neonatal I, UTI neonatal II, UTI neonatal III, UTI de Queimados, UTI coronariana tipo II -UCO tipo II, UTI coronariana tipo III - UCO tipo III, Unidade de cuidados intermed neonatal convencional, Unidade de cuidados intermed neonatal canguru, Unidade de cuidados intermed pediátrico, Unidade de cuidados intermed adulto.

Esses dados são dinâmicos e tendem a oscilar conforme varia o comportamento epidemiológico da COVID-19. Considerando os valores envolvidos no custeio e a não habilitação pelo MS de parte considerável dos leitos em operação, é plausível que parte seja desmobilizado conforme diminui a taxa de ocupação e que passem a ficar ociosos.

Ao final de setembro de 2020, de acordo com o Painel de Leitos SRAG/UTI COVID-19, mantido pelo Conass e que procura suprir a lacuna deixada pela ausência do MS na coordenação e monitoramento da atenção hospitalar, o Brasil contava com 15.696 leitos de UTI COVID-19 [10]. Desse total, 58% encontravam-se sob gestão municipal; e 42%, estadual. Quanto à natureza jurídica, 49,7% eram leitos de UTI implantados pela administração pública, 43,4% por entidades sem fins lucrativos e 6,9% por entidades empresariais. Destaque-se que 9.753 leitos estavam habilitados, 451 desabilitados e 5.492 aguardavam habilitação do MS há mais de 3 meses (35%).

Não é possível, com os dados oficiais disponíveis, empreender análise similar à aqui efetuada para os leitos hospitalares que foram disponibilizados em todo o país pelas organizações hospitalares e que ficaram dedicados exclusivamente aos pacientes com COVID-19 que não necessitam de UTI ou para seguimento pós-alta para acolher aqueles que precisaram de cuidados críticos.

De acordo com o Observatório de Políticas e Gestão Hospitalar (Fiocruz), o total de leitos clínicos a serviço do SUS passou de 106.611 para 138.352, representando um aumento de 29,8%.

A ampliação da rede hospitalar foi efetivada por distintas formas, de acordo com as possibilidades imediatas que estavam ao alcance dos gestores. Parte significativa da oferta foi produzida pela transformação de enfermarias que foram dedicadas à COVID-19 a partir da disponibilização gerada pelo cancelamento de cirurgias e procedimentos eletivos e diminuição das internações por outras causas.

Outros gestores estaduais, municipais e prestadores filantrópicos abriram novos serviços em hospitais construídos ou reformados e ainda não inaugurados, ou reativaram alas fechadas por falta de recursos.

A contínua demanda por serviços de terapia intensiva para pacientes com doenças cardiovasculares, cerebrais, oncológicas, problemas maternos etc. exigiu a manutenção do funcionamento das UTI. Quando a estrutura física possibilitou, a tendência foi a duplicação de serviços e abertura de novas UTI dedicadas exclusivamente para COVID-19, com aquisição de equipamentos, ampliação de equipes e realização de obras e adaptações emergenciais na estrutura já existente.

A partir da suspensão de atividades ambulatoriais e de procedimentos eletivos, os hospitais puderam redirecionar médicos e equipes multiprofissionais para escalas em unidades específicas de pronto atendimento, destinadas aos usuários com queixas respiratórias de menor complexidade, às quais se atribui as cores azul, verde e amarela nos sistemas mais tradicionais de Classificação de Riscos. Isso foi fundamental para que as equipes de urgência se dedicassem aos casos com SRAG e aos pacientes mais graves (amarelo, laranja e vermelho) com outros problemas de saúde. Hospitais que contavam com serviços de atendimento às urgências tenderam a "duplicar" suas portas de entradas, reservando uma especificamente para as Urgências Infecciosas Respiratórias.

De certa forma, a mesma lógica esteve presente na constituição das equipes das enfermarias. Poucos foram os serviços hospitalares exclusivamente destinados ao atendimento de COVID-19. Na maioria das regiões do país, adotaram-se fluxos assistenciais e de organização do processo de trabalho visando ao estabelecimento de duas coortes hospitalares distintas e independentes: a de pacientes com COVID-19 (suspeitos ou confirmados) e a de pacientes sem a doença, principalmente estabelecimentos de médio e grande portes. A organização de "dois hospitais em um" foi o modelo que se apresentou como mais adequado, uma vez que a demanda de pacientes com problemas de saúde diversos manteve a exigência de oferta de serviços.

No âmbito das regiões de saúde, evidenciaram-se, de forma importante, as fragilidades e os dilemas da articulação entre estados, municípios e prestadores que compõem as RAS, em particular na definição de referências assistenciais para os pequenos e médios municípios, desprovidos de estrutura hospitalar e oferta suficiente de leitos de UTI. Municípios desse porte acabaram ampliando sua própria oferta e contribuíram significativamente para a cobertura assistencial regional.

Em determinadas regiões, em particular no Norte e no Nordeste, buscou-se ampliar a oferta de leitos hospitalares e de UTI por meio dos hospitais gerais e hospitais de pequeno porte, que possuem significativa representação na rede hospitalar brasileira. Para tanto, foram utilizados, como leitos destinados à COVID-19, as salas de estabilização, os leitos ociosos e até mesmo os Centros Cirúrgicos, que receberam ventiladores e monitores. Quando integrados, em rede, com os serviços de maior complexidade em âmbito regional, puderam contribuir significativamente para o cuidado imediato, estabilização dos casos mais graves e proteção ao risco de saturação dos hospitais de referência regional. Deve-se considerar também que a evolução extremamente rápida e a gravidade dos casos, em particular nos pacientes com comorbidades, por vezes contraindicava o transporte, ainda que em unidades de suporte avançado do Samu.

Sob iniciativa de alguns gestores municipais e estaduais, foram implantados hospitais de campanha, anexos ou não às estruturas hospitalares preexistentes, com o objetivo de produzir rápida resposta na ampliação de oferta, sendo o tema objeto de controvérsias.

Há evidências de que, em muitos lugares, esses serviços se inseriram na rede de forma desarticulada e pouco custo-efetiva. Os critérios para acesso eram de pacientes que deveriam estar em cuidados domiciliares. O número de leitos de UTI era pequeno, e a maioria tinha dificuldade de acessar exames de apoio diagnóstico. Tão logo os sistemas tiveram melhor capacidade hospitalar e de UTI, foram ficando sem utilização e sendo fechados. Todavia, para além da dimensão midiática, dos questionamentos relativos aos custos envolvidos em sua implantação e de que não deixam um legado efetivo pós-pandemia para o SUS, que devem mesmo ser considerados, a realidade singular das diferentes regiões de saúde indica que a decisão de os implantar contribuiu para minimizar o impacto da superlotação e evitar a saturação da oferta hospitalar. O MS, entretanto, tardou a regulamentar a participação dos hospitais de campanha e só o fez muito depois que estados e municípios já haviam implantado essa modalidade assistencial.

A busca desesperada por ventiladores e ampliação de leitos de UTI pautou-se pela expectativa criada, em âmbito global, a partir do padrão de resposta inicialmente desenvolvida pela China e, logo em seguida, na Itália, país que primeiro viveu a saturação da sua rede hospitalar, seguido de experiências trágicas na na Espanha, na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, que tiveram a capacidade de atendimento bruscamente esgotada e precisaram adotar medidas mais drásticas para expandi-la.

Orientação comum advinda dessas experiências foi a intubação ventilatória precoce para os casos moderados/graves, que rapidamente se demonstrou equivocada a partir da publicação dos primeiros *papers* analisando o padrão de assistência ofertada aos casos de COVID-19 e que indicaram que o aumento do uso da ventilação por pressão positiva de maneira precoce resultava no agravamento da resposta inflamatória, contribuindo para a tempestade de citocinas, sinal clínico de mau prognóstico dos casos mais graves.

Na verdade, as primeiras descrições do manejo oriundas da China e da Itália se demonstraram inadequadas. Meses depois, a partir da experiência de sistemas de saúde com melhores padrões de resposta e menores taxas de mortalidade, em particular a Alemanha, que possui reconhecida qualificação na área de cuidados críticos, mas também os brasileiros, impactados pela curva de aprendizagem produzida nos serviços, os pacientes passaram a receber prioritariamente terapias ventilatórias não invasivas, com máscaras e tendas, fluxo de oxigênio contínuo, e serem colocados em posição de pronação, com resultados expressivos, tanto na diminuição da letalidade como do tempo médio de permanência em UTI. A essa altura, entretanto, a resposta brasileira já tinha sido desenvolvida praticamente centrada na ampliação da oferta de leitos de UTI e respiradores, vistos como panaceia.

A **segunda barreira** enfrentada na atenção hospitalar foi a dos **recursos humanos**. A ausência de equipes habilitadas para garantir a adequada operação dos leitos de UTI e o manejo de pacientes com COVID-19 em cuidados críticos apresentou-se como um desafio em todo o país, inclusive capitais e regiões com razoável oferta de especialistas. Diante do número insuficiente de especialistas qualificados, ficou patente que os médicos brasileiros das áreas cirúrgicas e clínicas, de maneira geral, não possuíam domínio de procedimentos básicos de medicina interna e demonstravam dificuldades de apoiar ou fazer o manejo do paciente crítico. Tais especialistas estavam tão afastados em sua prática cotidiana desse tipo de cuidado que, ainda que tenham sido abertas várias estações de treinamento de competências para o manejo de pacientes críticos – intubação, terapias ventilatórias, manejo dos distúrbios de coagulação, sedação e controle da estabilidade hemodinâmica –, acabaram resistindo a ocupar esse espaço. Ou se ausentaram, ou restringiram sua atuação às unidades de pronto atendimento para casos leves. Isso resultou em efetiva sobrecarga das equipes dedicadas, ainda mais porque logo se percebeu que a gravidade dos casos e o longo tempo de internação, em média superior a duas semanas, exigiam maior dedicação para cada paciente.

Em muitos hospitais, para enfrentar a tais dificuldades e garantir a abertura dos serviços, optou-se por dedicar um médico, em média, para cada cinco pacientes (e não para dez, como habitual), compondo as equipes com um médico pleno e um júnior, com média e pequena vivência em cuidados intensivos respectivamente; ambos sob coordenação e tutoria de um médico sênior, especialista em medicina intensiva. Problemas de ordem corporativa, porém, antepuseram-se como obstáculos. Quanto mais distante dos grandes centros, observou-se a ação dos Conselhos Regionais de Medicina, que notificavam o Ministério Público para acionar serviços públicos e privados que operavam leitos de UTI com médicos sem formação especializada como intensivistas, ainda que sob supervisão, protocolos e diretrizes implementadas, treinamento prévio, garantia de integridade dos prontuários de registros e da execução de boas práticas clínicas baseadas em evidências.

Deve-se considerar, ainda, como fator complicador, que se lida com uma enfermidade cujo conhecimento sobre meios de transmissão, prevenção, fisiopatologia, tratamento e efetividade presumida das drogas, bem como o prognóstico e evolução dos casos, demandou produzir soluções em ato e em contexto de enormes incertezas, com um padrão de mudanças e inovações substancial, que se efetivavam em intervalos de tempo inferior a três semanas.

A pandemia destacou a importância das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, e, com particular relevância, o papel dos fisioterapeutas (que tiveram protagonismo diferenciado, acionados intensamente por médicos e residentes, inclusive para uso dos respiradores) e da enfermagem. Cada integrante da equipe multiprofissional, com seus saberes e competências, passou a ser um elo fundamental na cadeia de cuidados, um ativo que provavelmente se constituirá como legado da pandemia. Isso parece também ter "contaminado" positivamente os profissionais em formação, a partir de um maior envolvimento das residências médica e multiprofissionais, bem como as várias especialidades com a gestão do cuidado.

A rede hospitalar tem papel preponderante na formação (graduação) e aperfeiçoamento profissional (residência médica e multiprofissional). Para a direção dos hospitais, foi desafiador lidar com o dilema de manter ou não atividades de ensino e formação. A maioria das Instituições de Ensino Superior suspenderam as atividades de graduação, inclusive os estágios de internato. Em âmbito nacional, fator decisivo para a retomada das atividades foi a indução pela bolsa complementar para residentes e graduandos da área da saúde.

Trabalhadores da área de atenção hospitalar, que, independentemente do nível profissional, assumiram o cotidiano das unidades de diferentes complexidades, viram que não estavam bem preparados, demandando ofertas de formação, capacitação e atualização. O resultado foi a elevação da autoestima de serviços e profissionais, inclusive médicos não titulados, que passaram a ser mais bem preparados e valorizados.

Por outro lado, um aspecto crítico envolvendo os trabalhadores da saúde, apontado por muitos dos que estão à frente dos times hospitalares envolvidos no cuidado aos pacientes com COVID-19, diz respeito à síndrome de estresse, por vezes na forma de *burnout*, apresentada por trabalhadores da saúde, inclusive médicos, antes, durante e após a vivência traumática, que significou para muitos profissionais serem convocados a participar da linha de frente da reposta à pandemia.

Tanto nas organizações hospitalares públicas como nas privadas houve um significativo comprometimento da operação dos serviços em função do elevado número de casos (e mesmo de óbitos) de COVID-19 entre seus funcionários, com ampliação de gastos com horas extras, assistência médica aos funcionários e testagem dos contactantes.

A ampliação do quadro de pessoal teve que ser significativa. Mesmo hospitais públicos, em tempos de crise e austeridade fiscal, receberam autorização para contratação emergencial. Essa medida foi importante para garantir a reposição de trabalhadores adoecidos pela COVID-19 ou afastados por serem idosos ou terem comorbidades. Isso exigiu o estabelecimento de linhas de contenção e estratégias voltadas a (re)centrar os profissionais para que pudessem compor as equipes destacadas para o atendimento de pacientes com queixas respiratórias, SRAG ou casos confirmados de COVID-19.

Pode-se perceber que o Brasil, a despeito de um Plano Nacional de Contingência [11] estabelecido logo no início da decretação de Emergência Sanitária Internacional pela OMS, não

desenvolveu até hoje um conjunto de estratégias que pudessem preparar os profissionais para situações que exorbitem as situações cotidianas de suas áreas. Não temos, efetivamente, Planos de Contingência previamente acordados, e nossa resposta foi produzida em ato, sem memória de aprendizagem. A preparação para situações que envolvam emergências sanitárias, catástrofes, tragédias e acidentes com múltiplas vítimas, que colocam em risco de colapso o sistema de saúde em âmbito local, regional ou mesmo nacional, deve ocupar local estratégico na agenda sanitária pós-pandemia, sob o risco de desprezarmos uma das mais importantes lições produzidas pelo novo coronavírus: a necessidade de estarmos preparados para o que pode vir a acontecer.

Um terceiro aspecto crítico diz respeito ao desabastecimento e ao comportamento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis). A primeira evidência dos graves problemas na cadeia produtiva para suprimento dos serviços envolvidos na resposta à COVID-19 deu-se em relação aos EPI e aos testes diagnósticos.

O custo de materiais médico-hospitalares chegou a aumentar 400%. Isso também se observou em relação a medicamentos, como anestésicos, drogas vasoativas e relaxantes musculares. Uma caixa com máscaras que custava R$ 5,00 passou a R$ 60,00, com maior utilização. A mesma situação se deu em relação aos aventais, *face-shield* etc.

Além disso, alguns governos e prestadores hospitalares privados de maior porte constituíram volumosos estoques, ampliando, para os demais, as dificuldades de aquisição de materiais médico-hospitalares e equipamentos.

Faltou liderança e capacidade de planejamento e organização do MS para fazer as aquisições necessárias no mercado nacional/internacional e suprir adequadamente o SUS, agravado pelo comportamento do Ministério da Economia e Banco Central diante do descontrole do câmbio. Em situações de emergência como a que vivemos, o governo federal tem papel preponderante para regular e interferir nas assimetrias do mercado, em garantir o suprimento necessário e agir sobre o ataque especulativo, a formação de cartéis e de superestoques em mãos de alguns governos ou de grandes prestadores privados, mas se eximiu de suas responsabilidades e não conseguiu mobilizar o Ceis, nem convocar o setor produtivo à reconversão industrial.

Se isso tivesse de pronto ocorrido, teria sido possível suprir as demandas essenciais do SUS em termos de EPI – aventais, luvas, máscaras, álcool, óculos protetores, sapatilhas e toucas, *kits* de testes e medicamentos – e equipamentos estratégicos, como respiradores e monitores multiparamétricos.

Dificuldades na produção e importação de matérias-primas foram inicialmente observadas em função do comprometimento das cadeias produtivas em escala internacional. Muito rapidamente, contudo, a produção excedente, principalmente a oriunda da China, deixou clara a dimensão especulativa da crise, aqui agravada pela inexistência de uma consistente cadeia produtiva nacional. Em um segundo momento, a cadeia de suprimento das drogas vasoativas e sedoanalgésicas e dos bloqueadores neuromusculares exauriu-se, comprometendo o funcionamento de

serviços essenciais. Isso exigiu que gestores do sistema de atenção hospitalar precisassem utilizar protocolos substitutivos para indicar os procedimentos necessários e agir sem as drogas usualmente recomendadas, baseados para tanto em evidências disponíveis.

Nunca se fez tão importante rediscutir a importância do Ceis para garantia da soberania nacional e a defesa do SUS.

Um quarto aspecto crítico está diretamente relacionado com o financiamento e a sustentabilidade das RAS e de suas organizações hospitalares.

A pressão para que o MS libere recursos, em particular para as ações de atenção à saúde de Média e Alta Complexidade (MAC), desde o início da crise sanitária, tem sido pautada pelos representantes dos estados e municípios nas negociações com o MS, instâncias deliberativas do SUS, como a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como no Congresso Nacional.

Fruto desse esforço, obteve-se, até o início de outubro de 2020, R$ 43,7 bilhões que foram acrescidos ao Orçamento do MS, que correspondem a apenas R$ 134,00 por habitante para enfrentamento da mais grave crise sanitária da história do país. Desse valor, R$ 37,8 bilhões foram empenhados (86,4%); e R$ 34,0 bilhões, executados (77,8%). Por outro lado, a aplicação direta pelo MS segue com desempenho baixo, com apenas 41% dos recursos autorizados.

Até o momento, R$ 28,3 bilhões foram transferidos para estados, Distrito Federal e municípios, 87,6% do valor orçamentário previsto no MS para a COVID-19. Em função da habilitação de leitos de UTI COVID-19, foram repassados, até o momento, R$ 2,25 bilhões [10]. A transferência de recursos, todavia, além de insuficiente para garantir a operação das ações necessárias, tem sido realizada por meio de critérios pouco transparentes, vinculados à constituição da base de sustentação governamental no Congresso Nacional, sem monitoramento da aplicação das emendas parlamentares e demais recursos repassados pelo governo federal.

Municípios maiores, por exemplo, tenderam a utilizar tais recursos para organizar a rede de saúde e acionar o funcionamento da atenção básica, até então praticamente ausente na reposta, como visto anteriormente. Outros, em particular os de menor porte, laçaram mão, fundamentalmente, da aquisição de testes rápidos, a custos por vezes exorbitantes, utilizados de forma pouco criteriosa e eficaz.

Revestem-se de enorme preocupação as discussões relativas à Lei Orçamentária Anual – 2021. O fim da vigência do decreto de Emergência Sanitária, em 31 de dezembro de 2020, e o retorno das regras do teto de gastos imporão perda estimada pelo CNS da ordem de R$ 38 bilhões no orçamento do MS. A sustentabilidade da rede hospitalar, já profundamente comprometida, alcançará patamar inimaginável. Não apenas a manutenção dos leitos de UTI COVID-19 está em risco, já que o custeio dos 16.650 novos leitos de UTI para COVID-19 implica aporte a estados e municípios da ordem de R$ 9,7 bilhões, considerando-se diárias de R$ 1.600,00. A própria operação da RAS não COVID-19 também estará seriamente ameaçada, já que a capacidade de os

entes subnacionais sustentá-la com recursos próprios exauriu-se, agravadas pelos efeitos da crise econômica. O quadro se torna ainda mais desafiador quando se considera, para 2021, a possibilidade de uma segunda onda pandêmica, tal qual já se observa em países da Europa Ocidental.

4. IMPACTOS (TAMBÉM) SOBRE A REDE HOSPITALAR PRIVADA (NÃO SUS)

A participação da rede hospitalar privada no enfrentamento da COVID-19 foi marcada por muitas dúvidas sobre sua capacidade de atender às exigências que lhe foram impostas. Logo no início da emergência sanitária, para além das dificuldades de condução do MS, outras instituições produziram atravessamentos que marcaram o modo como o setor hospitalar respondeu à pandemia.

Governos estaduais e municipais, por meio de normativas da Vigilância em Saúde, o Conselho Federal de Medicina e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio de uma Resolução da Diretoria Colegiada, indicaram que os hospitais deveriam priorizar atendimento para COVID-19 e cancelar a realização de internações, cirurgias e procedimentos eletivos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por sua vez, incentivou as Operadoras de Planos de Saúde a não liberarem autorizações para procedimentos eletivos, reduzindo o movimento cirúrgico, de procedimentos e internações significativamente.

O movimento partiu também dos pacientes, que pediram para suspender procedimentos eletivos programados. O temor dos pacientes em se exporem ao risco de infecção em ambientes de saúde resultou em um significativo esvaziamento dos hospitais privados, tal qual se observou no SUS. Até mesmo os prontos-socorros (PS) tiveram a demanda de pacientes de menor gravidade diminuída, à exceção de sintomáticos respiratórios leves ou com SRAG.

Emergiu com maior frequência a demanda de pacientes muito graves, em condições críticas, agravadas pela hesitação das famílias em acionarem os serviços de urgência. A área de pediatria de urgência foi a que mais sofreu o impacto, e PS pediátricos ainda seguem, oito meses após o início da pandemia, com volume de atendimentos muito baixo. Diversos prestadores optaram por encerrar esses serviços. Um 'efeito colateral' significativo é que pelo menos nos primeiros meses de pandemia, houve elevação do número de partos normais em relação aos cirúrgicos.

A rede privada se preparou para atender a casos de COVID-19 e se deparou também com a dificuldade em fazer aquisição e custos exorbitantes de equipamentos e insumos.

Esse quadro, caracterizado pelo aumento de custo, diminuição de movimento e, consequentemente, das receitas, teria sido compensado com a oferta de serviços aos pacientes com COVID-19, que, entretanto, não se confirmou nem foi capaz de substituir as receitas oriundas de pacientes eletivos. A repercussão financeira sobre o setor foi agravada em função da restrição

de linhas de créditos prometidas pelo governo federal para auxílio de hospitais privados, disponibilizadas por meio do BNDES, e direcionadas apenas para os grandes hospitais, com faturamento acima de R$ 300 milhões. Já o setor filantrópico foi contemplado com recursos de uma Medida Provisória da ordem de R$ 2 bilhões por meio de um programa já disponível.

Decorridos oito meses desde o surgimento da pandemia, a estrutura hospitalar está recomposta, mas os serviços privados ainda não recuperaram o volume de atendimento anterior. Representantes do setor privado alegam que a oferta de leitos de internação e UTI para o SUS, ainda que houvesse disponibilidade, ficou de maneira geral restrita à compra de serviços pelos gestores em hospitais sem fins lucrativos. Os valores de diárias de UTI referenciadas pelo MS, considerados insuficientes para cobrir as despesas, e a percepção do risco de não recebimento dos serviços prestados, posicionou o setor de maneira refratária à parceria, e mais ainda mediante a possibilidade de requisição de serviços pelos gestores do SUS.

Governos estaduais – e, em menor escala, capitais e municípios de grande/médio portes –, chegaram a produzir ofertas mais estruturadas, mas de maneira geral não utilizaram serviços privados contratados, optando por hospitais de campanha, ampliação de leitos em rede própria ou da rede filantrópica.

Na visão de prestadores hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, o setor encerrará 2020, em média, com a perda de dois faturamentos. Por outro lado, as Operadoras alcançaram patamares significativos de capitalização, já que houve diminuição vertiginosa da sinistralidade, manutenção da carteira de beneficiários (no contexto de crise econômica apenas 300 mil perderam planos de saúde, contra mais de 4 milhões desde a crise econômica, de 2014) [12] e ampliação dos lucros, conforme resultados anunciados recentemente pelo setor de saúde suplementar.

5. LIÇÕES DOS PRIMEIROS MESES DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Ainda que possa ser relativamente precoce, é possível indicar algumas lições que já se podem vislumbrar na atenção hospitalar advindas da experiência de enfrentamento da pandemia de COVID-19, em particular se for reconhecido que há em curso uma curva de aprendizados.

O potencial legado de aumento de leitos de UTI, a partir da ampliação da oferta de 16.650 leitos de UTI COVID-19, ajudou o país a alcançar um patamar inédito de 84.410 leitos de UTI, por si só um ganho incomensurável e que não pode ser desconsiderado nem perdido.

A planificação de leitos de UTI disponíveis e necessários para o enfrentamento da COVID-19, a abertura e habilitação de leitos e ampliação significativa na oferta de leitos (em diversas

regiões de saúde acima de 100%), na medida em que as condições epidemiológicas indicassem a necessidade, em particular nas regiões de saúde em que a epidemia demorou mais tempo para se expressar, permitiram a expansão qualificada e controlada de novos leitos SUS sob regulação pública.

Aspecto crítico na gestão do SUS têm sido as históricas debilidades na regulação do acesso aos leitos. A articulação da rede hospitalar com os planos de contingência para o enfrentamento da COVID-19 permitiu que os esforços empreendidos pelos gestores estaduais e municipais de saúde oportunizassem avanços significativos nessa área, inclusive com a implementação de plataformas de regulação específicas e incremento consistente dos sistemas de informação a partir do uso intensivo de tecnologias de informação. Os ganhos daí advindos, se consolidados, poderão trazer significativa contribuição para análise regionalizada de necessidade de leitos e a conformação das redes regionais de atenção à saúde.

Foi possível ensaiar, mesmo que embrionariamente, o monitoramento, de forma transparente, dos leitos de UTI-SUS e não SUS disponíveis e ocupados. Uma vez que a oferta de leitos de UTI de serviços prestados por hospitais privados é proporcionalmente maior do que a destinada ao SUS e que, com a diminuição das internações, passaram a operar com baixa taxa de ocupação e grande disponibilidade de oferta, parece fundamental reconhecer que teria sido fundamental a adoção de diretrizes nacionais, sob coordenação do MS, para a adoção de fila única, mediante a contratação ou requisição de leitos. Essa medida, que possui base legal, não foi aplicada, mas é apontada por especialistas como estratégia fundamental para garantia de acesso, experimentada com êxito em outros países (Espanha, Itália, França, Irlanda e Austrália). Ainda que tenha sido objeto de intensos debates no Congresso Nacional, não houve nenhum movimento efetivo nesse sentido. A requisição de leitos ou integração de esforços com a oferta privada ficou condicionada à decisão dos gestores de saúde dos entes subnacionais, e sua adoção teria ampliado imediatamente a oferta de cuidados intensivos pelo SUS, permitindo salvar um número maior de vidas.

Os esforços efetuados nas últimas duas décadas visando à implementação das diretrizes e arranjos tecnológicos de cuidado indicados na Política Nacional de Urgências e Emergências e na Política Nacional de Atenção Hospitalar, bem como em programas como o SOS-Emergências e Proadi-SUS, demonstraram sua efetividade no enfretamento da pandemia. A larga experiência advinda da utilização de sistemas de classificação de riscos nos serviços de urgência pré-hospitalares e hospitalares foi decisiva para a adaptação imediata de ferramentas de seleção de risco para pacientes com queixas respiratórias ou SRAG, com o uso de algoritmos orientando prioridade de acesso e análise de risco dos pacientes e indicação de recursos para as próximas 72 horas.

Vale salientar que a mesma lógica, experimentada com sucesso na gestão do acesso e organização dos fluxos hospitalares, acabou sendo apropriada pelos governos estaduais para a gestão das medidas de isolamento social e estabelecimento das regras para funcionamento dos distintos grupos de atividades econômicas, com utilização de dados de ocupação de UTI-SUS e não SUS para definição das bandeiras do modelo de distanciamento controlado. O sistema de bandeiras

teve o objetivo de proteger o sistema hospitalar da possibilidade de saturação, monitorando e mantendo como informação pública, de forma praticamente inédita no país, as taxas de ocupação de leitos hospitalares e de UTI para COVID-19.

A utilização de outros arranjos, tanto para gestão de leitos como clínica, como os Núcleos Internos de Regulação (NIR), Protocolos de Capacidade Plena, *Fast Track*, Testes *Point-of-care*, Unidades de transição de cuidados, *Kanban*, *Streaming*, Visitas multiprofissionais e Gestão clínica colegiada (*boards*), monitoramento dos *kits* entubação e a adoção imediata de protocolos baseados em Diretrizes Clínicas, com a finalidade de otimizar o cuidado e a segurança do paciente e enfrentar a superlotação, diferenciou o padrão de resposta e demonstrou-se imprescindível para a organização dos processos de trabalho, ainda mais em momento tão exigente como este.

Um dos mais importantes aprendizados que a rede hospitalar pôde incorporar, com significativo impacto sobre a diminuição da mortalidade, foi o de que o manejo clínico dos pacientes em estado crítico com COVID-19 (moderado/grave) pode e deve ser ofertado também em ambientes extra-UTI, como hospitais de campanha, hospitais de médio e pequeno porte devidamente adaptados, ou, ainda, em unidades de decisão clínica para pacientes com SRAG classificados como vermelho, laranja e amarelo, ainda que em estações transitórias, desde que contem com equipes preparadas e equipamentos adequados e que o sistema de fato se organize em rede.

A criticidade do quadro clínico dos pacientes mais graves com COVID-19 logo pode indicar que os cuidados em UTI iam além do manejo de SRAG e suporte ventilatório, exigindo estrutura adequada e equipe com capacidade clínica para enfrentar as severas complicações de ordem hemodinâmica, renal, cardíaca, vascular e cerebral para a obtenção de melhores desfechos, por meio de planos de cuidado integrais de fato.

A alta taxa de letalidade por COVID-19 e, em especial, nas UTI de hospitais públicos, quando comparadas com as observadas no setor privado e em âmbito internacional, devem ser analisadas a partir de condições críticas no enfretamento da pandemia. A primeira delas, relacionada com a baixa capacidade de testagem que marca a resposta brasileira à pandemia desde seu início, e que enviesa a letalidade. A segunda, porque os pacientes com condições críticas pela presença de doenças prévias graves (transplantados, oncológicos, em terapia renal substitutiva, etc.) foram prioritariamente acolhidos pelos serviços do SUS. Não se pode desconsiderar, todavia, aqueles estabelecimentos que tiveram pior desempenho em função da baixa qualidade assistencial e do agravamento de pacientes a partir das condições inadequadas ou insuficientes de atendimento nos serviços de urgência pré-hospitalar ou que experimentaram dificuldades de acesso e longo tempo de espera para leitos de UTI.

A pandemia de COVID-19 trouxe visibilidade para as dificuldades em garantir uma adequada oferta de serviços de saúde à população brasileira sem a formação de especialistas

de acordo com as necessidades do SUS e o quanto algumas especialidades, extremamente exigidas, têm sido negligenciadas, entre as quais: Clínica Médica, Terapia Intensiva, Medicina Interna, Infectologia, Pneumologia e Medicina de Família e Comunidade. A percepção que emerge, até mesmo para a categoria médica e suas entidades, é que os programas de residência médica devem reprogramar a oferta de vagas nessas áreas.

A necessidade de formação e capacitação do quadro profissional não se restringe, contudo, aos médicos, já que preparar o conjunto de trabalhadores e conformar, de fato, equipes capazes de cuidar de forma multiprofissional, inclusive aqueles que atuam no apoio técnico e administrativo, apresenta-se como uma exigência central para a organização da atenção hospitalar. As altas taxas de adoecimento e afastamento por transtornos mentais indicam também, como aprendizado, o quanto se tornou imperioso cuidar da saúde – e da saúde mental em particular – dos trabalhadores da saúde.

A pandemia de COVID-19, aparentemente, também deixará alguns aprendizados para a gestão hospitalar (pública e privada). Primeiro, em relação à cadeia de suprimento e logística, que indica a necessidade de trabalhar com um número menor e mais fidelizado de fornecedores, encontrar alternativas fora do eixo "China/Índia" para suprimentos e a necessidade de contar com políticas governamentais que garantam um Cies com potencial para incidir em momentos de crise como o que o país atravessa. Um segundo diz respeito à gestão dos hospitais, que precisa ser mais ágil, adaptativa e colaborativa. Terceiro, avançar no controle do desperdício, superando a ideia de que basta reivindicar mais recursos aos gestores do SUS ou, no caso dos hospitais privados, repassar custos às operadoras ou clientes.

Outra lição marcante foi a maneira como a rede de atenção hospitalar conduziu-se para acompanhar o ritmo frenético de inovações a partir da produção de conhecimentos científicos sobre a COVID-19. Ainda que muitas pesquisas em curso tenham sido suspensas, a abertura de editais por órgãos de fomento e redirecionamento de recursos e esforços para a pesquisa em COVID-19 permitiu a produção e a difusão de novos conhecimentos, práticas e inovações tecnológicas no manejo do cuidado, das práticas assistenciais e na gestão hospitalar. A parceria entre o SUS e as universidades e instituições públicas de pesquisa permitiu a rápida incorporação de inovações e a disseminação de práticas de cuidado e gestão fundamentadas em informações seguras, bem como a adoção de protocolos médicos e multiprofissionais baseados em evidências científicas.

A percepção mais comum aos que têm se dedicado a entender os impactos e as lições da pandemia é a de que – em todos os níveis de atenção, tanto na área pública como privada – o avanço da telemedicina é inexorável. Na atenção hospitalar, em particular, o acesso à segunda opinião qualificada e outros arranjos apoiados nessa tecnologia se consolidaram fortemente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS (INCONCLUSAS): CAMINHOS PARA UM CENÁRIO PÓS-PANDEMIA

Tal qual o desfecho ainda incerto para pandemia de COVID-19, os caminhos que podem ser desenhados para o cenário de pós-pandemia estão em aberto, em disputa, repletos de incertezas, mas também de possibilidades.

A experiência vivida até aqui indica a necessidade de superar a fragmentação das estratégias de enfrentamento da pandemia no país e retomar o esforço de planejamento e coordenação técnica e política das ações do SUS de forma pactuada, cooperativa e solidária, considerando as 438 regiões de saúde formalmente definidas para orientar as decisões que envolvam a organização da RAS.

Os sistemas de vigilância e assistência à saúde, com seus diferentes pontos de atenção dispostos integradamente em rede, precisam estar preparados para enfrentar uma segunda onda epidêmica ou a ocorrência de novas emergências sanitárias. Para tanto, são exigidas respostas antecipadas, reorganização e fortalecimento dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde, e considerar que as organizações hospitalares, nestes inseridos, são complexas e dinâmicas, tendem a resistir e apresentam maiores dificuldades de adaptação às mudanças sem o adequado planejamento e suporte.

Isso será fundamental, também, para enfrentar a demanda reprimida acumulada ao longo de meses de suspensão de serviços eletivos e cuidar de pacientes que tiveram suas condições de saúde comprometidas (clínicas e psicológicas) pela COVID-19, ainda que não se tenha certeza do grau de complicações e sequelas que apresentarão em médio e longo prazos. Estima-se que mais de 1 milhão de internações por causas não relacionadas à COVID-19 deixaram de ser realizadas no primeiro semestre de 2020. Assim, gestores em saúde deverão lidar com um provável incremento da internação, em especial de condições sensíveis à atenção primária e especializada.

Um sistema de saúde como o SUS não se constrói nem se destrói de um dia para o outro. O seu grau de institucionalização, após 32 anos, permite resistir e acreditar que será possível superar as dificuldades impostas.

Os canais de interlocução estão muitos fragilizados. Muitas entidades da área que representam os mais distintos interesses das organizações hospitalares, públicas e privadas, estiveram ausentes ou mantiveram agendas sem relevância para o contexto de grave crise sanitária. Será necessário reconstruir – e, pelo que parece, sem a liderança do MS, de onde fundamentalmente deveria partir a iniciativa – um espaço para o diálogo, compartilhamento de experiências e aprendizagem, e para o estabelecimento de uma agenda estratégica para a atenção hospitalar pós-pandemia. Ainda que isso signifique mais uma árdua tarefa para as

entidades que representam os gestores municipais e estaduais, a possibilidade de dar institucionalidade a um movimento dessa natureza terá mesmo que ser assumida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conass.

Sem o financiamento das políticas de saúde, todavia, será impossível garantir sua sustentabilidade, dilema presente e que desafia a resiliência mesmo de países com sistemas universais de saúde mais robustos e consolidados.

A submissão do MS à política de austeridade fiscal, adotada a partir da Emenda Constitucional nº 95 (EC-95), é determinante para compreender tal quadro. O SUS é obrigado a garantir integralidade do cuidado, da oferta de vacinas aos transplantes, com um valor diário inferior ao custo de uma passagem de ônibus. Isso vem produzindo um desmonte do sistema público de saúde, e é nesse contexto que a COVID-19 nos atingiu e que se desenham os cenários futuros. Em 2019, os gastos públicos das três esferas de governo representaram apenas R$ 1,68 por habitante/dia, valor muito abaixo do que os aplicados em países com sistemas universais de saúde.

Nos últimos três anos, R$ 22,5 bilhões foram retirados do orçamento da saúde por efeito da EC-95. A capacidade de resposta do SUS à COVID-19 acabou ficando profundamente comprometida como resultado do seu desfinanciamento.

Desde 2016, há uma quebra de regularidade na narrativa dos ministros e equipes dirigentes do MS que, desde a criação do SUS, empenharam-se em maior ou menor intensidade para denunciar e garantir maior aporte de recursos para a saúde [13]. O discurso dos gestores do MS, desde o início da pandemia, alia-se ao dos que advogam que o problema do SUS não é o seu brutal desfinanciamento, mas, sim, a insuficiente qualidade de gestão, a corrupção e a falta de controle, desafios presentes como compromisso ético na condução de qualquer política pública, mas que não podem encobrir a falta de sustentabilidade financeira que ameaça a própria existência do SUS.

O estado de emergência sanitária suscitou processos de cooperação e apoio importantes entre gestores públicos e lideranças do setor privado. As iniciativas de doação de recursos por parte da sociedade e de instituições privadas foram importantes, mas são absolutamente insuficientes para sustentar ou equacionar os graves dilemas do SUS.

Resta refletir como isso será possível em um cenário em que a instância responsável pela coordenação nacional do SUS está absolutamente ausente e se recusa a cumprir seu papel. Torna-se ainda mais desafiador quando isso se desenha em um momento de grandes mudanças que deverão ocorrer na esfera de gestão municipal, fruto da renovação de mandatos de prefeitos, que gera um ambiente de incertezas (e potências).

Daí ser relevante, mais uma vez, destacar a importância de que se reveste a atuação do Conass no cenário pós-pandemia. Atuando como contrapeso à conduta errática ou omissa

do MS – e para além da vigilância e garantia da publicização dos dados e dos posicionamentos seguros respaldados em conhecimentos científicos –, parece que caberá à entidade de representação dos secretários estaduais de saúde papel decisivo na defesa e manutenção dos princípios do SUS, página que já está e ficará marcada indelevelmente na história da saúde pública brasileira.

O período pós-pandemia será também o da disputa de qual lugar o direito à saúde tomará para a sociedade brasileira. Foi graças ao SUS que milhares de vidas foram salvas. A população acompanhou em tempo real os esforços dos trabalhadores da saúde, e isso proporcionou uma positiva e inédita visibilidade para o SUS [14]. Abre-se, agora, a possibilidade de colocar na agenda política nacional a discussão sobre a saúde como direito social, e o quanto um sistema universal de saúde é imprescindível. Isso só será possível se forem priorizados os recursos necessários e revogado o alcance da EC-95 sobre o orçamento do MS, que inviabilizam o SUS.

Resta saber quem arcará com as responsabilidades pela tragédia que se abateu sobre a sociedade brasileira. Um país democrático, civilizado, em que a vida humana tenha valor, não pode deixar passar incólume tudo o que vivemos. Afinal, "muitos óbitos poderiam ser evitados se o governo federal tivesse assumido sua responsabilidade no enfrentamento da pandemia, seguindo a ciência e fortalecendo o SUS" [15].

REFERÊNCIAS

1. Wordometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.worldometers.info/coronavirus/.

2. Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo. COVID-19. O enigma da letalidade. Revista Pesquisa FAPESP [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/o-enigma-da-letalidade/.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 08 [Internet]. 8 abr 2020 [acesso 2020 ago 29]. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-COVID-08-final-2.pdf.

4. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "So what? Lancet. 20209;395(10235):1461. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3.

5. Universidade Federal de Pelotas. EPICOVID-2019. Epidemiologia da COVID-19 no Rio Grande do Sul. Estudo de base populacional [internet]. 2020 [acesso 2020 jun 27]. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/COVID19/files/2020/05/Coletiva-Fase-4-20200526.pdf.

6. Reis AA, et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciênc. Saúde Colet. 2017;22(4):1045-54. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [Internet]. [acesso 2020 set 22 e ou 07]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/.

8. Rache B, et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar [Internet]. Nota Técnica n. 3. IEPS: São Paulo; 2020 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf.

9. Jucá B. Mais de 4000 pessoas com COVID-19 morreram a espera por um leito de UTI em seis estados brasileiros. El País (Brasil) [Internet]. 26 ago 2020 [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-26/mais-de-4000-pessoas-com-COVID-19-morreram-a-espera-por-um-leito-de-uti-em-seis-estados-brasileiros.html.

10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Leitos SRAG/UTI COVID-19. Monitoramento de Habilitações [Internet]. Painel Conass 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-COVID-19-monitoramento-de-habilitacoes/.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília, DF; 2020 [acesso 2020 ago 18].

Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf.

12. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de Situação [Internet]. [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao.
13. Menezes AP, Moretti B, Reis AA. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. 2019;43 (especial5):58-70. doi: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505.
14. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde Debate. 2020;44(125): 289-296. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500.
15. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Pesar pelas 150 mil vidas perdidas [Internet]. 10 out 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/pesar-pelas-150-mil-vidas-perdidas/53062/.

HABILITAÇÃO TEMPORÁRIA DE LEITOS DE UTI NO SUS: UMA MEDIDA ESTRATÉGICA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Tereza Cristina Lins Amaral[1], Juliane Aparecida Alves[2], Eliana Dourado[3]

Resumo: O estudo apresenta uma análise descritiva sobre as habilitações temporárias de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento a pacientes com COVID-19 e sua distribuição nos estados brasileiros, ao passo que compara a concessão dessas habilitações, pelo Ministério da Saúde, ao contexto de evolução dos casos novos de COVID-19 no país, no período de 15 de abril a 15 de agosto de 2020. Ao todo, foram identificadas 154 portarias do Ministro da Saúde habilitando 12.317 leitos, distribuídos em 678 estabelecimentos de saúde – dos quais 51% de natureza jurídica pública. Quando comparada a distribuição percentual desses leitos e os casos novos de COVID-19 registrados no país, o estudo demonstra que, em todos os estados das regiões Sul e Sudeste, a proporção de leitos habilitados é superior à proporção de casos novos registrados nessas unidades federativas. Já nos estados da região Norte, que historicamente possuem *deficit* de leitos, essa proporção é inversa, evidenciando a necessidade de implementação de políticas públicas destinadas à distribuição mais equitativa dos serviços de saúde, priorizando aqueles territórios com vazios assistenciais. Destaca, ainda, a relevância da iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde em organizar uma plataforma própria de compilação dessas habilitações, por meio do Painel de Monitoramento de Habilitações de Leitos SRAG/UTI COVID-19, disponível no portal da instituição.

Palavras-Chave: Habilitação Temporária. Leitos de UTI. Emergência de Saúde Pública. COVID-19.

1 Tereza Cristina Lins Amaral, graduada em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (1986), especialista em Planejamento Estratégico de Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (1994), especialização em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2009), Mestre em Administração em Saúde (Gestão de Sistemas de Saúde) pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2002). Assessora técnica no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6641-1289. CV: http://lattes.cnpq.br/1499127575373364 tereza.amaral@conass.org.br

2 Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UNB), Especialista em Gestão de Políticas Públicas para Saúde (ESCS), Mestranda em Gestão de Políticas Públicas em Saúde (FIOCRUZ BRASILIA). Assessora técnica no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1279-7147. CV: http://lattes.cnpq.br/6492564288852175 Juliane.alves@conass.org.br.

3 Graduada em Medicina, Especialista em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Especialização em Administração de Serviços de Saúde - Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Especialização em Saúde Pública - Área de Medicina pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Assessora técnica no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); http://lattes.cnpq.br/2301132429137026 elianadourado@conass.org.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3hVMOcW

1. INTRODUÇÃO

Detectado pelo governo chinês em dezembro de 2019, o vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, teve seu primeiro alerta epidemiológico emitido pelo escritório regional da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS para as Américas (Opas / AMRO) em 16 de janeiro de 2020, com recomendações que abrangem viajantes internacionais, medidas de prevenção e controle de infecções e testes de laboratório. Sua alta capacidade de propagação e seu alastramento foram caracterizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como 'pandemia de proporções globais' [1]. No mesmo documento, a OMS aponta que 15% dos pacientes evoluem para um quadro em que é necessário oxigenoterapia, e 5% demandam atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Cenários internacionais, à época, já apontavam para o colapso do sistema de saúde como sendo o principal problema a ser resolvido pelas gestões públicas, diante da curva de contágio da COVID-19, agravado pela necessidade de aparelhamento específico em número elevado de leitos direcionados ao seu tratamento [2]. No Brasil, essa situação de colapso começaria a ocorrer quando a taxa de infecção por COVID-19 atingisse 1% da população, com intensidade variada, a depender do intervalo em que o cenário evoluísse [3].

Nesse contexto, visando a ampliar a oferta de leitos de UTI Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, por meio das Portarias GM/MS nº 414, de 18 de março de 2020, e GM/MS nº 568, de 26 de março de 2020, autoriza, respectivamente, a habilitação de até 2.540 leitos para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, fornecidos pelo próprio Ministério, e a habilitação temporária de leitos de UTI para a mesma finalidade prevista na Portaria GM/MS nº 414/2020, pelo período excepcional de 90 dias, a partir da solicitação oficial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Municipais de Saúde (SMS), e em consonância com as reais necessidades nos seus territórios, podendo

este prazo ser prorrogado. Define ainda que a publicação das portarias de habilitação ocorrerá considerando critérios epidemiológicos e a rede assistencial disponível nas unidades federativas (UF), e que essas habilitações poderão ser encerradas a qualquer tempo, desde que finalizada a situação de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19), nos termos do art. 4º, §1º, da Lei nº 13.979 de 2020.

O custeio desses leitos foi objeto da Portaria GM/MS nº 237, de 18 de março de 2020, republicada em 20 de março de 2020, por meio da qual foram incluídos, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS o procedimento: diária de UTI para COVID-19, no valor de R$1.600,00.

As referidas portarias baseiam-se na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas para o enfrentamento de emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus; na Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na referida Lei; e na Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020, que abre crédito extraordinário para o Programa de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. Tais atos normativos configuram o primeiro conjunto de medidas, por parte da gestão federal do SUS, no enfrentamento da referida pandemia.

O presente artigo tem por objetivo apresentar uma análise descritiva da habilitação desses leitos – denominados 'leitos UTI COVID-19' – a partir das informações disponíveis em portais oficiais desembaraçados e de natureza pública, em particular do Diário Oficial da União (DOU), por meio da sistematização e organização dos conteúdos selecionados, de forma a explanar quantitativamente os dados públicos obtidos nesta plataforma digital, transformando-os em informações situadas cronológica e geoespacialmente, e ainda verificar sua relação com a evolução dos casos novos de COVID-19 no contexto dos estados brasileiros.

Cabe aqui destacar a iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na organização de uma plataforma própria para compilação dessas habilitações, disponibilizada no seu portal, através do Painel de Monitoramento de Habilitações de Leitos SRAG/UTI Covid-19 [4]. O referido Painel é atualizado a cada nova habilitação publicada no DOU e dispõe de informações como: número de habilitação por município e UF, tipo de leito de UTI habilitado (adulto/pediátrico), identificação do estabelecimento de saúde correspondente, tipo de gestão (estadual/municipal), além do link de acesso às respectivas portarias de habilitação.

2. MÉTODOS

Quando se trata de dados quantitativos, as análises mais frequentes são as de cunho descritivo e as de cunho inferencial [5]: o primeiro visa a promover informação acerca das quali-

dades básicas de dados por meio de estatísticas nomeadas descritivas, como alcance, frequência ou incidência, enquanto o segundo utiliza essa descrição, feita de maneira apropriada, para inferir padrões, causas e efeitos das quantidades demonstradas.

Para descrever a evolução da oferta de leitos de UTI no SUS no enfretamento da COVID-19, durante o período de 15 de abril a 15 de agosto de 2020, foram extraídos dados públicos acerca da quantidade de 'leitos UTI COVID-19', habilitados pelo Ministério da Saúde, diretamente do portal digital do DOU, pelo qual as publicações das portarias são publicizadas. Após compilação literal do conteúdo dessas publicações, procedeu-se à tabulação, conferência dos dados, e sua organização por estado.

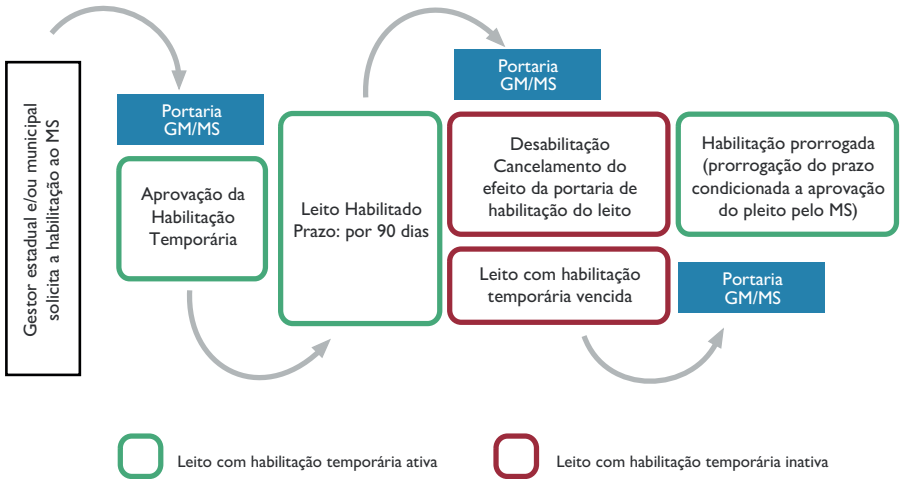
Na perspectiva de aferir a existência de uma correlação mais direta entre a habilitação desses leitos e a situação epidemiológica nos estados, foi realizado o levantamento, no Painel COVID-19 disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, dos casos novos de COVID-19 registrados no mesmo período. Na sequência, foi calculada a distribuição percentual dos leitos habilitados e dos casos novos registrados, comparando, nos respectivos estados, os resultados obtidos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Publicada no portal virtual do DOU, cada portaria de habilitação identifica o estabelecimento de saúde beneficiado, relacionando em uma tabela o número de leitos de UTI COVID-19 habilitado e o valor correspondente, o tipo específico do leito (adulto ou pediátrico), o tipo de gestão (estadual ou municipal) sob a qual o estabelecimento se submete, o nome e o código do município onde está situado o estabelecimento e o respectivo estado.

Os recursos financeiros aportados correspondem ao valor da diária definido pela Portaria SAES /GM nº 237, por leito habilitado, no período de 90 dias, com possibilidade de prorrogação, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e conforme a dinâmica de habilitação temporária de leitos de UTI para atendimento a pacientes com COVID-19, definida pelo referido órgão (**Figura 1**).

Figura 1. Dinâmica administrativa para a habilitação de leitos de UTI COVID-19 pelo Ministério da Saúde.

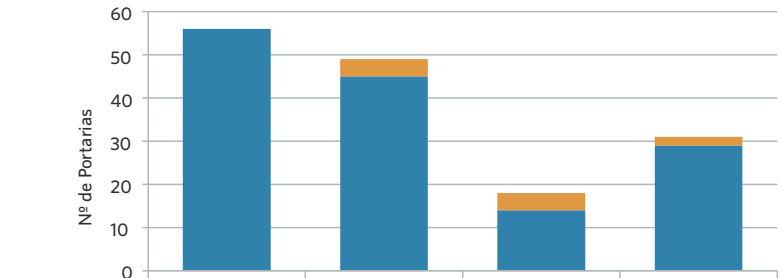


Antes de apresentar os resultados desse processo no período selecionado, é importante destacar o cenário da pandemia no Brasil até o final da Semana Epidemiológica (SE) 33 de 2020, cuja data, 15 de agosto, corresponde à data definida como ponto de corte deste estudo.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial (BEE) 27, até a SE 33, haviam sido confirmados 3.317.096 casos de COVID-19 no território brasileiro, colocando o país em segundo lugar no ranking mundial de número de casos acumulados – perdendo apenas para os Estados Unidos – e, dentre os países com população acima de 1 milhão de habitantes, na oitava posição em relação ao coeficiente de incidência:15.785 casos/1 milhão de habitantes. Em relação aos óbitos, foram registradas 107.232 vidas perdidas para a COVID-19, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 510 óbitos por milhão de habitantes até aquela data [6].

Desde a publicação das portarias que instituíram a habilitação temporária de leitos de UTI para atendimento dos pacientes com a COVID-19, em março de 2020, até 15 de agosto do mesmo ano, foram publicadas 154 portarias, sendo 144 relativas à habilitação de leitos e 10 à desabilitação, ou seja, ao ato de revogar ou sustar o efeito de algumas portarias de habilitação anteriormente publicadas (**Gráfico 1**). Vale destacar que, apesar das Portarias GM/MS nº 414 e GM/MS nº 568 terem sido publicadas em março, a habilitação desses leitos ocorreu a partir de abril de 2020.

Gráfico 1. Nº de portarias GM/MS de habilitação/desabilitação de leitos UTI/COVID-19 publicadas no DOU, por período selecionado. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020.



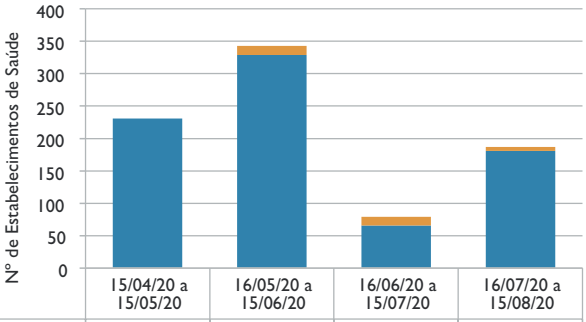
	15/04/20 a 15/05/20	16/05/20 a 15/06/20	16/06/20 a 15/07/20	16/07/20 a 15/08/20
Desabilitação	0	4	4	2
Habilitação	56	45	14	29

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento das portarias de habilitação publicadas no DOU.

Tais habilitações envolveram 678 estabelecimentos de saúde distribuídos nos 26 estados da federação e no Distrito Federal, dos quais 346 pertencem à administração pública; 51 a entidades empresariais; e 281, a entidades sem fins lucrativos. Em relação à gestão, 266 (39%) estabelecimentos estão sob gestão estadual; e 412 (61%), sob gestão municipal.

Ao desagregar a trajetória das habilitações em intervalos mensais, observa-se que o período com maior número de estabelecimentos com leitos habilitados foi entre 16 de maio e 15 junho; e, com o menor, o período entre 16 de junho e 15 de julho, em que pese a existência, na época, de demandas represadas de solicitações de novas habilitações no Ministério da Saúde, conforme relato de alguns gestores em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em 30 de julho de 2020 (**Gráfico 2**). Por corresponder ao quantitativo de leitos habilitados conforme data de publicação no DOU, vale esclarecer, por oportuno, que, no referido gráfico, um mesmo estabelecimento pode aparecer em mais de um intervalo de tempo definido pelo estudo.

Gráfico 2. Nº de estabelecimentos de saúde com leitos UTI/COVID-19 habilitado/desabilitados pelo Ministério da Saúde, por período selecionado. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020

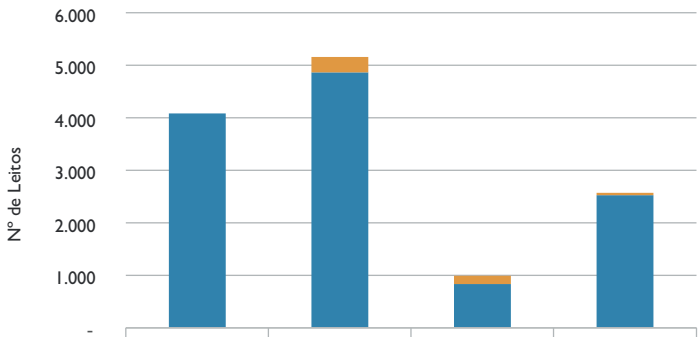


	15/04/20 a 15/05/20	16/05/20 a 15/06/20	16/06/20 a 15/07/20	16/07/20 a 15/08/20
Estabecimentos com leitos desabilitados	0	14	13	6
Estabelecimentos com leitos habilitados	231	329	66	181

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento das portarias de habilitação publicadas no DOU.

Em relação ao quantitativo de leitos UTI COVID-19, foram habilitados, no período, 12.317 leitos, dos quais 494 foram desabilitados, alguns por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), outros por solicitação da SES, outros por solicitação da SMS, e ainda em consequência da avaliação da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD) do Ministério da Saúde. O maior número de leitos habilitados ocorreu entre 16 de maio e 15 de junho, assim como o número de desabilitações (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Nº de leitos UTI/COVID-19 habilitados/desabilitados pelo Ministério da Saúde. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020

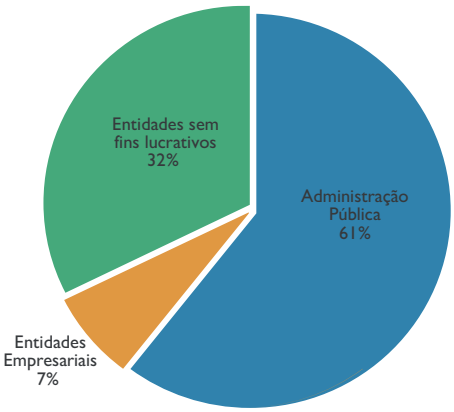


	15/04/20 a 15/05/20	16/05/20 a 15/06/20	16/06/20 a 15/07/20	16/07/20 a 15/08/20
Leitos Desabilitados	0	291	157	46
Leitos Habilitados	4.083	4.868	840	2.526

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento das portarias de habilitação publicadas no DOU.

Do total de leitos habilitados no período, 7.472 (61%) encontram-se em estabelecimentos da administração pública; 850, em entidades empresariais (7%); e 3.995, em entidades sem fins lucrativos (32%). (**Gráfico 4**).

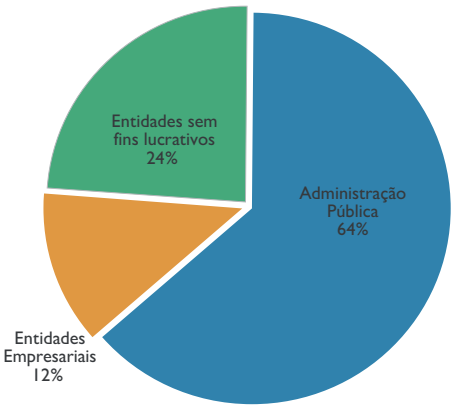
Gráfico 4. Distribuição percentual dos leitos de UTI COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde, segundo natureza do prestador. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020,



Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento das portarias de habilitação publicadas no DOU.

Dos leitos desabilitados, 315 (64%) encontram-se em estabelecimentos da administração pública; 59, em entidades empresariais (12%); e 120, em entidades sem fins lucrativos (24%). (**Gráfico 5**).

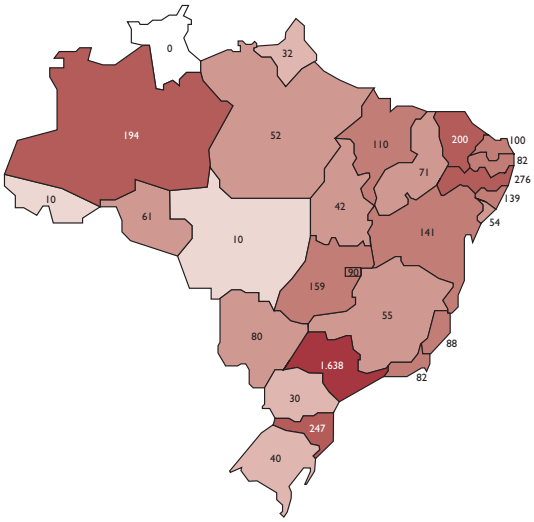
Gráfico 5. Distribuição percentual dos leitos de UTI COVID-19 desabilitados pelo Ministério da Saúde, segundo natureza do prestador. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento das portarias de habilitação publicadas no DOU.

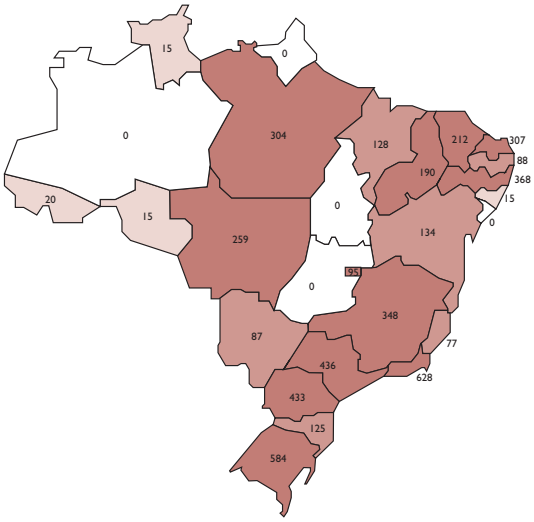
A identificação geográfica das habilitações de leitos de UTI COVID19, publicadas no DOU, permite visualizar melhor a evolução da distribuição dessas habilitações pelo Brasil nos períodos definidos para esta análise, a saber: 15 de abril a 15 de maio (**Figura 2**); 16 de maio a 15 de junho (**Figura 3**); 16 de junho a 15 de julho (**Figura 4**); e 16 de julho a 15 de agosto (**Figura 5**).

Figura 2 - Distribuição das Habilitações de Leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU, no período de 15 de abril a 15 de maio de 2020, por UF



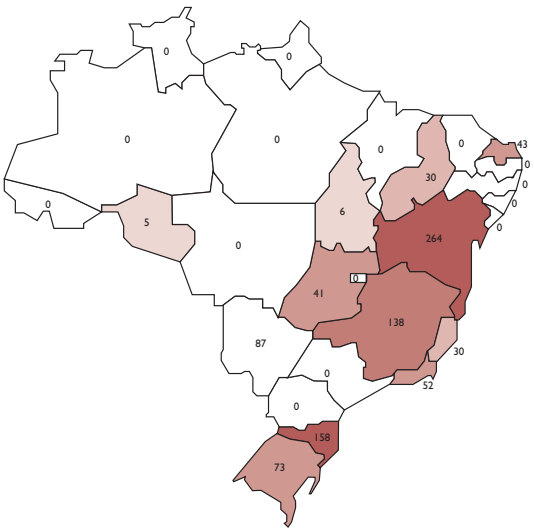
Fonte: DOU.

Figura 3 - Distribuição das Habilitações de Leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU, no período de 16 de maio a 15 de junho de 2020, por UF



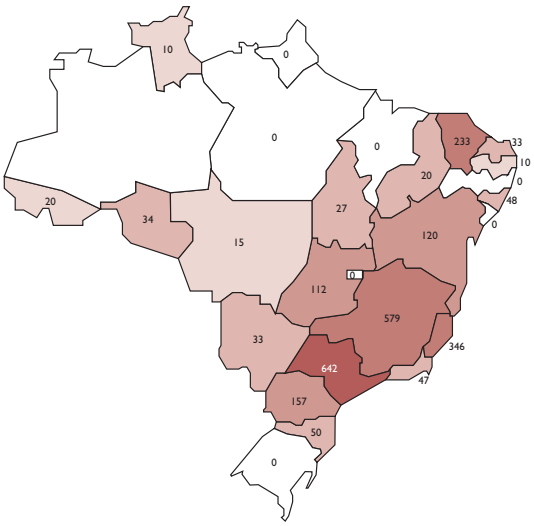
Fonte: DOU.

Figura 4 - Distribuição das Habilitações de Leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU, no período de 16 de junho a 15 de julho de 2020, por UF



Fonte: DOU.

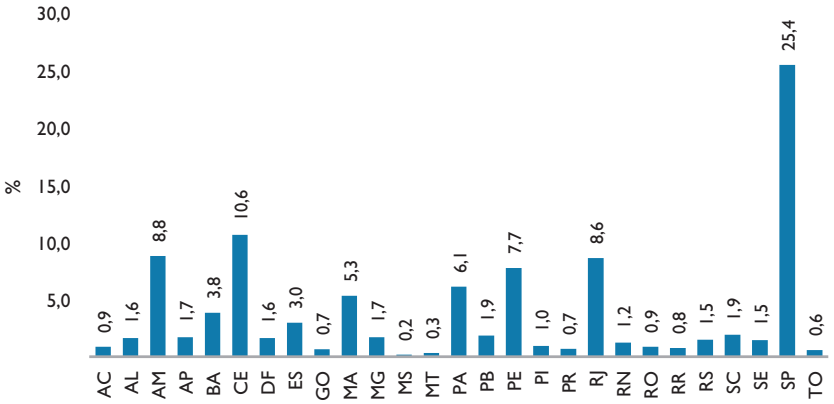
Figura 5 - Distribuição das Habilitações de Leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU, no período de 16 de julho a 15 de agosto de 2020, por UF



Fonte: DOU.

Observa-se que, no período de 15 de abril a 15 maio, as habilitações abrangeram todos os estados da federação, à exceção de Roraima. São Paulo foi o estado com maior número absoluto de leitos habilitados, seguido por Pernambuco e Santa Catarina (**Figura 2**). Nesse período, foram registrados 192.961 casos novos de COVID-19, dos quais 25,4% localizados em São Paulo. (**Gráfico 6**).

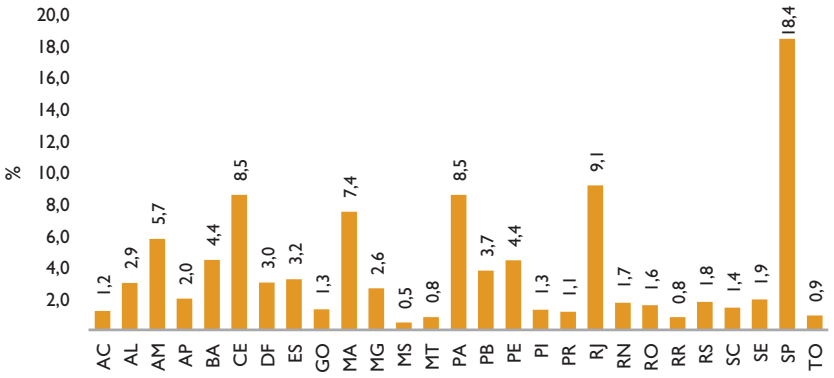
Gráfico 6. Distribuição percentual do número de casos novos de COVID-19, segundo estados da federação. Brasil, 15 de abril a 15 de maio de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Painel COVID-19, disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso 2020 set 28.

Dando prosseguimento a esse processo, os estados com maior número de leitos habilitados, no período de 16 de maio a 15 junho, foram: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraná. Quando comparados os dados entre este período (**Figura 3**) e o período anterior (**Figura 2**), observa-se um aumento acima de 100% na oferta desses leitos em 16 estados: Roraima; Mato Grosso; Rio Grande do Sul; Paraná; Rio de Janeiro; Minas Gerais; Pará; Rio Grande do Norte; Piauí; Acre; Pernambuco; Maranhão; Mato Grosso do Sul; Paraíba; Ceará; e Distrito Federal. Os primeiros leitos habilitados no estado de Roraima foram nesse período. Na ocasião, dos 670.048 casos novos de COVID-19 notificados, 44,5% se concentravam nos estados de São Paulo; Rio de Janeiro; Pará e Ceará. (**Gráfico 7**).

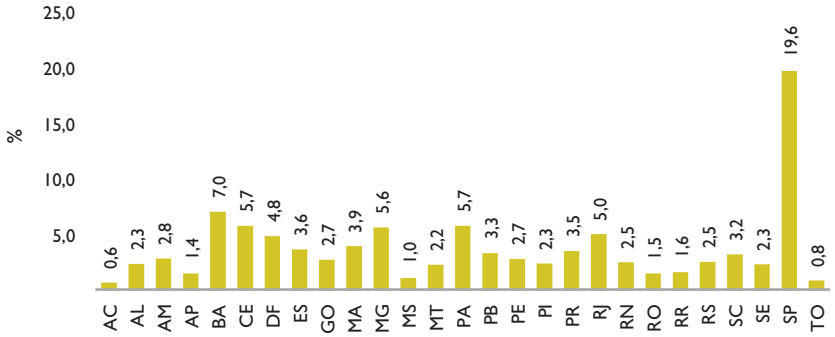
Gráfico 7. Distribuição percentual do número de casos novos de COVID-19, segundo estados da federação. Brasil, 16 de maio a 15 de junho de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Painel COVID-19, disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso 2020 set 28.

O menor número de habilitações publicadas no DOU ocorreu entre os dias 16 de junho e 15 de julho. Nessa época, foram habilitados leitos em 11 estados: Bahia; Santa Catarina; Minas Gerais; Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Goiás; Piauí; Espírito Santo; Tocantins; e Rondônia (**Figura 4**). No mesmo período, o país ultrapassou a marca de mais de 1 milhão de novos casos de COVID-19, dos quais 19,6% registrados no estado de São Paulo, seguido pelos estados da Bahia (7,0%), do Ceará (5,7%) e do Pará (5,7%). (**Gráfico 8**)

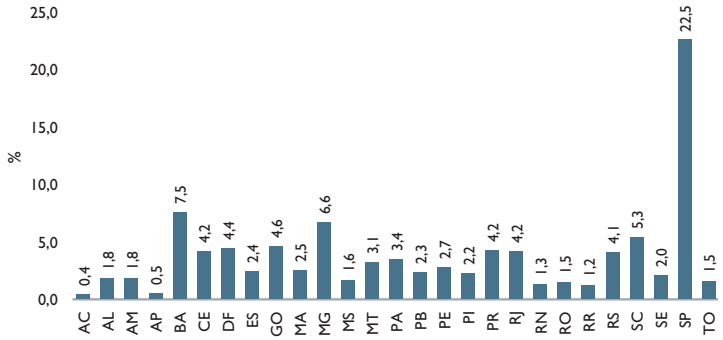
Gráfico 8. Distribuição percentual do número de casos novos de COVID-19, segundo estados da federação. Brasil, 16 de junho a 15 de julho de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Painel COVID-19, disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso 2020 set 28.

No último período que compõe este estudo, que corresponde ao levantamento das habilitações dos leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU entre os dias 16 de julho e 15 de agosto, foram habilitados 2.526 novos leitos de UTI COVID-19 pelo país, dos quais 1.567 localizados nos estados de São Paulo, de Minas Gerais, e do Espírito Santo (**Figura 5**). Vale ressaltar que, a partir do mês de julho, os leitos habilitados em abril, que não foram prorrogados, deixaram de ser financiados com recursos federais, em razão do vencimento do prazo de 90 dias, predeterminado nas respectivas portarias. Quanto ao comportamento da COVID-19, observa-se ainda um crescimento ascendente, levando o país ao patamar de 1.350.348 casos novos nesse mesmo período, dos quais 22,5% localizados em São Paulo. (**Gráfico 9**).

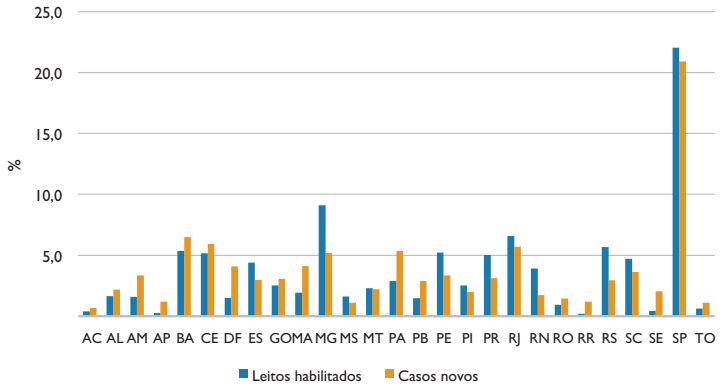
Gráfico 9. Distribuição percentual do número de casos novos de COVID-19, segundo estados da federação. Brasil, 16 de julho a 15 de agosto de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Painel COVID-19, disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso 2020 set 28.

Ao comparar a distribuição percentual pelo país do número de leitos de UTI habilitados para o enfretamento da pandemia com o número de casos novos de COVID-19, de 15 de abril até 15 de agosto, pode-se inferir que em determinados estados a proporção de leitos habilitados foi abaixo do esperado, quando correlacionado ao cenário epidemiológico (**Gráfico 10**).

Gráfico 10. Comparativo entre o percentual de leitos de UTI COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde e de casos novos de COVID-19, por UF. Brasil, 15 de abril a 15 de agosto de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir das Portarias de Habilitação de Leitos de UTI COVID-19 publicadas no DOU no período de 15 de abril a 15 de agosto de 2020 e dos casos novos de COVID-19 registrados no Painel COVID-19 no mesmo período, disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso 2020 set 28.

Alguns fatores podem estar relacionados com esse comportamento, tais como: iniquidade na oferta de leitos de UTI no território, mesmo antes da pandemia; inadequação do leito pleiteado aos critérios estabelecidos nas Portarias GM/MS nº 414, de 18 de março de 2020, e GM/MS nº 568, de 26 de março de 2020; descompasso entre a solicitação da habilitação pelas Secretarias de Saúde e a resposta por parte do Ministério da Saúde; incorporação de novas estratégias acerca do manejo do paciente com COVID-19, entre outros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19, sem dúvida, constitui-se um dos maiores desafios sanitários deste século. No Brasil, até o dia 15 de agosto – oito meses depois do início da epidemia na China, em dezembro de 2019 – 3.317.096 casos de COVID-19 já haviam sido registrados – o que corresponde a uma taxa de incidência, à época, de 15.785 casos/1 milhão de habitantes – e 107.232 vidas perdidas por essa causa. Tal número poderia ser ainda maior se não fosse pelo esforço dos gestores no sentido de ampliar a oferta de leitos de UTI no SUS, sendo a habilitação temporária dos leitos de UTI para atendimento a esses pacientes uma importante medida no enfrentamento da pandemia, uma vez que mais de 10 mil novos leitos de UTI foram habilitados e ofertados pelo SUS todo o país durante o período selecionado.

Contudo, observando a distribuição proporcional desses leitos e dos casos novos de COVID-19 entre os estados da federação, constata-se que em todos os estados da região Norte, ao contrário daqueles localizados nas regiões Sul e Sudeste, a proporção de casos novos de COVID-19 foi superior à proporção de leitos habilitados nos respectivos estados, podendo-se inferir que tal fato mantém estreita relação com o histórico *deficit* na oferta de serviços de saúde naquela região.

Tais resultados revelam a necessidade de expansão do número de leitos de UTI no SUS, sobretudo naqueles territórios onde predominam os vazios assistenciais. Nesse sentido, é imprescindível a implementação de políticas públicas destinadas à distribuição mais equitativa dos serviços de saúde no país.

Por fim, vale destacar a relevância da informação estratégica para a gestão, de forma adequada e oportuna, tanto para subsidiar a elaboração de políticas públicas quanto para o monitoramento de sua implementação, a exemplo da iniciativa do Conass ao compilar essas habilitações em uma plataforma própria, e disponibilizá-las no portal da instituição, através do Painel de Monitoramento de Habilitações de Leitos SRAG/UTI Covid-19.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331746/WHO-2019-nCoV-Oxygen_sources-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

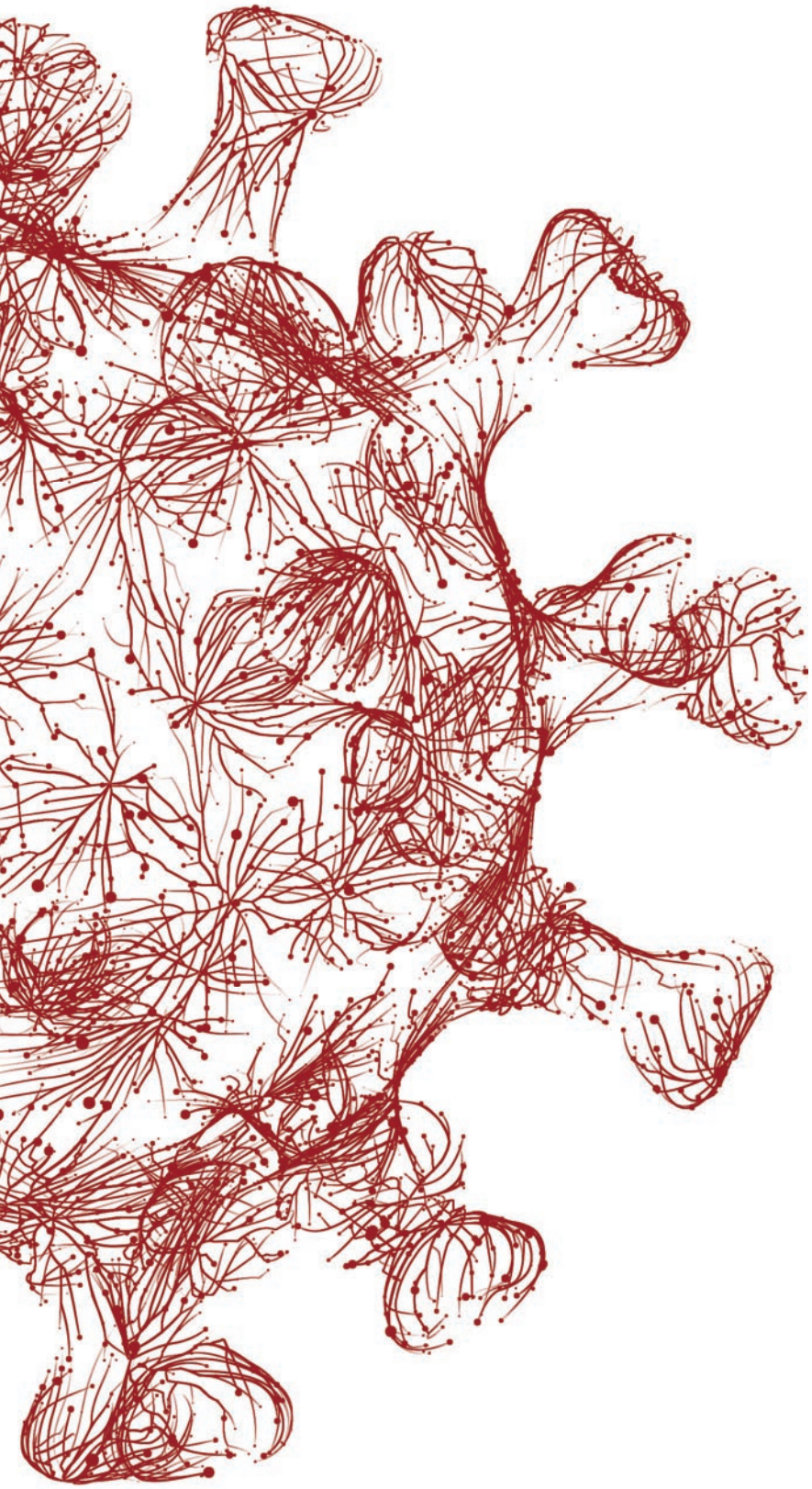
2. Guo YR, et al. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. Mil Med Res. 2020;7(1):11. doi: https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0.

3. Noronha KV, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):e00115320. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320.

4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Leitos SRAG/UTI COVID-19. Monitoramento de Habilitações [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 20] Disponível em: https://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/.

5. Ven Elst H. Foundations of Descriptive and Inferential Statistics (version 4). arXiv; 2019. doi: https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2112.3044.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 27 – Semana Epidemiológica 33 [Internet]. 08 a 15/08 2020 [acesso 2020 ago 20] Disponível em: http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/19/Boletim-epidemiologico-COVID-27.pdf.



AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS EM TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19

Alex Ricardo Martins[1], Everton Soeiro[2], Fábio Gregory[3], José Maurício de Oliveira[4], Luiz Fernando Lima Reis[5], Rafael Saad Fernandez[6], Rasível dos Reis Santos[7], Vânia Rodrigues Bezerra[8], Welfane Cordeiro Júnior[9]

Resumo: No Brasil, o primeiro caso reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) de COVID-19 ocorreu em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Até o final de abril deste ano, a doença já havia causado impactos na saúde mais relevantes que a H1N1, a dengue e o sarampo em 2019. Diante dos desafios do MS e de todo o Poder Público, várias entidades se mobilizaram para auxiliar no enfrentamento. Este artigo busca, por intermédio de um relato, compartilhar a experiência da Aliança Todos Pela Saúde. O Banco Itaú, por meio da Fundação Itaú, estabeleceu parceria com o Hospital Sírio-Libanês, convidando especialistas de todo o país, para comporem um conselho de especialistas que opinassem e tomassem as decisões sobre todos os caminhos do projeto. Nasce o Todos pela Saúde. Com o lançamento do projeto, uma equipe de especialistas se organizou em uma estrutura formada por quatro eixos para combater a pandemia, apoiando as iniciativas da saúde pública, são eles: informar, proteger, cuidar e retomar. Baseados nas boas práticas em emergências, foram criados um Gabinete de Crise e uma Sala de Situação. As ações abrangeram todo o país e foram articuladas com o Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios e sua estrutura.

Palavras-Chave: COVID-19. Gestão. Saúde Pública. Investimento Social.

1 Marketing, Gerente de Projetos do Hospital Sírio Libanês. alex.rmartins@hsl.org.br.

2 Médico, Especialista em Educação do Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0512926084072811. everton.soeiro@hsl.org.br.

3 Médico, Superintendente de Novos Negócios do Hospital Sírio Libanês. fabio.gregory@hsl.org.br.

4 Médico, Especialista em Educação do Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5941324590706207. jomauricio@uol.com.br.

5 Bioquímico, Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8296739883987900. luiz.reis@hsl.org.br.

6 Professor, Gerente de Consultoria no Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1469881191621481. rafael.sfernandez@hsl.org.br.

7 Médico, Especialista em processos do projeto Lean nas Emergências do Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4228179232801661. rasivel.rsantos@hsl.org.br.

8 Relações Públicas, Superintendente de Responsabilidade Social no Hospital Sírio Libanês. rasivel.rsantos@hsl.org.br. vania.rodrigues@hsl.org.br.

9 Médico, Coordenador Médico do projeto Lean nas Emergências PROADI-SUS do Hospital Sírio Libanês. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9388512572405582. welfane.cordeiro@hsl.org.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3ntAh1N

1. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, foi descoberto em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China. Esse vírus vem de uma linhagem que causa infecções respiratórias e sistêmicas. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, em um paciente com 61 anos que havia viajado para a Itália, e o primeiro óbito confirmado por complicações da contaminação pelo vírus ocorreu no dia 17 de março de 2020. Até o final de abril deste ano, a doença já havia matado mais que a H1N1, a dengue e o sarampo em 2019, em especial na região Norte, onde a rede de serviços de saúde se mostrou frágil rapidamente.

O impacto global não se estabeleceu apenas na saúde, mas também na economia e no modo de vida das diferentes populações. Diante dos desafios do Ministério da Saúde (MS) e de todo o Poder Público, das incertezas sobre diagnóstico e tratamentos da doença e da comoção social, da realidade inesperada apresentada pela pandemia de COVID-19 em nível nacional e mundial, era preciso participação proativa, coletiva e colaborativa. Neste cenário, em que se instalou uma crise humanitária mundial, surgiu a Aliança Todos pela Saúde (TPS).

Este artigo recapitula parte da grande história, que reuniu a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL), Fundação Itaú, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) com o objetivo de mitigar os efeitos da pandemia da COVID-19 no país por meio de ações suplementares, estratégicas e coordenadas e auxiliar o poder público e as entidades não governamentais no enfrentamento do problema.

As diversas articulações, reflexões que permearam o processo e as ações, que permitiram dar corpo para esta aliança, são relatadas aqui para que possam ser tomadas como referência no futuro.

2. MÉTODO

Este artigo busca, por intermédio de um relato de experiência, descrever e analisar a aplicação de processos, métodos e ferramentas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19; e demonstrar os resultados e lições aprendidas com a Aliança TPS em parceria com a alta liderança do HSL e a Superintendência de Responsabilidade Social do HSL.

3. ALIANÇA TODOS PELA SAÚDE

A crise humanitária que se desenhava em um cenário incerto e volátil, visto com crescimento exponencial dos totais diários de infectados e mortos por COVID-19 no Brasil e no mundo, exigia uma resposta rápida e assertiva. Após um trabalho de sensibilização, o Banco Itaú, por meio da Fundação Itaú para Educação e Cultura, convidou o HSL para estabelecer uma parceria, convidando especialistas de todo o país, de diversos setores, para doarem horas de trabalho e comporem um conselho de especialistas que opinassem e tomassem as decisões sobre todos os caminhos do projeto.

Nasce, então, o TPS. O projeto foi lançado formalmente em 13 de abril de 2020. Com o lançamento do projeto, as ações foram estruturas em quatro eixos: Informar – esclarecimento da população e orientação para uso correto de máscaras de proteção; Proteger – compra de equipamentos de proteção e ações de prevenção; Cuidar – compra de equipamentos hospitalares e testagem da população, além de apoio na construção de Centros de Acolhimento; Retomar – apoio a pesquisas epidemiológicas e para o tratamento da COVID-19.

O grupo de especialistas foi composto pelo Presidente do Hospital Albert Einstein, um consultor do Conass, um grande pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), um ex-diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o fundador da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, um médico oncologista e pesquisador renomado, todos referências em suas áreas e portadores de um propósito de bem comum para as pessoas e o Brasil. O Diretor-Geral do HSL ficou responsável por liderar esta iniciativa, e a Superintendente de Responsabilidade Social, por articular, com o MS e Secretários Estaduais de Saúde, uma aliança técnica e estratégica, inclusive com aceite formal do projeto. O Banco doou R$ 1 bilhão para o projeto. Formou-se um grande *hub*, com concentração de esforços e de diferentes atores institucionais, unidos pelo mesmo desafio e com objetivos comuns, transmitindo a mesma mensagem e fazendo com que se exercitasse uma "gestão de interfaces", em que o esforço era definir, controlar e comunicar.

4. AÇÕES SUPLEMENTARES, ESTRATÉGICAS E COORDENADAS

4.1 ORGANIZAÇÃO INTERNA

Baseados nas boas práticas em situações de emergência, foram criados um Gabinete de Crise e uma Sala de Situação.

Adotou-se o conceito de Sala de Situação:

Conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma sequência temporal particular, empregando recursos voltados ao alcance de um objetivo específico, em resposta a uma situação julgada problemática que afeta certa população [1].

Os pilares para funcionamento da sala de situação foram empregados para definir a estratégia, as pessoas necessárias, como comunicar internamente e externamente e os recursos necessários. Com a premissa de que trocas e decisões deveriam ser rápidas.

Quadro 1. Pilares da Sala de Situação

Estratégia	Pessoas	Comunicação	Recursos
Plano de Crise Avaliação de Impacto Reavaliação contínua Mudanças de Fluxos	Líder Especialista Facilitador *Hands-on* Comunicador Operacional Perfil: Influente, dinâmico, resiliente, com capacidade de execução.	Interna Externa	Materiais Suprimentos Logísticos Financeiros

Fonte: Elaborado pelos autores.

O lema "ver e agir" deu sentido ao trabalho das equipes por meio dos recursos locais e do acúmulo de conhecimento dos especialistas. O sentido de prontidão deu o espírito e o tom para que, no formato de *petit comité,* a análise e reavaliação contínua das ações acompanhassem a mudança do contexto e que fossem adequadas; a centralização das decisões; a definição de papéis e responsabilidades e o cuidado uns com os outros de forma incisiva.

A estratégia foi, então, buscar "dentro de casa" os talentos para estarem na linha de frente, com a vivência e conhecimento do Sistema único de Saúde (SUS) adquirido mediante participação nos projetos executados pelo Escritório de Responsabilidade Social do HSL. As diferentes equipes já possuíam *know how* para resposta rápida e relacionamento próximo com diversos hospitais públicos e Secretarias de Saúde, tanto estaduais como municipais, pela abrangência dos projetos em todo o país.

Foi, então, apresentada para as três esferas do Governo a oferta de nossa *expertise* e recursos humanos com foco em planejamento, Centros de Operação de Emergência, Gabinete de Crise e a disponibilidade dos técnicos. Naquele momento, todas as ações dos projetos foram direcionadas à organização dos hospitais e Secretarias de Saúde para enfrentamento da pandemia, por meio de acordo firmado com o MS. Concomitantemente, uma reunião virtual com os 27 Secretários Estaduais de Saúde foi organizada com o Conass, para apresentar as ações de apoio ao enfrentamento da pandemia já delineadas, suas principais diretrizes e estratégias de funcionamento.

O time de profissionais do HSL acumula experiência na organização das portas hospitalares e situações de crise, e suas equipes foram destinadas a acompanhar de perto o dia a dia dos hospitais na montagem dos gabinetes de crise e definição de metodologia de coleta, análise e tomada de decisão baseada em dados.

Em paralelo à mobilização do TPS, a Alta direção do MS solicitou apoio nas Ações Estratégicas do SUS por meio do projeto Sala de Comando e implementou, aos processos já em andamento, a coleta de indicadores relacionados com a pandemia. A rápida e eficiente mineração dos dados apontava para um cenário assustador, e essas ações foram decisivas para o enfrentamento da pandemia.

5. A REALIDADE ENCONTRADA

Em quatro semanas, viajamos o país inteiro para realizar um primeiro diagnóstico da situação, e as equipes em campo reportavam situações complexas e espantosas dos locais em que estavam atuando. A falta de estrutura nas instituições, a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de respiradores impossibilitavam o avanço das ações.

Internamente, os especialistas, em contato com países da Europa, alertavam para a gravidade da situação e a necessidade de preparação, com leitura e discussão do cenário diariamente.

A mídia noticiava a situação do estado do Amazonas, onde não havia como acomodar doentes nos hospitais, mortos nos necrotérios, além de providenciar as devidas exéquias.

As reflexões, nesse momento, eram quando e como ampliar a atuação, rompendo com limites institucionais que a situação exigia, como não conflitar com posições antagônicas no Governo Central às medidas recomendadas pela experiência internacional e pela Organização Mundial da Saúde, qual a melhor estratégia para somar parceiros com *expertises* necessárias à situação, como financiar ações fora do espaço público.

6. UMA RESPOSTA EM CURTO PRAZO

Uma das maiores angústias era como ofertar apoio material, pois, nesse momento, a máquina pública tinha dificuldade de aquisição de EPI e equipamentos essenciais, seja pela falta no mercado, seja pelas próprias regras da administração pública.

A aliança de especialistas entendeu que as ações locais ou nacionais em andamento estavam aquém do alcance necessário, sendo imperiosa uma ação maior e rápida, principalmente no campo da estratégia e logística, que pudesse dar respostas em curto prazo e tempo para o poder público se organizar.

Uma grande força tarefa foi organizada para buscar contatos no mercado e traçar soluções que apoiassem uma ação maior. Um trabalho logístico imenso e difícil. Foram comprados equipamentos de proteção individual, respiradores, oxímetros; o fator complicador passava a ser a urgência na entrega dos itens em locais remotos do Brasil por via terrestre, aérea e fluvial. A colaboração da Força Aérea Brasileira foi crucial para a logística do projeto.

Outro desafio foi encontrar insumos, a indústria da saúde nacional e internacional não conseguia dar resposta, com a velocidade necessária, acarretando problemas com a qualidade dos materiais e atrasos de entregas.

7. TÉCNICOS DE REFERÊNCIA (TR)

Estrategicamente, a prioridade foi fortalecer ou implantar, em todos os estados da federação, um Centro de Operações de Emergência em saúde Pública – COE COVID-19, e Gabinetes de Crise em todos os hospitais de referência COVID-19.

Para esta operação, foram recrutados 27 Técnicos de Referência, um para cada estado e Distrito Federal, que se dividiam nas regiões brasileiras. Tendo um coordenador para cada região e dois coordenadores gerais. A ideia era que se utilizasse o potencial local e se construísse rapidamente um plano de contingência, para que se pudesse buscar outros recursos: reunir técnicos da saúde, pactuar ideias, prever cenários e soluções.

O TR pertence a um seleto grupo de pessoas que tinham vivência de envolvimento com o Sistema Único de Saúde, compromisso com a Saúde Pública, conheciam as regiões e suas dinâmicas, haviam atuado em projetos executados pelo Hospital Sírio-Libanês nestes locais ou moravam no estado e tinham qualificação para se relacionarem com a alta gestão nos estados.

A função do TR era estabelecer contato com o COE de cada estado, levantar a situação local, monitorar os dados para gestão de crise, os chamados “4 Es” – Espaço, Equipe, Equipamentos médicos e Equipamentos de proteção individual.

Dados estes que alimentavam o sistema de informação TPS, viabilizando a análise dos especialistas para que pudessem tomar decisões baseadas em evidências, dados epidemiológicos e científicos.

Toda solicitação de apoio ao projeto pelos estados e municípios era qualificada pelo TR, verificando a real necessidade e a urgência, além de acompanhar a entrega das doações *in loco*.

O grande desafio para o TR foi suscitar, nas equipes de gestão dos hospitais e Secretarias de Saúde, o senso de urgência para os estados, pois a epidemia se desenvolveu diferente em cada região, o que levava os gestores a não valorizarem o planejamento e preparo para enfrentar a crise.

8. TÉCNICOS DE RESPOSTA HOSPITALAR

As equipes de especialistas em Emergências, já em campo, destinados a apoiar os diversos hospitais públicos do país haviam construído forte relação de confiança com as equipes hospitalares, foram então nomeados como Técnicos de Resposta Hospitalar (TRH), continuando a visitar os hospitais de referência para COVID-19 em cada estado e articulando com o TR as ações locais. Aos TRH, cabia organizar os hospitais, criar e apoiar os Gabinetes de Crise. As necessidades de organização dos processos iam além, e as equipes puderam apoiar os municípios e estados na montarem da rede de serviços e fluxos para o atendimento à COVID-19, auxiliar no aprimoramento dos planos de contingência, no funcionamento dos Gabinetes de Crise e tutorias remotas

9. MONITORAMENTO DE DADOS

Pela grandiosidade de dados gerados e frente as dimensões do Brasil, o monitoramento de dados exigia soluções inovadoras, rápidas e eficazes, o TPS somou esforços para criar um aplicativo que pudesse, de forma pronta, oferecer aos COE's dados temporais e atualizados do movimento dos leitos e taxas de ocupação.

A dinâmica de análise dos dados e geração de informações foi estabelecida por um conjunto de encontros e reuniões diárias em diferentes momentos do dia, o principal objetivo era identificar semana a semana qual seria a prioridade de atendimento e prever possíveis situações de colapso, como o enfrentado no Amazonas, logo no início do projeto.

Uma forte parceria se estabeleceu, com o apoio do Conass, para que, em reuniões semanais, se pudesse discutir a situação e negociar dificuldades nos estados, assim como organizar demandas para o MS.

10. TODOS POR UMA ÚNICA CAUSA

As enormes dimensões do enfrentamento à pandemia fizeram com que as demais equipes dos projetos executados pelo HSL se unissem à causa, os projetos Saúde em nossas Mãos, Sepses em Unidades de Pronto Atendimento, Ações Estratégicas do SUS | Consultoria em Gestão e o projeto Regula Mais Brasil contribuíram de diferentes maneiras com ações customizadas às necessidades encontradas. Foram construídas e disponibilizadas para uso calculadoras de predição para observação do desenvolvimento da epidemia, cálculo do número de leitos necessários, respiradores, EPIs e capacidade dos necrotérios. Para munir de informações os diferentes grupos de trabalho para que pudessem receber notícias, fatos e dados de todos os estados do país de forma pontual e rápida, uma equipe foi dedicada para a aplicação da ferramenta *Pestel*, focada em descrever contexto local, dada a instabilidade política que acompanhou cada um dos estados e a grande diferença de estrutura e cultura em cada estado.

Foram elaborados relatórios semanais sobre cada estado contendo a quantidade de EPIs existentes e a porcentagem de uso, a quantidade de respiradores existentes e a porcentagem de uso, porcentagem de leitos de UTI e enfermaria ocupados, porcentagem de equipe disponível, ações realizadas, ações monitoradas, hospitais de referência ativos, taxa de isolamento social, óbitos e número de casos novos, além de observações sobre o funcionamento do COE, a curva epidêmica, os caminhos críticos e pontos de atenção, fechando o *status report* para cada estado. Todos estes dados eram avaliados uma vez por semana, para programar a próxima semana, junto com os especialistas do Comitê.

Ainda, como forma de contribuição, foram ofertados, gratuitamente pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do HSL, sete cursos na modalidade de ensino a distância – Introdução à Ventilação Mecânica, Cuidador de Idosos, Manejo de Síndrome Gripal, Assistência ao Paciente, Atendimento ao Paciente Crítico, Manejo Respiratório e Assistência aos Profissionais de Saúde.

Uma equipe composta por profissionais de saúde do HSL foi deslocada presencialmente para montar hospitais de campanha e treinar equipes hospitalares em Roraima.

Foram estabelecidas parcerias com organizações não governamentais, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Médicos sem Fronteiras, Associações dos Povos da Floresta, para a realização de ações dedicadas especialmente à região Norte, no Amazonas e Roraima, iniciativas para proteger e cuidar da população indígena e imigrantes, que exigiram estratégias e logísticas diferentes, diante das peculiaridades do público e da região.

11. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho nas regiões foi complexo diante do cenário de uma pandemia e os impactos sociais e econômicos decorrentes da situação. O sistema político brasileiro se caracteriza por um pacto federativo, isso significa que estados e municípios possuem governo próprio e autonomia relativa em assuntos locais. Na maioria dos estados, há uma desarticulação entre gestor municipal

e estadual, no entanto as ações, e o próprio COE, exigiam uma integração. O Conass e Conasems foram essenciais para trabalhar politicamente estas questões.

As redes de atenção à saúde, em que pese a existência de orientação legal e diretrizes para funcionamento desde 2010, estão aquém da necessidade da maior parte das regiões. A pandemia representava um grande risco, e o principal dilema era o possível colapso do sistema de saúde do país. Já era sabido que a distribuição de leitos no SUS não é suficiente para as populações, 72% das regiões brasileiras têm número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) inferior ao considerado adequado em um ano típico (10 leitos a cada 100 mil habitantes) [(2)]. Frente a estimativa que 20% da população iria necessitar de atendimento hospitalar e que, destes, 5% de cuidados severos em unidade de terapia intensiva [(3)]. A corrida contra o tempo era organizar os leitos graves e enfermarias ao mesmo tempo em que a cultura de cuidado focado e giro adequado do leito fosse disseminada.

A força tarefa organizada para responder às necessidades de materiais, equipamentos e insumos teve, como resultado, a doação de 73,5 milhões de itens, dentre eles, máscaras N95, máscaras tradicionais, máscaras de tecido, aventais, álcool gel, luvas, *face shield*, óculos de proteção, ventiladores convencionais, ventiladores de transporte e monitores multiparamétricos. Ganham destaque os 104.581 oxímetros entregues a 5.570 municípios para unidade básica de saúde e 1.211 para comunidades indígenas, ação que resgatou a importância e o papel central da atenção primária no monitoramento da epidemia para evitar mortes e conter o contágio. Foram doados equipamentos e mobiliários para sete centros de acolhimento que tinham a intenção de favorecer o isolamento social em comunidades carentes, como por exemplo, na Favela de Heliópolis, uma das maiores de São Paulo. Os caminhoneiros, em diferentes pontos de acolhimento no país, puderam ser amparados com a entrega de EPI´s e a realização de testes. Em Roraima, principal porta de entrada de imigrantes no Brasil vindos da Bolívia e outras origens, o apoio foi feito à operação Acolhida do Exército Brasileiro na montagem de um hospital de campanha que serviria para a capital do estado, foram enviados equipamentos, mobiliários, EPI, consultores, profissionais de saúde para capacitar os colegas locais. 608 Instituições de Longa Permanência para Idosos receberam EPI, equipamentos, testagem e eletrodomésticos, televisão e rádio para mitigar os efeitos do isolamento social.

As diferentes nuances do enfrentamento à pandemia, o desejo de responder em tempo às necessidades, com o querer puro e genuíno de ajudar, costuraram uma colcha de ações e iniciativas que se tornaram legado para o SUS, tanto em bens matérias como intelectuais em gestão dos serviços de saúde. Desta forma, mitigar os efeitos da pandemia de COVID-19 no país por meio de ações suplementares, estratégicas e coordenadas traduzisse nos eixos:

Informar – Foram elaborados diversos vídeos educativos, que ainda estão disponíveis, com participação de personalidades artísticas, além de ações de propaganda e marketing, como colocação de máscara no Cristo Redentor do Rio de Janeiro, um monumento símbolo da cidade e do país, e inserções na televisão aberta e rádio.

Proteger - Distribuição de máscaras para a população produzidas por vários parceiros e equipamentos de proteção individual para trabalhadores de saúde em todos os 27 estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal.

Cuidar – Centros de Acolhimento, Projeto RADVID-COVID liderado por radiologistas que apoiaram remotamente o diagnóstico por tomografia ou radiografia dos pacientes e doação de equipamentos de suporte à vida.

Retomar - Apoio às pesquisas relativas ao tratamento com plasma, prevalência de soropositividade, etc. Na questão da testagem, foi construída uma parceria com a Fiocruz para viabilizar duas unidades dos centros de processamento de testes PCR e de sorologia para o novo coronavírus, localizadas no Rio de Janeiro (RJ), e em Eusébio (CE), com um investimento total de R$ 180 milhões. Além disso, serão um legado após a pandemia, pois poderão ser utilizados, futuramente, para a detecção de outras doenças. Também foi fornecido investimento para vacinas, destinando R$ 50 milhões para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro, que está trabalhando com a Universidade de Oxford e a farmacêutica britânica AstraZeneca, e mais R$ 50 milhões para o Instituto Butantan, em São Paulo, que produzirá outra vacina desenvolvida pela empresa chinesa Sinovac.

Importante ressaltar que o objetivo da Aliança Todos pela Saúde dialoga com a necessidade de enfrentamento estruturado da pandemia, mas reconhecemos que é um projeto suplementar ao Sistema Único de Saúde sem pretensão de substituição do importante e fundamental papel do SUS na sociedade brasileira.

A COVID-19 também trouxe questões na agenda pública, de que não se trata somente de uma pandemia, trazendo a discussão do conceito de sindemia. Uma sindemia não é apenas uma comorbidade, mas é caracterizada por interações biológicas e sociais que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a ter um pior desfecho na sua saúde a depender da classe social, acesso à saúde e doenças crônicas prévias. No caso da COVID-19, o enfrentamento das doenças não transmissíveis, tais como as doenças crônicas como Hipertensão, Diabetes e Obesidade será um pré-requisito para uma contenção bem-sucedida da pandemia [(4)].

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma parceria precisa de um propósito comum, uma missão clara, além de pessoas com visão de futuro. Esta aliança trouxe isso.

A situação também exigiu uma grande capacidade de diálogo e aceitação das posições e explicações diferentes, não se paralisando por discordâncias ou conflitos, o mantra era o bem comum acima de tudo.

Muitos adoeceram no processo, alguns gravemente, mas não perdemos ninguém, um êxito diante da exposição que o projeto exigiu.

As ações abrangeram todo o país, foram gigantes e provaram definitivamente que o substrato era o SUS, seus princípios e sua estrutura em construção, que fundamentaram as ações e deram o tom de solidariedade nos momentos difíceis. Ao contemplar as ações e esforços realizados, é límpido o legado entregue à sociedade. O sistema de saúde brasileiro desponta mais forte, percebeu que a tecnologia pode democratizar acesso e salvar vidas, que um sistema de informação é primordial para o planejamento e operação, que prontuário de paciente é vital na análise e registro dos casos e que as estruturas de saúde precisam se integrar, respeitando os limites e diferenças.

A estruturação das RAS. Os hospitais compreenderam que precisam integrar com prioridade as RAS e precisam continuar a construir parcerias.

É preciso dar visibilidade e exaltar os inúmeros trabalhadores, gestores e pesquisadores em saúde de todas as partes do país que se colocaram junto ao projeto, enfrentando as dificuldades mesmo diante de risco de vida. E os milhões de trabalhadores dos demais setores que, juntos, somaram seus esforços na realização cada um com uma parte da tarefa, transportando, costurando, manufaturando, consertando, formando, assim, um grande exército que depositou no projeto sua esperança e coragem.

REFERÊNCIAS

1. Potvin L, Gendron S. Programação e avaliação em saúde. in.: Seminário Avançado: Programação e Avaliação em Promoção 41 Da Saúde, 2006, Recife. Apostila. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira; 2006.

2. Malik A et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020.

3. LI L et al. 2019 novel coronavirus patients clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis. Journal of Medical Virology; 2020.

4. Horton R. Offline: COVID-19 não é uma pandemia. Lancet. Londres. Inglaterra. 2020;396(10255):874.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19

Renilson Rehem[1]

"Salus populi, suprema lex esto"

No século I aC, Marco Tulio Cícero pronunciou esta frase que se constituiu no primeiro princípio do direito público romano, e pode ser traduzida como: "a salvação do povo é a lei suprema".

Resumo: Há muito, já havia razões de sobra para que todos os brasileiros se orgulhassem do Sistema Único de Saúde (SUS), seguramente uma das maiores conquistas civilizatórias da nossa sociedade no século passado. Entretanto, a pandemia de COVID-19, a mais grave emergência sanitária que se abateu sobre o País desde a gripe espanhola de 1918-1920, veio ainda mais demonstrar a importância de um sistema de saúde público e universal, sobretudo em um país com desigualdades sociais e econômicas tão profundas como o Brasil. No entanto, a importância do SUS vai além do papel central do sistema no socorro à esmagadora maioria dos infectados pelo novo coronavírus. Discorre sobre o contexto das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil, sua participação em resposta à pandemia e as perspectivas de contribuição ao SUS no enfrentamento dos desafios no pós-pandemia. Trata-se de um ensaio, visando aprofundar o debate sobre o tema por meio da exposição de ideias e pontos de vista, buscando originalidade no enfoque, sem, contudo, explorar o tema de forma exaustiva. As OSS atuaram, em vários estados e municípios, na linha de frente na resposta a esta pandemia. Com elas, o sistema público conseguiu dar uma resposta rápida, eficiente e de qualidade às demandas geradas pela COVID-19. Por meio das parcerias com OSS, quase 7 mil leitos, entre gerais, de observação, estabilização e UTI, foram ativados no Brasil, apenas pelas OSS associadas ao Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Seguramente, os benefícios proporcionados pelo total das OSS são muito superiores a esses números. É possível considerar que, com essa página virada, o país conseguirá oferecer para a população, com a relevante participação das OSS, um SUS que disponha do financiamento necessário, que seja mais articulado, utilizando os recursos públicos de modo mais eficiente e preparado para novos desafios que sem dúvidas virão.

Palavras-Chave: Organização Social de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pandemia por COVID-19.

1 Médico sanitarista, Mestre em Administração de Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em planejamento de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará (UFC)/Organização dos Estados Americanos (OEA). Ex-secretário regional de Medicina Social do INAMPS, Ex-secretário da SAS/MS, Ex-secretário adjunto da SES SP. Superintendente Executivo do Hospital da Criança de Brasía. renilson.rehem@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/2LDntZy

1. INTRODUÇÃO

Salus populi suprema lex esto volta à cena nesta pandemia que provoca a discussão do bem comum que justifica medidas excepcionais por parte dos poderes públicos, que, por um lado, criam um "orçamento de guerra" e, por outro, restringem algumas liberdades aplicando o princípio republicano de preocupar-se com bem comum da coletividade.

No entanto, as profundas mudanças que acontecem nas sociedades no contexto desses momentos particulares e revolucionários da hist*ó*ria somente persistem se as sociedades forem capazes de transformar o senso comum. O que, das mudanças que ocorreram no setor saúde, tanto no comportamento das pessoas quanto nas ações de governos, permanecerá após a pandemia?

Há muito já havia razões de sobra para que todos os brasileiros se orgulhassem do Sistema Único de Saúde (SUS), seguramente uma das maiores conquistas civilizatórias da nossa sociedade no século passado. Entretanto, a pandemia de COVID-19, a mais grave emergência sanitária que se abateu sobre o País desde a gripe espanhola de 1918-1920, veio ainda mais demonstrar a importância de um sistema de saúde público e universal, sobretudo em um país com desigualdades sociais e econômicas tão profundas como o Brasil. No entanto, a importância do SUS vai além do papel central do sistema no socorro à esmagadora maioria dos infectados pelo novo coronavírus.

Essa importância decorre do dever constitucional e permanente desde 1998, de o Estado prestar a atenção integral à saúde de todos, inclusive a assistência hospitalar, mesmo em terapia intensiva e, também, pela enorme capilaridade do sistema que envolve de maneira ativa os 5.570 municípios brasileiros e todos os estados e o Distrito Federal.

No entanto, essa conquista constitucional do direito à saúde se reveste de enormes dificuldades para a gestão de estados e municípios quando confrontados com a difícil realidade de garantir o acesso aos serviços públicos de saúde a toda população. Esse desafio se torna ainda maior pelo subfinanciamento do sistema e pelas deficiências observadas em sua gestão, muitas vezes improvisada.

O SUS enfrenta esse desafio desde sua criação e, apesar das dificuldades, foi capaz de, no enfrentamento desta crise, organizar uma enorme prestação de serviços em todo o Brasil.

Entretanto, em que pesem os resultados positivos no enfrentamento da pandemia e os avanços do SUS nos últimos 30 anos, há que se reconhecer as limitações e as dificuldades de diferentes naturezas enfrentadas, como a grave crise do pacto federativo na área da saúde, a discussão sobre o papel dos municípios, o papel do setor privado da saúde e sua relação com o setor público e a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de participação social, entre outras.

Nessa história de dificuldades, o sistema público de saúde sempre contou com o apoio do Terceiro Setor, por meio de entidades filantrópicas de saúde que já existiam antes mesmo da criação do SUS.

A incapacidade, tanto do Estado liberal quanto do Estado Social, para atender às crescentes demandas da sociedade levou o Estado a reconhecer a necessidade de estabelecer relações de parceria com a iniciativa privada [(1)].

No momento, merecem atenção as parcerias realizadas com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nesse caso, trata-se de entidades sem fins de lucro que estabelecem parceria com a administração pública para gerenciar unidades públicas de saúde.

Em vários estados e municípios, muito antes da pandemia, já existiam experiências de parceria do Estado com o Terceiro Setor em Saúde por meio de Contratos de Gestão com OSS. Essas parcerias têm apresentado bons resultados, em que pesem as dificuldades resultantes da incompreensão do modelo por parte da própria gestão pública, com o seu mal uso e de alguns órgãos de controle e das enormes dificuldades de financiamento do sistema público de saúde.

A pandemia da COVID-19 chega justo em um período em que o SUS se encontra em um contexto de agravamento das dificuldades provocado por um cenário de crise fiscal e redução do orçamento público, que motivam questionamentos sobre as possibilidades de o Estado manter um sistema de saúde de caráter universal.

Perguntas sobre a viabilidade e sustentabilidade do SUS vinham, na última década, sendo colocadas cada vez com maior frequência. A pandemia veio mostrar, de uma vez por todas, que tais questionamentos não procedem, muito embora seja necessário reconhecer que o SUS precisa de aperfeiçoamento sem renunciar a seus princípios de universalidade e integralidade.

No entanto, mesmo com a existência do SUS e com essas parcerias, a pandemia do novo coronavírus já matou, até 5 de outubro, 146.352 brasileiros e 1.038.958 pessoas no mundo, segundo a Johns Hopkins University & Medicine [3]. Temos vivido, portanto, ao longo deste ano, um novo e grande desafio de saúde.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo discorrer sobre o contexto das OSS no Brasil, sua participação em resposta à pandemia e as perspectivas de contribuição para o SUS no enfrentamento dos desafios no pós-pandemia.

2. MÉTODO

Trata-se de um ensaio que, como tal, segundo Silveira [1], visa a aprofundar o debate sobre o tema por meio da exposição de ideias e pontos de vista, buscando originalidade no enfoque, sem, contudo, explorar o tema de forma exaustiva [4].

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O SUS E A SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES EM TEMPOS DE CRISE

Os primeiros movimentos do SUS para o enfrentamento da pandemia se deram sob a coordenação do Ministério da Saúde de modo articulado e integrado, envolvendo estados e municípios, como foi pensado por aqueles que o idealizaram e como vem se dando desde os seus primeiros passos.

Todavia, a tensão política gerada pelos efeitos dramáticos da pandemia sobre a economia fez com que fosse substituído o titular da pasta, e iniciado um período de descoordenação e desarticulação do SUS com graves consequências sobre a sua ação no enfrentamento dessa crise sanitária. Pois se engana quem entende que o Ministério da Saúde não tem relevância no seu papel de gestor nacional do sistema. Esse quadro não foi mais grave graças às iniciativas de estados e municípios, articuladas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

De todo modo, as estratégias adotadas foram distintas em cada estado e município, na dependência do grau de amadurecimento da gestão pública de saúde e de suas possibilidades, principalmente em função da capacidade hospitalar instalada e, nesta, de terapia intensiva.

As OSS atuaram, em vários estados e municípios, na linha de frente na resposta a esta pandemia. Com elas, o sistema público conseguiu dar uma resposta rápida, eficiente e de qualidade às demandas geradas pela COVID-19. Por meio das parcerias com OSS, quase 7 mil leitos, entre gerais, de observação, estabilização e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foram ativados no Brasil, apenas

pelas OSS associadas ao Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross). Seguramente, os benefícios proporcionados pelo total das OSS são muito superiores a esses números [5-6].

Infelizmente, até hoje, não se sabe ao certo quais e quantas são as OSS em atividade no Brasil. Publicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) traz dados e análises que apresentam um retrato atualizado inédito sobre 820 mil Organizações da Sociedade Civil com Cadastros Nacionais de Empresas Jurídicas (CNPJ). Também infelizmente têm surgido, em número crescente, empresas mal-intencionadas disfarçadas de Organizações Sociais (OS) que têm encontrado espaço em meio à pandemia com alguns gestores desonestos [7].

3.2 O MODELO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

No setor saúde no Brasil, o modelo mais antigo de relação entre Estado e "terceiro setor" é a filantropia, em que as instituições desempenham um relevante papel na assistência hospitalar.

O projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro trouxe, entre algumas inovações nas modalidades de gestão de serviços de natureza pública, a criação de OS. Esse modelo de parceria entre o poder público e as OS foi criado há 22 anos e permitiu que o poder público firmasse contratos de gestão com instituições de saúde ligadas à sociedade civil organizada para a administração de equipamentos públicos de saúde, como hospitais, ambulatórios, prontos atendimentos, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Muitas instituições filantrópicas de saúde aceitaram o desafio proposto pelo Estado para adotar o modelo, qualificando-se como OSS e, assim, passando a celebrar parcerias para assumir o gerenciamento de unidades de saúde para a prestação de serviços de saúde com caráter universal. Dentre essas, podemos destacar como exemplo: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, a Associação Congregação Santa Catarina, as Obras Sociais de Irmã Dulce, a Associação de Santa Marcelina, dentre muitas outras.

Com as OSS, ganha-se em eficácia e agilidade, tanto para a compra de materiais, medicamentos e insumos quanto para a contratação de pessoal. É o SUS que, mantendo o poder da gestão pública em definir políticas e estratégias, vale-se de ferramentas da administração privada de gerenciamento para ser mais eficaz no atendimento das necessidades de saúde da população.

Entretanto, o poder público tem o dever de construir parcerias com organizações sérias e responsáveis, firmar contratos de gestão claros e transparentes, monitorar o trabalho executado e estabelecer as metas assistenciais e de qualidade a serem cumpridas pelas OSS. Tais resultados devem ser demonstrados mediante relatório de gestão que deve ser submetido ao crivo da respectiva Secretaria de Saúde, com o apoio dos órgãos de controle.

Embora o modelo de OS tenha sido criado por meio de lei federal, foi no estado de São Paulo, em 1998, que o modelo se conformou e se consolidou na área da saúde, e hoje se faz presente em 23 estados e no Distrito Federal e em mais de 200 cidades brasileiras [9].

Com ele, foi possível ampliar a oferta de serviços e melhorar a eficiência do gasto público. Estudos comprovam maior eficácia e custos menores em relação à administração direta, e também, certificações (por exemplo, Organização Nacional de Acreditação – ONA) atestam a qualidade dos serviços prestados. Nesta pandemia, as OSS enfrentaram muitos desafios, mas o trabalho foi feito de forma rápida e muito eficiente.

Por que as OSS por meio dessas parcerias conseguem dar maior agilidade aos processos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde? Como definido pelo STF no acórdão da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923, as OS, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela lei. Também não se aplica às organizações sociais a exigência de concurso público, mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática por meio de um procedimento objetivo e impessoal [10].

3.3 A RESPONSABILIDADE DO PODER PÚBLICO NA CELEBRAÇÃO DE PARCERIAS COM OSS

Essa parceria é mediada pela celebração de um Contrato de Gestão, que tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como OSS.

Mesmo reconhecendo que a utilização de parceria com OS para a administração de serviços públicos de saúde é opção do governante, é necessário que, antes de decidir pela adoção do modelo, o Gestor do SUS tenha o entendimento que, apesar de dispensar a execução direta dos serviços de saúde, ainda mantém a responsabilidade de estabelecer as políticas e garantir que os serviços sejam prestados na quantidade e qualidade pactuados. Ou seja, zelar pelo uso adequado dos recursos públicos [11].

É igualmente importante a identificação e diferenciação das OSS que fazem usos responsáveis dos fomentos públicos, tendo como principal instrumento a demonstração de resultados e transparência. A seleção da OSS não deve ter como objetivo gastar menos, mas, sim, garantir a qualidade e aumentar a oferta de serviços compatíveis com as necessidades da população [1;12].

Cabe ao estado estabelecer o orçamento destinado ao custeio daquela específica unidade de saúde e buscar selecionar a melhor proposta técnica assistencial.

Os objetivos do Gestor do SUS ao optar pelo modelo de OSS devem ser exclusivamente em benefício da população, ou seja, melhorar a governança sobre as atividades de assistência à saúde; ampliar a *performance* qualitativa e quantitativa das atividades de assistência à saúde executadas

por meio de unidades públicas de saúde; agilizar os processos de contratação de profissionais e, por fim, a melhoria da eficiência dos gastos públicos [12].

O processo de celebração do Contrato de Gestão deve se sustentar em estudo que contemple a fundamentação de que a transferência do gerenciamento para uma OSS mostra-se a melhor opção, a partir da avaliação dos ganhos de eficiência esperados na execução dessa parceria.

Com o objetivo de obter maior segurança na celebração da parceria, o poder público pode adotar requisitos especiais na qualificação da OSS, tais como: existência há um tempo mínimo (por exemplo, 2 anos), dispor de serviço próprio que preste assistência à saúde, experiência na execução de contratos de gestão anteriores, experiência prévia da equipe responsável em gestão da unidade de saúde, comprovada idoneidade dos membros do conselho de administração e da diretoria executiva e dispor, em sua estrutura organizacional, de unidade de *compliance* [10-13].

Para que se celebre contrato de gestão com uma OSS, é indispensável a realização de um processo de planejamento no qual se definam a área territorial de abrangência e a população de referência da unidade de saúde que passará a ser administrada em parceria; as ações e serviços a serem prestados pela unidade de saúde de acordo com o seu perfil assistencial – e é fundamental que disponha de capacidade para regular a demanda aos serviços que se constitui em atividade típica, exclusiva e intransferível do Gestor do SUS. Deve, ainda, garantir o financiamento do contrato de gestão por meio do repasse regular no prazo e valores definidos. É importante destacar que o contrato de gestão não pode ser tratado como um contrato administrativo de prestação de serviços contínuos. Portanto, não se trata de pagamento, mas da transferência antecipada de recursos no início do mês para o custeio da unidade. A OSS não tem, nem pode ter, lucro nem prejuízo [10-13].

Para que não ocorram surpresas desagradáveis, a gestão pública deve controlar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde objetos do contrato de gestão, monitorando e avaliando a execução das metas por meio de indicadores qualiquantitativos e monitorando, igualmente, a execução orçamentária com periodicidade estabelecida.

Também é de responsabilidade do gestor do SUS acompanhar e avaliar a prestação de contas, tanto do uso dos recursos públicos quanto do desempenho da unidade de saúde com formatos e periodicidade definidos, obedecida a legislação vigente. Deve garantir que a execução dos serviços de saúde objetos do contrato sejam na quantidade e qualidade apropriados.

Prestar contas à sociedade é um dever de todo gestor público, assim como de todo gestor que administra bens e recursos públicos, como os gestores de OSS. Por tal motivo, deve-se observar o princípio da transparência pública e os ditames da Lei de Acesso à Informação e, assim, disponibilizar informações de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão tendo, por meio do portal da transparência ou sítio web, informações referentes às despesas efetuadas pela OSS relativas ao contrato de gestão firmado, de modo a facilitar o acompanhamento dos órgãos de controle e da população [10-13].

Uma gestão eficiente, pautada pela transparência e integridade, é primordial para o sucesso da parceria por meio do uso do modelo de OSS.

Num contexto de limitação de recursos, é preciso acabar com a má utilização do dinheiro público. Mais do que nunca, ações de combate à corrupção devem ser intensificadas para banir organizações criminosas no setor. Definitivamente, é fundamental garantir à população que a saúde trabalhe com transparência e eficiência para minimizar os impactos causados por essa grave pandemia [13-15].

3.4 OS BONS EXEMPLOS DO PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de parcerias exitosas entre a gestão pública e as OSS.Vale destacar que os exemplos da atuação de cada OSS foram selecionados para apresentar a diversidade das realizações, desde a criação de novos hospitais, ampliação de leitos de enfermaria e UTI, protocolos de atendimento e segurança dos pacientes e colaboradores, infraestrutura de diagnóstico de COVID-19, plano de ação para a volta às aulas e campanhas de doação. Como se vê, não foi só na ampliação da rede assistencial do SUS que as OSS atuaram em todo o País. As realizações das instituições foram muito além do que descrito abaixo, aqui temos apenas um resumo.

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) que criou 2.360 novos leitos, tanto de UTI (789 leitos) quanto de enfermaria, destinados aos pacientes de baixa complexidade nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Ceará. A OSS fez a gestão dos Hospitais de Campanha HMCamp Anhembi (Palácio de Eventos – com 310 leitos), Praia Grande, Taboão da Serra e de Fortaleza.

Ainda a SPDM, a convite da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, desenvolveu o protocolo de reabertura da rede municipal de ensino com mais de 1.400 escolas e quase 1 milhão de estudantes.

Outro feito foi realizado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, a construção em 36 dias do anexo ao Hospital M'Boi Mirim, zona Sul de São Paulo, com 100 leitos de UTI e 1.338 m², considerada a obra hospitalar mais rápida da história do Brasil. Essa nova área foi construída em parceria com Gerdau, Ambev, Hospital Israelita Albert Einstein e a Prefeitura de São Paulo.

O Einstein também foi responsável pela gestão do Hospital de Campanha HMCamp Pacaembu, construído no estádio municipal do Pacaembu em São Paulo. Primeiro hospital de campanha no Brasil para atendimento de pacientes adultos com COVID-19 de baixa e média complexidade. Ele funcionou de 6 de abril a 29 de junho. Nesse período, realizou 1.515 internações hospitalares e taxa de sobrevida de 99,8%. Ao término das operações, o Einstein doou

R$ 7,1 milhões em equipamentos médicos utilizados no HMCamp Pacaembu à Secretaria Municipal de Saúde. No total, nas suas unidades de saúde em parceria com o poder público, o Einstein fez a gestão de 767 leitos exclusivos para COVID-19 (destes, 450 de UTI).

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) disponibilizou, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Secretaria Municipal de Fortaleza, 905 leitos para enfrentamento da COVID-19, entre estes, 445 leitos de UTI.

Na área de gestão de pessoas, o ISGH contratou mais de 2 mil colaboradores para aumentar o quadro de profissionais da saúde em suas unidades. Implementou ainda o "Projeto de Acolhida Emocional", que teve por objetivo fornecer atendimento psicológico, um time de 30 psicólogos, para os profissionais das unidades geridas pelo ISGH.

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), além de atuar na capital com um hospital de campanha com 50 leitos (sendo 20 de UTI), foi um dos responsáveis pela interiorização do enfrentamento da COVID-19, com ampliação das Unidade de Pronto Atendimento e de Atenção Especializada (Upae) Petrolina (10 leitos de retaguarda), a Upae Garanhuns (com 10 de UTI e 30 de enfermaria). Além disso, o Imip-sede ficou responsável por um hospital de campanha com 20 leitos de UTI e 30 de enfermaria.

Ainda em Recife, o HCP Gestão – Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer – foi responsável pela gestão do Hospital de Campanha Hospital Provisório do Recife 01 – Unidade Aurora, construído em 20 dias, para atendimento exclusivo a pacientes da COVID-19, com 160 leitos, sendo 100 de UTI. Essa unidade iniciou a oferta de leitos em 15 de abril de 2020. No total, a OSS fez a gestão 368 novos leitos.

A Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense (Aebes) transformou o Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves em referência para COVID-19 no Estado, com 310 leitos, sendo 250 de UTI. Contratou cerca de 900 profissionais e realizou a capacitação de todos os funcionários e médicos, de acordo com os processos e protocolos vinculados à COVID-19.

O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL), OSS que administra atualmente cinco unidades públicas, sendo três hospitais, adotou medidas de contenção e ações com base nos protocolos do Ministério da Saúde para prestar a assistência adequada aos pacientes e assegurar a proteção dos colaboradores. Paralelamente, a instituição fez um trabalho intenso de captação de recursos (doações) com empresas e organizações para suprir os itens de primeira necessidade neste momento: ventiladores mecânicos, máscaras, álcool em gel, testes rápidos COVID-19, entre outros insumos.

A Associação Goiana de Integralização e Reabilitação (Agir) fez a gestão do hospital de campanha – HCAMP, que recebeu casos graves de COVID-19, com 210 leitos, sendo 70 leitos para pacientes críticos, e 140 semicríticos. Nas quatro unidades públicas administradas pela OSS, as consultas são realizadas a distância por meio da tecnologia.

O Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Icipe), que faz a gestão do Hospital de Criança de Brasília José de Alencar, criou uma UTI específica para crianças com COVID-19, com 10 leitos, e preparou uma ala com 18 apartamentos individuais para internação de crianças com COVID-19.

A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, criada em 1549, faz a gestão do Hospital Municipal de Salvador (HMS) – e, nesta que foi a maior operação de sua história, o HMS foi mobilizado e integrado ao esforço da rede municipal de saúde de Salvador para enfrentar a COVID-19. Depois de duas expansões sucessivas, foram criados 20 leitos de internamento e 20 leitos de UTI, sendo 10 deles para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, associada à disfunção renal, e que necessitam de internação em leitos de UTI que disponham do serviço de terapia renal substitutiva.

O Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Alemão Oswaldo Cruz faz a gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores, em Santos (SP). Para essa unidade, foi realizada a ativação de três andares para atendimento à COVID-19, uma expansão de 91 leitos (sendo 30 de UTI). A OSS também foi responsável pela gestão do Hospital de Campanha Vitória, em Santos (SP), com 131 leitos (destes, 22 de UTI). Também desenvolveu o Projeto Volta às Aulas com a elaboração de Plano de Ação de adequação do Colégio às Diretrizes do Plano São Paulo para reabertura das escolas durante a pandemia COVID-19.

A OSS Obras Sociais Irmã Dulce assumiu, com a Prefeitura de Salvador, a gestão e a operacionalização de um hospital de campanha, implantado no Hospital Sagrada Família. Foram criados 111 leitos (sendo 40 leitos de UTI). Além de reestruturação e ampliação no Hospital Regional de Irecê (BA) e no Hospital do Oeste, em Barreiras (BA), para atendimento dos pacientes com COVID-19.

A OSS Hospital Santa Marcelina, nos três hospitais estaduais paulistas sob sua gestão e na Atenção Primária à Saúde (APS), contratou 360 colaboradores assistenciais, (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem etc.) para o enfrentamento daCOVID-19, devido ao grande volume de pacientes e à necessidade de ajustes para manutenção das rotinas operacionais. Desse modo, mais de 740 colaboradores dos serviços hospitalares foram direcionados para o enfrentamento da COVID-19. Foram destinados 87 leitos de UTI e 191 leitos em enfermaria para os pacientes com COVID-19. Com o objetivo de aumentar o acesso aos usuários, os horários de atendimento e cinco unidades de assistência médica ambulatorial da rede de atenção primária foram estendidos até às 22 horas, sendo uma por região de segunda-feira a domingo.

A AHBB Gestão em Saúde ajudou a implementar mais de 350 novos leitos dedicados ao combate à COVID-19. Contando com cerca de 400 profissionais da saúde, 8 unidades de saúde, com uma média de 20 dias na implantação, abrangendo mais de 21 municípios e mais de 4 milhões de pessoas na área de abrangência.

O Hospital Maternidade Theresinha de Jesus mudou o fluxo de visitas e acompanhantes, cancelou os procedimentos eletivos, realizou campanhas de orientação sobre o correto uso de EPI

e higienização e definiu leitos de isolamento/atendimento específicos para pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19.

A OSS Seconci/SP foi responsável pela gestão do Hospital Estadual de Campanha do Ibirapuera, primeira unidade do governo do estado com 240 leitos de baixa complexidade e 28 de estabilização. Também, no Ambulatório Médico de Especialidades Barradas, foi implementado um hospital com 200 leitos (sendo 24 UTI).

O Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), nas unidades públicas sob contrato de gestão, foram criados 222 novos leitos de UTI. Além da ampliação de 22 leitos intermediários na tenda de acolhimento COVID no município de Cajamar (SP) e implantação de serviço de telemedicina para apoio das UTIs dos hospitais de Cajamar e Francisco Morato.

A OSS Viva Rio realizou a campanha SOS Favela, que atendeu a mais 36 mil famílias em 450 comunidades cariocas, com benefícios para cerca de 134 mil pessoas. Tudo feito por meio das redes de relações comunitárias. A campanha ganha foco num trabalho profundo e cotidiano com crianças e jovens de sete comunidades do Grande Rio e do Sul fluminense. É uma proposta para além da COVID-19, que além do apoio alimentar, aposta na educação de qualidade, no esporte, no empreendedorismo e na solidariedade nas favelas e periferias.

A Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnósticos por Imagem (Fidi) implantou 8 unidades móveis estacionárias em Hospitais de Campanha localizados nos municípios de São Paulo e São Caetano do Sul, com capacidade técnica e operacional para a realização mensal de 1.500 exames de tomografia computadorizada, por unidade móvel no período de 24 horas, 7 dias por semana. Com o objetivo de auxiliar a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a FIDI implementou aparelhos de Raios-X móveis para realização de exames nos leitos dos Hospitais de Campanha, com a realização de mais de 11 mil exames de Raios-X por mês.

3.5 PERSPECTIVAS DA PARTICIPAÇÃO DAS OSS NO SUS PÓS-PANDEMIA

É preciso lembrar que o presente é a consequência das decisões e ações que realizamos no passado. Ou seja, o que decidirmos e fizermos hoje neste quadro de grave crise sanitária construirá o amanhã.

Embora possa ser visto como um tema polêmico e talvez precoce, é necessário falar do legado da pandemia. Para gestores estaduais e municipais, pelo menos parte de carências históricas foram supridas com a instalação de mais leitos de UTI, por exemplo. Porém, não será possível manter esse aumento da capacidade instalada se não houver ampliação da participação do governo federal no financiamento. E, sabe-se, a proposta de Orçamento para 2021 não dará conta desse desafio.

No período pós-pandemia, portanto, inevitavelmente, o Brasil viverá uma fase de debate político sobre o destino do SUS. Como a crise financeira será muito grande, e deve durar alguns anos o subfinanciamento crônico do SUS, estará, mais do que nunca, necessariamente na ordem do dia.

Outra questão se refere ao comportamento do mercado nacional e internacional de materiais e medicamentos médico-hospitalares, pois, além da escassez de recursos, existe a possibilidade de o setor público e as OSS enfrentarem, como já vem acontecendo, a prática de preços abusivos por parte de empresas fornecedoras desses produtos.

Outro aspecto relevante é que a pandemia provocou um represamento da demanda por assistência que se apresentará imediatamente quando a situação começar a se normalizar.

A seguir, apresentam-se alguns dados que demonstram essa situação. Entre os 10 procedimentos cirúrgicos eletivos mais frequentes no período de 2015 a 2019, comparando a média mensal nesse período com aquela observada em 2020 (de janeiro a julho), citam-se quatro exemplos em que a produção foi inferior em torno de 50%.

Hernioplastia inguinal/crural (unilateral) – a média mensal era de 7.743 cirurgias e, em 2020, foi de 4.069 cirurgias.

Colecistectomia – a média mensal era de 7.504 cirurgias e, em 2020, foi de 3.667 cirurgias.

Histerectomia total – a média mensal era de 3.455 cirurgias e, em 2020, foi de 1.675 cirurgias.

Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral) – a média mensal era de 3.138 e, em 2020, foi de 1.301.

Além dessa demanda reprimida de seus usuários, o SUS herdará aqueles que a crise econômica empurrou para fora dos planos de saúde, principalmente nos primeiros meses da pandemia. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),, mais de 325 mil usuários deixaram os planos de saúde entre março e julho.

No entanto, essa crise econômica deve ser administrada por todos com muita responsabilidade. O principal setor a ser preservado e protegido com máxima atenção pelos governos, incontestavelmente, é o da saúde pública, pois a prioridade deve ser sempre salvar vidas e poupar de sofrimentos uma população já penalizada por diversas mazelas sociais.

Em um contexto de limitação financeira, é preciso acabar com a improvisação e má gestão do dinheiro público. Mais do que nunca, as ações a serem tomadas dizem respeito à reforma do setor público para realizar um gasto mais eficaz, bem como combater a corrupção e banir indivíduos e empresas criminosas no setor.

Definitivamente, há dinheiro a ser poupado, mas, sem dúvida, não é possível imaginar que essa poupança ou melhoria na eficiência dos gastos (mesmo indispensáveis) seja suficiente para equacionar o grave desfinanciamento do SUS. Não será a hora de comprometer a saúde

da população fazendo economia de recursos nos serviços públicos competentes, pois são estes equipamentos de saúde dedicados que responderam incansavelmente com agilidade e eficiência a essa grave crise, conseguindo assim minimizar os impactos causados pela COVID-19 e que continuarão sendo fundamentais no período pós-pandemia.

Todavia, não se pode cometer o erro de centrar o debate apenas no financiamento e não tratando da eficiência da gestão (do sistema) e da gerência (das unidades) e da eficiência do gasto público, pois, para evitar desperdícios, qualquer que seja o volume de recursos disponíveis, ele precisa ser bem gasto, e isso só se consegue com gestão e gerência de qualidade.

Aqui se encontra o modelo de OSS que já demonstraram ser mais eficientes, fazendo mais com menos. Não que as OSS sejam capazes de resolver todos os problemas, mas, sim, que têm sido e podem continuar sendo uma importante ferramenta no enfrentamento da crise e, talvez mais ainda, no período pós-pandemia [15-18].

A maior dificuldade de recursos para a saúde e par o crescimento da demanda, portanto, serão os primeiros desafios para o SUS e que devem ser igualmente assumidos como desafio pelas OSS parceiras. Para isso, será preciso, mais do que nunca, que haja a compreensão, de ambas as partes, do significado da parceria.

Embora o modelo de OSS não deva ser utilizado com o objetivo de economizar, é sabido que os serviços administrados por OS custam menos e produzem mais. Mesmo assim, provavelmente será necessário estabelecer prioridades com restrição de oferta de serviços para possibilitar a ampliação da oferta de outros. Esse processo será muito dinâmico com frequentes alterações das prioridades, que exigirá a liderança do gestor público, mas, sempre de forma negociada com a OSS [19-22].

Possivelmente, o SUS, de acordo com a realidade de cada estado ou município, precisará reduzir ou até mesmo extinguir a oferta de determinado serviço para preservar a realização de outros mais prioritários. A parceria entre o estado e a OSS, mediada pelo Contrato de Gestão, possui um grau de flexibilidade que permite a revisão de forma ágil do perfil assistencial das unidades de saúde, readequando metas quantitativas, bem como os valores dos repasses mensais de custeio [19-22].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que o SUS, com uma história de longo amadurecimento, avance um passo importante. Além de universal e gratuito, precisa garantir acesso e integralidade da atenção em todos os cantos do País. É preciso que o SUS finalmente disponha do financiamento necessário para custeio, investimentos em pesquisa, melhorias da capacidade de atendimento. Impõe-se, também, gestão profissional e eficiência no gasto do dinheiro público.

O mundo mudou, e aquele mundo (de antes do coronavírus) não existe mais. A nossa vida vai mudar muito, os serviços de saúde vão mudar muito e os sistemas nacionais de saúde vão mudar muito. E, esperamos, que o SUS vai mudar muito. Para melhor!

As transformações impostas pela pandemia são inúmeras e passam pela política, economia, modelos de negócios, relações sociais, cultura, psicologia social e a relação com a cidade e o espaço público, entre outras coisas.

Temos plena convicção que essa crise deixou dolorosas cicatrizes no mundo todo, mas também muitos ensinamentos, aprendizados, novas descobertas e experiências de superação. Num futuro próximo, muitas das condutas, protocolos e práticas que foram adotados para rápidas respostas, segurança e efetividade das ações serão implantados permanentemente nos serviços de Saúde.

As ações aqui apresentadas das entidades associadas ao Ibross são uma sucinta confirmação – entre a imensa atuação das OSS no país todo – de que as parcerias dos governos com OS têm respondido com competência a essa grave crise, conseguindo salvar vidas e minimizar os impactos causados pela COVID-19.

É possível considerar que, com essa página virada, o Brasil conseguirá oferecer para a população, com a relevante participação das OSS, um SUS que disponha do financiamento necessário, que seja mais articulado, utilizando os recursos públicos de modo mais eficiente e preparado para novos desafios que, sem dúvidas, virão.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka O, Melo C, organizadores. Inovação e gestão: a organização social no setor saúde. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2020. 76 p.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2015. 157 p.
3. COVID-19 MAP. [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins Coronavírus Resource Center. 2020. [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://coronavirus.jhu.edu/map.html.
4. Silveira R. Um exame da organização textual de ensaios científicos. Rev. Estud. Linguísticos. 1992;(21):1244-1252.
5. G1. Aumenta a gestão terceirizada da saúde pública nos municípios do Brasil [Internet]. 25 set 2019 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/25/aumenta-a-gestao-terceirizada-da-saude-publica-nos-municipios-do-brasil-diz-ibge.ghtml
6. Mendonça ML. As organizações sociais entre o público e o privado: uma análise de direito administrativo. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2008. 102 p.
7. Brasil. IPEA. Apenas 2,7% das organizações da sociedade civil recebem recursos federais. [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34855&Itemid=6
8. Bresser Pereira LC, Spink P. Reforma do estado e administração pública gerencial (coletânea). Rio de Janeiro: FGV; 1998. 382 p.
9. Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. (1998). Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 maio 1998.
10. Fux L, Modesto P, Martins HF. Organizações Sociais após a decisão do STF na ADI nº 1.923/2015. Belo Horizonte: Forum; 2017. 277 p.
11. Modesto P, Cunha Junior LA. Terceiro setor a parcerias na área da saúde. Belo Horizonte: Forum; 2011. 283 p.
12. Barreto EF. Estilos Gerenciais e o impacto na longevidade das organizações. Salvador: EDUFBA; 2006. 124 p.
13. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Boas práticas na gestão de parceria com o Terceiro Setor na Saúde [Internet]. 2018 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://www.ibross.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Ibross_Livro_Evento_Boas_Pr%C3%A1ticas.pdf.

14. Ferreira Júnior VC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev Adm Pública. 2003;37(2):243-264.

15. La Forgia GM, Couttolenc B. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington, DC: Banco Mundial; 2008. 411 p.

16. Alves JSM, et al. Impacto econômico entre dois modelos de compras públicas: centralizado e descentralizado. Rev Elet Gest Saúde [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 05];10(3). Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/26410. Brasil. ESTADIC/IBGE.

17. Rodrigues AF, Sallum SB, Raupp FM. Eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão. ASAA. 2020; 13(1):68-84.

18. Cesconetto A, Lapa JS, Calvo M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Pública. 2008;24(10):2407-2417. Coelho RC. O público e o privado na gestão pública. Florianópolis: UFSC/UAB; 2009. 78 p.

19. Tonelotto DP, et al. Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de administração direta e de organização social. APGS. 2019;11(4):1-20.

20. Gaigher M. Modelo de gestão em Organização Social e na administração direta: um estudo comparativo de dois hospitais estaduais no Espírito Santo [dissertação] [Internet]. Espírito Santo: Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças; 2017 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://www. ibross.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/Ibross_Livro_Evento_Boas_Pr%C3%A1ticas.pdf.

21. Quinhões TAT. O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente [especialização] [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://www.ibross.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/Ibross_Livro_Evento_Boas_Pr%C3%A1ticas.pdf.

22. Costa NR, Ribeiro JM. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de OS. Ibross [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: https://www.ibross.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/Ibross_Livro_Evento_Boas_Pr%C3%A1ticas.pdf.

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

René José Moreira dos Santos[1]

Resumo: A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, dispõe sobre a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde sob suas responsabilidades, incumbindo à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) formar esses consórcios. Diante do desafio de ofertar serviços principalmente de maior complexidade, os municípios passaram a utilizar os consórcios como ferramenta para somar recursos visando ofertar serviços como atendimento ambulatorial especializado, aquisição conjunta de medicamentos, atendimento móvel de urgência e emergência e gerenciamento de serviços hospitalares, entre outros. O objetivo deste artigo foi discorrer sobre o contexto e a situação atual dos Consórcios Públicos de Saúde, sua participação no enfrentamento da pandemia da COVID-19 e as perspectivas de sua atuação no SUS no pós-pandemia. Trata-se de um ensaio, que visa colaborar para o debate sobre o tema dos Consórcios Públicos de Saúde, por meio de exposição de normativas e informações sobre o seu funcionamento, além de reflexões sobre as suas perspectivas no pós-pandemia. Conforme levantamento de informações feito pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em 2019, existiam 225 consórcios de saúde em 17 estados. Os Consórcios de Saúde realizaram uma série de atividades no período da pandemia da COVID-19, prestando serviços assistenciais, apoio técnico, aquisição conjunta de insumos, equipamentos para UTI e equipamentos de proteção individual, atividades de educação em saúde, gerenciamento de serviços ambulatoriais e hospitalares, entre outros. No pós-pandemia, impõe-se o desafio de organizar o sistema de saúde para responder a uma série de demandas acumuladas resultantes da pandemia, como questões relacionadas com o cuidado de pacientes crônicos, saúde mental, retomada de cirurgias eletivas, exames e tratamentos especializados como oncologia e transplantes. Os Consórcios de Saúde podem, neste delicado momento sanitário, econômico e fiscal resultante da pandemia da COVID-19, ser os instrumentos que possibilitem a soma dos recursos públicos para oferecer serviços em áreas estratégicas do SUS. O momento pós-pandemia deve valorizar a estratégia dos consórcios de saúde como ferramenta para a efetiva implantação da regionalização prevista na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

Palavras-Chave: Consórcios de Saúde. Regionalização. Gestão do SUS. Redes de Atenção à Saúde. Pandemia da COVID-19.

1 Cirurgião-Dentista, Mestre em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra, Barcelona. Ex-Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava-Paraná, Ex-Diretor Geral da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Ex-Secretário Estadual de Saúde do Paraná, Assessor Técnico do Conass. renejosesantos10@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/2MLVV0p0

1. INTRODUÇÃO

Em 1988, concluiu-se o processo Constituinte, e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil (CF/88) [1]. A chamada "Constituição Cidadã" define o conceito de saúde. O art. 196 cita que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Com esse artigo, fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de "relevância pública", sendo atribuídos ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde. Conforme a CF/88, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade.

A Lei nº 8.080/90 [2], de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei nº 8.080/90 [2] instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF/88 [1], obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização.

A Lei nº 8.080/90 [2] trata: da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento. Dispõe sobre a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde sob suas responsabilidades, incumbindo à direção municipal do SUS formar esses consórcios. No art. 10 da referida lei, ficou definido que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Consórcio público é o nome que se dá à entidade pública instituída por dois ou mais entes federados para a consecução de competências públicas por eles descentralizadas por lei. O consórcio público está previsto no art. 241 da CF/88, e a sua instituição está disciplinada, em nível nacional, pela Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 [3], e pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007 [4], que regulamenta a Lei:

> Constituição Federal, art. 241: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os Entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

A Lei nº 11.107/2005 [3] definiu as normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum. Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

Considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios: (i) dos municípios, quando o consórcio público for constituído somente por municípios ou por um estado e municípios com territórios nele contidos; (ii) dos estados ou dos estados e do

Distrito Federal, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de um estado ou por um ou mais estados e o Distrito Federal; (iii) dos municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e os municípios.

Diante do desafio de ofertar serviços principalmente de maior complexidade, os municípios passaram a utilizar os consórcios como ferramenta para somar recursos visando ofertar serviços como atendimento ambulatorial especializado, aquisição conjunta de medicamentos, atendimento móvel de urgência e emergência, e gerenciamento de serviços hospitalares, entre outros.

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [5], estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. A referida portaria cita a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual e ressalta a diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravadas pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

A solução apresentada na portaria está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Para tanto, o grande desafio é organizar todos os pontos de atenção da RAS nas regiões e macrorregiões de saúde, saúde; e, nesse caso, os consórcios públicos de saúde se constituem em uma engenharia institucional com a possibilidade de somar recursos públicos de diversas fontes visando à oferta de ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, estão instituídas 453 Regiões de Saúde em 117 Macrorregiões.

Este trabalho tem por objetivo discorrer sobre a situação atual dos consórcios públicos de saúde no Brasil, a sua atuação no enfrentamento da COVID-19 e as perspectivas de contribuição ao SUS no enfrentamento dos desafios no pós-pandemia.

2. MÉTODO

Trata-se de um ensaio, que visa colaborar para o debate sobre o tema dos Consórcios Públicos de Saúde, por meio de exposição de normativas e informações sobre o seu funcionamento, além de reflexões sobre as suas perspectivas no pós-pandemia.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A SITUAÇÃO ATUAL DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE

No período de julho a outubro de 2019, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) realizou levantamento nacional de informações sobre consórcios intermunicipais que atuam na área da saúde, com o objetivo de traçar um panorama geral de como estão constituídos e organizados os consórcios públicos no âmbito do SUS, especialmente no que tange às suas áreas de atuação e ao alinhamento às disposições legais da Lei nº 11.107, de 2005 [3].

O levantamento foi realizado por meio de questionários enviados às Secretarias Estaduais de Saúde e que seguiram roteiro com questões que abordaram os seguintes assuntos:

i. Quantidade, natureza e gestão dos consórcios de saúde nos estados;

ii. Quantidade de consórcios de saúde sob gestão estadual;

iii. Porcentagem média do incentivo financeiro da cota parte do Governo do Estado, em relação ao custeio total do consórcio, independentemente de ser ou não ente consorciado;

iv. Principal forma de divisão da cota parte do rateio para o custeio financeiro das estruturas de saúde gerenciadas pelos consórcios;

v. Principal fonte de recurso financeiro envolvida no custeio dos consórcios de saúde no estado;

vi. Contratualização e monitoramento de metas do estado para os consórcios;

vii. Área de abrangência dos consórcios de saúde em relação às regiões de saúde previstas no Planejamento Regional Integrado;

viii. Consórcios de saúde no estado que fazem atendimentos ambulatoriais especializados;

ix. Acesso aos serviços de saúde ofertados pelos consórcios de saúde;

x. Prontuário eletrônico e transporte sanitário nos consórcios de saúde;

xi. Equipamentos de saúde ou serviços gerenciados pelos consórcios de saúde no estado.

Nas questões relativas a quantos consórcios de saúde existiam nos estados e, destes, quantos eram de natureza privada e pública: obteve-se o quantitativo de 225 consórcios de saúde em 17 estados, sendo 198 de natureza pública e 27 de natureza privada, 2 localizados na região Norte, 52 na região Nordeste, 19 na região Centro-Oeste, 90 na região Sudeste e 62 na região Sul. Em relação à distribuição destes consórcios no país por Unidade da Federação: Pará (1), Rondônia (1), Ceará (21), Rio Grande do Norte (1), Paraíba(4), Alagoas (1), Sergipe (1), Bahia (24), Mato Grosso (15), Goiás (04), Minas Gerais (74), Espírito

Santo (4), Rio de Janeiro (9), São Paulo (3), Paraná (30), Santa Catarina (14) e Rio Grande do Sul (18). Apenas 2 estados eram entes consorciados integrantes com Leis Estaduais autorizativas, ambos localizados na região Nordeste.

No caso em que o estado não fosse ente consorciado integrante com Lei Estadual autorizativa, foi perguntado quantos apoiavam financeiramente os consórcios de saúde via algum termo de parceria firmado ou instrumento congênere que não fosse o contrato de rateio. Para essa pergunta, obteve-se o seguinte resultado: dos 17 estados com consórcios de Saúde, em 2, os estados são consorciados e os apoiam financeiramente; em 7, os estados apoiam financeiramente os consórcios; e em 8 estados, não havia apoio financeiro por parte da Gestão Estadual.

Sobre qual a principal fonte de recurso financeiro envolvida no custeio dos consórcios de saúde no Brasil: a grande maioria dos estados (15) respondeu ser a fonte de recurso financeiro municipal a principal envolvida no custeio dos consórcios. Um estado respondeu ser a fonte de recurso financeiro federal a principal envolvida no custeio dos consórcios, enquanto outro estado respondeu ser a fonte de recurso financeiro estadual a principal envolvida no custeio dos consórcios.

No caso de repasse(s) de recursos financeiros pelo Governo do Estado, se havia contratualização e monitoramento de metas para os consórcios de saúde: dos nove estados que fazem repasses financeiros para os consórcios de saúde, apenas um não realiza nem contratualização nem monitoramento de metas.

Foi perguntado às Secretarias Estaduais de Saúde se os consórcios de saúde existentes nos estados tinham sua área de abrangência coincidindo com as regiões de saúde previstas no Planejamento Regional Integrado (PRI). Apenas 8 estados responderam de forma afirmativa.

Do total de 17 estados com consórcios de saúde, aproximadamente 82% destes ofertavam serviços de atendimentos ambulatoriais especializados; sendo 100% dos consórcios das regiões Nordeste e Centro-Oeste com oferta de serviços ambulatoriais especializados, seguidos por 93%, 66% e 50% nas regiões Sul, Sudeste e Norte, respectivamente.

Na média nacional, 40% dos consórcios de saúde têm o acesso dos seus serviços de forma regulada e/ou agendada conforme pactuação estadual.

Sobre o quantitativo de equipamentos de saúde ou serviços que o(s) consórcio(s) de saúde gerenciava(m) no estado: dos 17 estados com consórcios de saúde, 10 disseram que os consórcios gerenciavam equipamentos de saúde, sendo as unidades de atenção ambulatorial especializada correspondendo a 80% do total dos equipamentos, seguidos pelo gerenciamento de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) com 12%.

Observou-se uma média de 24% dos consórcios de saúde no Brasil disponibilizam transporte sanitário, sendo as regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul com as proporções de 43,75%, 16,50%, 26% e 33,33% respectivamente. Foi informado que, na região Norte, os consórcios de saúde não dispõem de transporte sanitário.

3.2 OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 [6], declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011.

A Portaria GM/MS nº 356, de 11 de março de 2020 [7], tratou da regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 [8], que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Em Audiência Pública da Comissão Externa de Ações contra o coronavírus da Câmara dos Deputados, no dia 9 de junho de 2020, foi debatida a importância dos consórcios entre os municípios e os estados na área da saúde.

As representantes dos Consórcios de Saúde, nessa audiência pública, apresentaram as experiências dos Consórcios de Saúde em vários estados brasileiros no enfrentamento da COVID-19.

Entre as principais, destacam-se:

- Construção e divulgação de um painel público sobre casos de COVID-19 na região;
- Confecção de Material Informativo de conscientização;
- Reorganização do atendimento/agendamento presencial visando aos cuidados necessários decorrentes da COVID-19;
- Atuação nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI);
- Aquisição conjunta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Apoio aos municípios nas ações de enfrentamento (prevenção e tratamento) da COVID-19;
- Distribuição de doações aos municípios de itens como álcool 70%;
- Atividades de educação em saúde por meio de videoconferência para discussão de casos entre profissionais da APS e da atenção ambulatorial especializada;
- Adequação de espaço físico visando ao distanciamento necessário para a segurança dos pacientes;

- Apoio técnico aos municípios para o enfrentamento da COVID-19;
- Gerenciamento de serviços de urgência e emergência voltados ao atendimento da COVID-19: Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Samu;
- Gerenciamento de hospitais de referência regional.

Outro destaque foi o Consórcio Nordeste formado pelos governos estaduais da região, que na área da saúde instituiu Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, além da aquisição conjunta de equipamentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste período de pandemia, houve uma significativa redução no atendimento presencial em serviços ambulatoriais, como consultas e exames especializados, o que, sem dúvida, será o grande desafio do pós-pandemia. Muitas atividades importantes na atenção especializada ambulatorial e hospitalar foram descontinuadas ou paralisadas em função das intervenções relativas à COVID-19, o que tem sido chamado de "terceira onda".

A terceira onda é uma consequência da diminuição ou eliminação do cuidado a outras condições de saúde, em função do estresse que a pandemia da COVID-19 causa no sistema de atenção à saúde [9].

No pós-pandemia ou no enfrentamento da chamada terceira onda, impõe-se o desafio de organizar o sistema de saúde para responder a uma série de demandas acumuladas resultantes da pandemia, como questões relativas ao cuidado de pacientes crônicos, saúde mental, retomada de cirurgias eletivas, exames e tratamentos especializados como oncologia e transplantes.

Em relação especificamente à retomada da atenção às doenças crônicas, após a fase crítica da pandemia, a OMS propôs uma série de medidas: incluir as doenças crônicas nos planos de contingência para o enfrentamento da COVID-19; garantir a oferta de serviços essenciais e comunitários de doenças crônicas; monitorar o acesso e a continuidade dos serviços essenciais relativos às doenças crônicas; desenvolver e usar soluções digitais para o manejo das doenças crônicas; e fortalecer o autocuidado das pessoas com doenças crônicas [10].

Para isso, será necessário aportar recursos financeiros para ampliar o acesso a esses serviços; e, no caso dos serviços ambulatoriais especializados (consultas e exames), os Consórcios de Saúde serão ferramenta fundamental para atender à demanda reprimida.

Cabe destacar que a pandemia trouxe inovações que precisam ser consolidadas, como o uso da Telemedicina/Telessaúde, e mostrou o quanto o manejo das condições crônicas é fundamental para o seu enfrentamento.

Questões como o monitoramento das condições crônicas e a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), principalmente nos pontos de atenção da RAS

(Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada), passam a ser um diferencial para a retomada dos serviços de saúde.

A pandemia da COVID-19, além das questões sanitárias, trouxe uma outra face de igual gravidade que foi a crise econômica que atingiu a todos os países com brutal queda do Produto Interno Bruto, afetando os empregos e a renda dos brasileiros.

A crise econômica traz, em seu bojo, a crise fiscal dos entes governamentais (União, estados e municípios) que veem os seus *deficit* orçamentários crescerem, o que implica dificuldade de manter serviços públicos como a saúde.

Os Consórcios de Saúde podem, neste delicado momento econômico e fiscal, ser o instrumento que possibilite a soma dos recursos públicos para oferecer serviços em áreas estratégicas do SUS como atenção ambulatorial especializada, serviços de urgência e emergência, gerenciamento de hospitais regionais, aquisição conjunta de insumos, medicamentos e equipamentos, entre outros.

A pandemia também mostrou a importância da organização da RAS notadamente nos territórios regionais e macrorregiões. O enfrentamento da COVID-19, seja sob o aspecto de medidas não farmacológicas, epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais num país continental como o Brasil, mostrou o quanto temos de pensar de forma macrorregional a organização da RAS. Portanto, o pós-pandemia reforça a necessidade da valorização do PRI feito de forma ascendente e no qual deve ficar explícito o papel assistencial de todos os pontos de atenção à saúde.

No caso dos Consórcios, conforme identificado no levantamento feito pelo Conass, quando foi perguntado às Secretarias Estaduais de Saúde se os consórcios de saúde existentes nos estados tinham sua área de abrangência coincidindo com as regiões de saúde previstas no PRI, apenas oito estados responderam afirmativamente. Essa é uma situação que precisa ser revista e adequada à necessidade de uma sincronia dos territórios sanitários e os de prestação de serviços dos consórcios. Para tanto, normativas nacionais contendo diretrizes para o funcionamento dos Consórcios de Saúde devem ser editadas de forma a deixar claro o seu papel como ferramenta/instrumento para o gerenciamento e oferta de serviços de saúde de âmbito regional.

Há de se registrar a importância do papel dos Consórcios de Saúde para o acesso a serviços especializados de natureza regional e como sua atuação preencheu lacunas do sistema de saúde, notadamente na média complexidade ambulatorial e hospitalar. O momento pós-pandemia deve valorizar a estratégia dos consórcios de saúde como ferramenta para a efetiva implantação da regionalização prevista na CF/88 e na Lei Orgânica da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Brasil. Presidência da República. Lei n. 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 [Internet]. 19 set 1990 [acesso 2020 dez 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=Art.

3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário oficial da União [Internet]. 6 abr 2005 [acesso 2020 dez 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20disp%C3%B5e%20sobre,pessoa%20jur%C3%ADdica%20de%20direito%20privado.

4. Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispões sobre normas gerais de contratação de Consórcios Públicos Diário oficial da União [Internet]. 17 jan 2007 [acesso 2020 dez 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20no,de%20contrata%C3%A7%C3%A3o%20de%20cons%C3%B3rcios%20p%C3%BAblicos.&text=Art.,-1o%20Este&text=c)%20dos%20Munic%C3%ADpios%20e%20do,pelo%20Distrito%20Federal%20e%20Munic%C3%ADpios.

5. Brasil. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez. 2010.

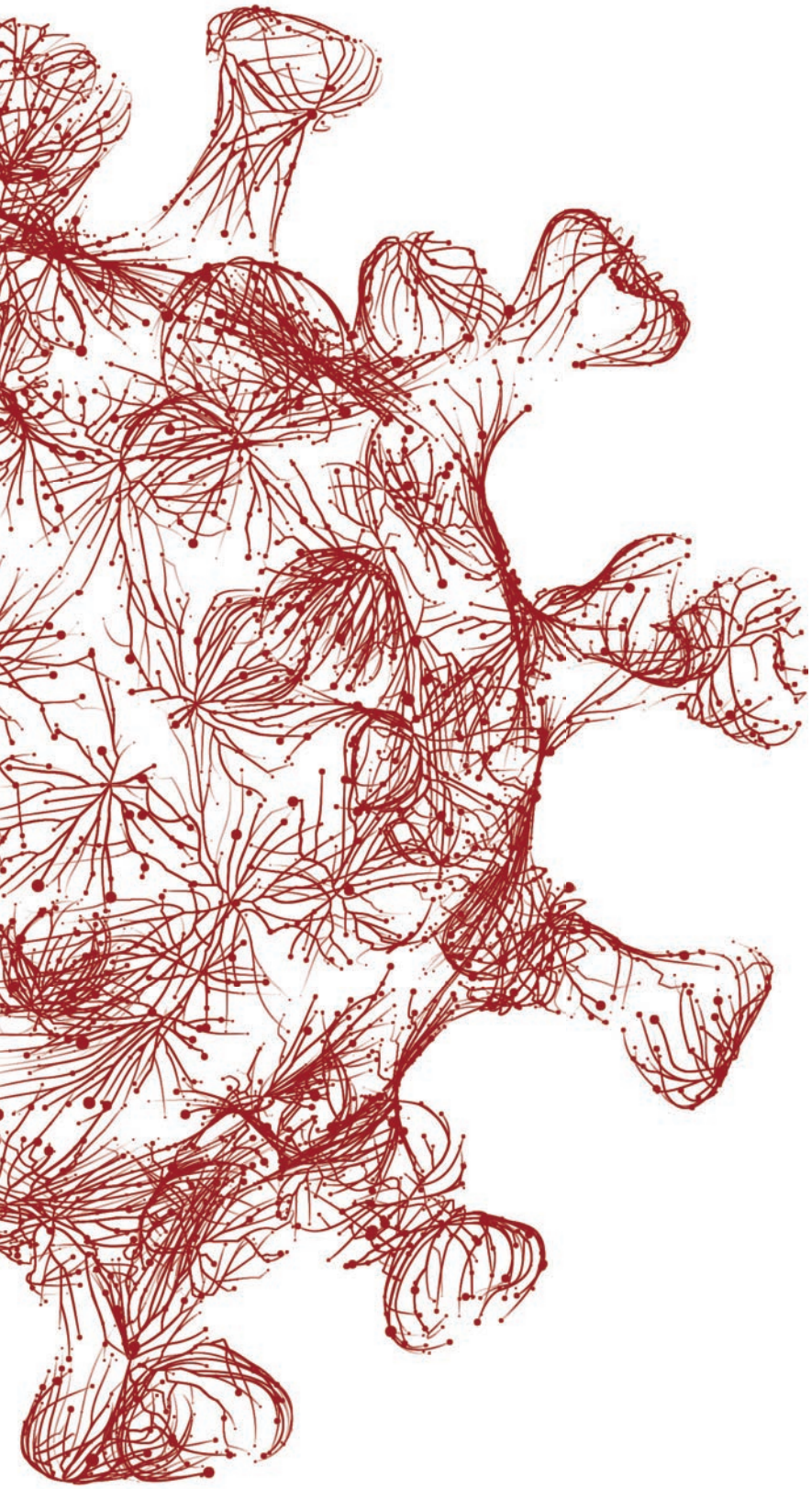
6. Brasil. Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 fev 2020.

7. Brasil. Portaria GM/MS nº 356, de 11 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.

8. 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. 7 fev 2020.

9. World Economic Forum. Our healthcare system is failing people without COVID-19. It´s time to address the hidden third wave [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 04]. Disponível em: https://www.weforum.org/agenda/2020/06/third-wave-covid-19-coronavirus-pandemic-rare-disease-cancer-screening-preventive-care/.

10. World Health Organization. Rapid assessment of services delivery for NCDs during the COVID--19 pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 01]. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-COVID-19-pandemic.



PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Mário Scheffer[1]

Ligia Bahia[2]

Resumo: O exame do desempenho econômico das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil evidencia efeitos benéficos da pandemia de COVID-19. Fatores conjunturais, regulatórios e comportamentais do mercado favoreceram a expansão das grandes operadoras do setor. As estratégias empresariais incluíram novas aquisições e alavancagem por meio de empréstimos públicos de baixo custo. As respostas governamentais que isentaram as empresas que comercializam planos de contribuir para os esforços nacionais de controle da transmissão da COVID-19 favoreceram a ampliação do padrão assistencial diferenciado e segmentado segundo critérios de capacidade direta e indireta de pagamento. A Agência Nacional de Saúde Suplementar expediu normas para facilitar investimentos das empresas reguladas, e das instâncias do Poder Legislativo e Judiciário, emanaram posicionamentos tardios e insuficientes, mesmo aqueles destinados a assegurar coberturas para os que estão vinculados aos contratos de planos e seguros. A conjugação de estratégias empresariais expansionistas com um padrão regulatório privatizante permitiu que as empresas de planos e seguros estabelecessem uma dinâmica de aumento de receitas, restrição de coberturas para testes e omissão perante a tragédia sanitária nacional e internacional.

Palavras-Chave: Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1 Doutor em Saúde Coletiva, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Lattes: CV: http://lattes.cnpq.br/1322311308223630. mscheffer@usp.br.

2 Doutora em Saúde Pública, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Lattes: http://lattes.cnpq.br/1810292003452931. ligiabahia@terra.com.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/35qRhj4

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus impactou negativamente a economia mundial, com retração prevista de 4,4% no Produto Interno Bruto (PIB) global projetada para 2020. No Brasil, o decréscimo estimado do PIB ao longo do ano era de 5,03% e taxa de desemprego de 13,40% [1-2].

Enquanto são esperados efeitos menos negativos em países afluentes, com retorno do crescimento econômico da China superior a projeções anteriores, o prognóstico para nações emergentes, com elevado número de casos e óbitos, é mais sombrio. A tendência nesses países é de diminuição no ritmo da redução da pobreza e de ampliação das desigualdades [3].

Pairam incertezas sobre padrões de consumo pós-pandemia especialmente nos países que suspenderam prematuramente medidas de distanciamento social, onde houve aumento da transmissão e necessidade de fechamento de atividades econômicas, o que afetou intensamente os setores de transporte, aviação, varejo de alimentação, hotéis e indústria cultural [4].

O impacto econômico no âmbito setorial e no nível das empresas é heterogêneo. Na saúde, os efeitos da desaceleração econômica foram benéficos para empresas farmacêuticas e seguradoras de planos de saúde, e negativos para empresas hospitalares e de diagnóstico, consultórios médicos e clínicas ambulatoriais, especialmente os serviços de menor porte.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o lucro líquido de três grandes seguradoras [5] foi muito superior ao mesmo período de 2019: A UnitedHealth lucrou US$ 3,3 bilhões a mais; a Anthem elevou o faturamento em US$ 1,2 bilhão; e a CVS Health (que adquiriu a Aetna) registrou US$ 1 bilhão acima do que reportou em 2019. Em contexto de restrição fiscal, esse desempenho favorável das seguradoras de saúde ensejou debates parlamentares sobre o Medicare For All, quando houve redução dos repasses governamentais para programas públicos, levando à retomada de proposições sobre mudanças no atual sistema de saúde.

O panorama internacional, especialmente o dos EUA, que é marcado pela heterogeneidade de desempenho das empresas que integram o setor saúde, com os devidos ajustes, projeta-se no Brasil. Enquanto empresas de planos de saúde nacionais, as que atuam no país e aquelas relacionadas com consumo de medicamentos tiveram aumento de suas margens de lucro, as receitas de hospitais e unidades de diagnóstico diminuíram.

Apesar de muitos hospitais terem ficado sobrecarregados com pacientes com COVID-19, operadoras de planos de saúde pouparam receitas, pois foram adiados exames laboratoriais, de imagem e cirurgias eletivas caras, enquanto muitas pessoas, com medo do contágio, evitaram ir a consultórios médicos e a serviços de emergência.

Grandes grupos econômicos de planos de saúde aumentaram seus lucros líquidos no Brasil entre o primeiro trimestre de 2020 e o período correspondente em 2019: NotreDame Intermédica (149,2%), SulAmérica (83,4%) Hapvida (24,7%) e Bradesco (10,1%) [6].

Redes de farmácias e drogarias também declararam aumento de lucros, turbinados pela venda de produtos relacionados com a pandemia. Por exemplo, a Raia Drogasil (RD), no primeiro trimestre de 2020, registrou lucro líquido ajustado de R$ 152,75 milhões, aumento de 44,8% em relação ao mesmo período do ano anterior.

Empresas de diagnóstico e hospitais privados declararam prejuízo. O grupo Fleury e a Dasa, que pertence à Rede Ímpar, registraram diminuição do lucro líquido na ordem de, respectivamente, R$ 73,3 milhões e R$ 145,3 milhões no segundo trimestre de 2020 [7-8]. Hospitais também tiveram perdas financeiras. Segundo o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios de São Paulo (SindHosp), a pandemia levou à diminuição de 60% da taxa de ocupação dos hospitais; e, com isso, as empresas de planos de saúde deixaram de repassar aproximadamente R$ 6 bilhões mensais para os prestadores de serviços [9].

Ganhos e perdas de empresas que atuam na saúde compõem um complexo mosaico setorial, não apenas porque existem interrelações entre quem remunera e quem produz atividades assistenciais, mas também em função dos apoios governamentais a esses segmentos privados, que foram ampliados no Brasil em decorrência da pandemia.

O artigo a seguir tem o objetivo de expandir essa compreensão, ao examinar a dinâmica do mercado de planos e seguros de saúde privados durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

2. MÉTODOS

O presente artigo, inserido no acervo de estudos sobre empresas e empresariamento da saúde no Brasil, tem inspiração teórica na economia política, ao buscar deslindar conexões estruturais que dinamizam as atuais relações entre o público e o privado no sistema de saúde.

Para refletir sobre o desempenho das empresas de planos e seguros de saúde privados na pandemia, foi realizado um estudo descritivo e exploratório, fundamentado em fontes documentais oficiais e em dados secundários de domínio público.

Informações de âmbito nacional sobre o desempenho das empresas de planos privados, iniciativas de entidades cientificas, bem como projetos de parlamentares e documentos empresariais, foram consultadas e sistematizadas.

A legislação, os pronunciamentos, os documentos e as notícias divulgadas nos meios de comunicação deram suporte a descrições e análises.

Por se tratar de uma compilação de medidas, posicionamentos, dinâmicas, comportamentos e práticas recentes, há limitações e incompletudes no alcance interpretativo, restrito também em função de conteúdos e formatos que poderão adquirir novas repercussões diante de uma pandemia ainda em curso no momento de conclusão deste estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A DINÂMICA DAS DEMANDAS E AUMENTO RELATIVO DAS RECEITAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS

Em setembro de 2020, seis meses após o início da pandemia de COVID-19 e a decretação do estado de calamidade pública no país [10], 46,8 milhões de brasileiros constavam como clientes de planos de assistência médica e hospitalar [11].

Em comparação ao mesmo período de 2019, houve perda relativa de clientes, tanto nos contratos coletivos empresariais (encolhimento de 0,98%) quanto nos individuais (menos 0,55%) [12]. Em função da crise econômica, a quantidade de pessoas vinculadas a planos de saúde vinha caindo desde 2014, quando esse mercado chegou a reunir 50,5 milhões de consumidores.

Desempregados na pandemia, que perderam o plano de saúde antes atrelado ao contrato de trabalho, assim como indivíduos e famílias que diminuíram a renda e não puderam mais pagar planos individuais, levaram à relativa retração do mercado em 2020. As operadoras, por sua vez, não se mobilizaram para a manutenção de seus clientes que sofreram uma espécie de "expulsão pecuniária" durante a pandemia.

Cerca de 364 mil pessoas perderam planos de saúde entre março e junho, mas outras 110 mil adquiriram planos entre junho e julho. Mesmo antes da pandemia, a taxa de rotatividade dos planos de saúde (percentual de cancelamentos de contratos em relação ao total de adesões) já era alta, de 23% para planos coletivos e 14% para planos individuais em 2019 [13].

Em momentos de crise, como o atual, o cancelamento e a reentrada em novos contratos podem significar perdas de cobertura e de qualidade da rede assistencial, com migração de parte de usuários para planos mais baratos e piores.

Enquanto desempregados e sem-renda perderam planos de saúde ou migraram para produtos de pior qualidade, mesmo nos contratos coletivos mantidos pelas empresas, ocorreram perdas. Pesquisa realizada com 324 empresas [14], das quais 78% com mais de 3 mil funcionários, indicou que 44% delas, em função da pandemia, introduziram, nos seus planos de saúde coletivos, pagamento por coparticipação, que é o desembolso direto dos usuários em parte dos atendimentos. E, ainda, 12% fizeram *downgrade* de nível de plano de saúde, quer dizer, mudaram para plano mais barato, de menor cobertura ou com rede mais restrita de prestadores.

Entretanto, por que, mesmo diante de uma crise sanitária e de grande baque na economia brasileira, os planos de saúde, um setor historicamente sensível a emprego e renda, exibem indicadores tão positivos?

Uma série de fatores conjunturais, regulatórios e atinentes à trajetória prévia de expansão do mercado favoreceram os planos e seguros de saúde privados.

Parte da clientela perdida foi compensada pela entrada de novos clientes. De março a julho de 2020, o número de idosos (acima de 59 anos) [12] com planos de saúde aumentou, talvez em função da maior vulnerabilidade dessa população ao novo coronavírus, o que pode ter levado à decisão de adquirir um plano privado, ainda que à base de incalculáveis sacrifícios ou privações financeiras de indivíduos e famílias. Além disso, na transição do vínculo formal para o emprego informal ou autônomo precarizado, um grupo de indivíduos migrou de contratos coletivos para individuais. Assim, os planos por adesão, embora em ritmo mais lento, consolidaram essa modalidade que já vinha crescendo antes da pandemia como alternativa à oferta rara dos contratos individuais, esses com reajustes mais controlados, porém mais caros.

Além da perda de usuários em magnitude muito menor que a alardeada por empresários do setor no início da pandemia, cinco componentes, entre outros, indicam o quanto as operadoras sobreviveram incólumes à crise sanitária:

i. A inadimplência ou o atraso no pagamento de mensalidades, mesmo em julho, continuavam em percentuais próximos dos níveis históricos, perto de 10% nos contratos individuais e 5% nos coletivos.

ii. A utilização de pronto atendimento e a realização de exames foram reduzidas, e as internações por COVID-19 ocuparam muito menos leitos do que aqueles inicialmente disponibilizados pelos planos de saúde. Em abril de 2020, logo após o início da pandemia, se comparada a fevereiro do mesmo ano, a procura de usuários de planos de saúde por pronto-socorro caiu à metade, e a autorização para realização de exames diagnósticos era 63% menor, redução de despesas para as empresas, que se manteve nos meses seguintes, ainda que com aumento gradual [12]. Segundo

a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir de informações sobre o impacto da pandemia no atendimento hospitalar de 51 operadoras, de março a setembro de 2020, a taxa de ocupação de leitos em geral (leitos comuns e de UTI) foi sempre menor que os mesmos meses de 2019. A menor ocupação (51%) foi registrada em abril; e a maior (64%), em agosto, sendo que, em 2019, 72% dos leitos estavam ocupados, em cada um desses dois meses. Quanto aos leitos destinados pelos planos de saúde para atendimento de COVID, a ocupação foi de 39% em março a 61% em maio, mês de maior ocupação, caindo em seguida [12].

iii. O índice de sinistralidade, que leva em conta os dados de fluxo de caixa das empresas de planos de saúde, nunca foi tão baixo. Nos meses de pico epidêmico, enquanto o total arrecadado pelos planos de saúde com o recebimento de mensalidades mantinha-se praticamente inalterado, os valores pagos pelas operadoras a prestadores, hospitais, médicos e laboratórios, tiveram drástica redução, por causa do cancelamento de atendimentos não ligados à COVID e do menor fluxo de pacientes aos serviços de saúde. Em junho de 2020, a sinistralidade era de 60% (quer dizer, do montante arrecadado, somente 60% eram gastos com prestadores), o que significou expansão da margem de lucro do setor, se comparada à sinistralidade de 82% apurada pela ANS no mesmo mês em 2019 [12].

iv. Os reajustes de mensalidades (aumentos anuais e por mudança de faixa etária) ocorreram de março até agosto de 2020, sem nenhuma concessão por parte das operadoras e sem flexibilização regulatória pela ANS em função da pandemia. Em decisão tardia, a ANS suspendeu temporariamente os reajustes programados para setembro até dezembro, adiando os aumentos para 2021 e deixando de fora mais de 50% dos usuários de planos, principalmente coletivos, cujos contratos foram reajustados no primeiro semestre.

v. Desobrigação dos planos de saúde, com aval da ANS, de cobrir testes sorológicos para detectar a presença de anticorpos do novo coronavírus. Somente em agosto de 2020, a Agência decidiu incorporar os testes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Antes disso, em julho, a ANS havia derrubado na Justiça decisão liminar que obrigava os planos de saúde a cobrir a testagem para COVID-19. Com 46,8 milhões de usuários, até junho de 2020, os planos de saúde registravam, segundo dados apurados pela ANS, a cobertura de apenas 124.376 exames do tipo RT-PCR, 3.384 exames diversos para detecção de vírus respiratórios e 105 exames do tipo sorológico.

3.2 ESTRATÉGIAS EMPRESARIAIS: NOVAS AQUISIÇÕES E EMPRÉSTIMOS DE BAIXO CUSTO

O ano de 2020, em plena pandemia, mostrou-se aquecido e favorável ao movimento de fusões e aquisições no setor de planos de saúde. As operadoras maiores, com grande fluxo de caixa e baixa sinistralidade, aumentaram a capacidade de endividamento a baixo custo e, com isso, passaram a comprar empresas menores, hospitais e clínicas.

Em 2020, foram anunciados, até o mês de agosto, aproximadamente R$ 4,2 bilhões em aquisições no setor [15]. Na esteira dos bons resultados econômicos e do contexto de vantagens competitivas em relação a outros setores da economia, empresas como Hapvida e Grupo NotreDame Intermédica, que já haviam anunciado IPOS (Oferta Pública Inicial) na bolsa de valores em 2018, aproveitaram para consolidar e ampliar seus negócios.

O Grupo NotreDame foi às compras em Minas Gerais, onde adquiriu o Grupo Santa Mônica e a Climepe; e na Região Sul, mediante aquisição do plano de saúde Lifeday, do Grupo Clinipam e do Hospital do Coração em Balneário Camboriú, Santa Catarina. A Hapvida comprou o Grupo São José em São Paulo, o Grupo São Francisco em Mato Grosso do Sul, e o Grupo América em Goiás. Já a SulAmérica adquiriu a rede Paraná Clínicas, enquanto a Qualicorp comprou o Clube Care, do Rio de Janeiro.

Durante a pandemia, portanto, houve ainda maior concentração do mercado e expansão territorial de grandes operadoras, que avançaram em suas metas de ganho de escala nas operações e de verticalização, com a aquisição de hospitais e novas estruturas.

Além da boa saúde financeira que permitiu novas aquisições, as operadoras e os hospitais que compõem suas redes prestadoras foram beneficiados por empréstimos generosos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

No dia 8 de junho de 2020, presidente e diretores do BNDES apresentaram [16] nova linha de R$ 2 bilhões de recursos não vinculados, que poderiam ser usados para reforçar o fluxo de caixa de hospitais e laboratórios, inclusive daqueles vinculados a planos de saúde. Segundo o banco, o objetivo seria melhorar a liquidez de empresas de saúde que tiveram redução na procura por procedimentos médicos durante a pandemia. Essa linha de crédito permitia empréstimos de até R$ 200 milhões, com prazos de pagamento de até 48 meses, além de 12 meses de carência a custos baixos (juros compostos pela Selic mais taxa de 1,5% ao ano).

Esse suporte financeiro para assegurar liquidez às empresas soma-se ao crédito, anunciado em 22 de março de 2020, para setor suplementar e de hospitais de R$ 2 bilhões, principalmente para a aquisição de equipamentos e implantação de novos leitos [17].

Durante a pandemia, portanto, o BNDES manteve o histórico de suporte a grandes empresas da saúde, como o fez com o grupo Unimed, que recebeu do banco R$ 336 milhões entre 2013 e 2019, em valores não atualizados; e com a Amil, maior plano de saúde do país, que sacou cerca de R$ 116 milhões entre 2002 e 2010, para construção de hospitais e ampliação de serviços, eentre outras finalidades [18].

3.3 RESPOSTAS GOVERNAMENTAIS TARDIAS E INSUFICIENTES: A OMISSÃO DA ANS, DO LEGISLATIVO E DO JUDICIÁRIO

A Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, relativa às medidas de emergência sobre o coronavirus, contém recomendações para a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas é omissa em relação à ANS. Ao ser deixada de fora dos regramentos mais gerais, a ANS formulou diretrizes tardias e voltadas à defesa do mercado.

A ANS limitou-se a regulamentar tardiamente, de modo racionalizado, a cobertura de testes para COVID-19, estendeu os prazos máximos de atendimento para respaldar a não realização de procedimentos eletivos (consultas, exames e atendimentos em hospitais); e apresentou normas para a preservação de contratos e manutenção dos reajustes das mensalidades. As medidas normativas da Agência tiveram, assim, um inequívoco viés de defesa de interesses privados e nenhum compromisso com o controle da pandemia no país.

No âmbito assistencial, a ANS foi omissa em relação aos esforços para o provimento de recursos para vigilância (testes) e demonstrou sua indiferença à tragédia sanitária do país ao emitir, em 28 de maio de 2020, documento [19] no qual expôs posição contrária ao uso público de leitos hospitalares privados durante a pandemia de COVID-19. No plano das alegadas dificuldades financeiras das empresas, as iniciativas da ANS se direcionarem a "socorrer" um setor já beneficiado pela pandemia; e quanto à defesa das coberturas para clientes de planos expostos ao desemprego e à redução de renda, as tratativas da instância reguladora foram tardias e confusas.

Hospitais privados e empresas de diagnóstico exigiram a suspensão das regras de adiamento de procedimentos eletivos. Certamente, não seria plausível seguir adiando indefinidamente exames e procedimentos cirúrgicos para determinadas condições de saúde. Entretanto, o "zigue-zague" da ANS foi regulamentado sem nenhuma garantia de controle da transmissão do vírus nos serviços de saúde e hospitais. Analogamente, as regras para congelamento decididas após ameaças do Presidente da Câmara dos Deputados provocaram inúmeras dúvidas e intranquilidade a respeito dos efeitos cumulativos dos aumentos das mensalidades em 2021.

Desde o início da pandemia, nenhuma medida legal foi aprovada pelo Congresso Nacional no sentido de proteger os usuários de planos e seguros de saúde ou de disciplinar a atuação predatória das operadoras durante o período de emergência sanitária.

Várias propostas foram apresentadas por parlamentares desde março de 2020, mas a tramitação lenta e o tradicional *lobby* [20] dos planos de saúde no Legislativo tornaram inócuas as intenções de ampliar e garantir acesso e uso de serviços durante a pandemia.

Na Câmara dos Deputados [21], ainda tramitavam, em outubro de 2020, cerca de 20 projetos avulsos ou que buscavam alterar a Lei 9.656/98, a Lei dos Planos de Saúde, ou a Lei 13.979/20, que trata do combate à pandemia.

As proposições, que não saíram do papel, são de vários partidos, como uma que pretendia impedir a rescisão de contratos de planos de saúde, dos deputados federais Acácio Favacho (Pros-AP) e Capitão Wagner (Pros-CE); outra que suspendia os reajustes, apresentada por Jandira Feghali (PCdoB-RJ) e Alexandre Padilha (PT-SP); ou a que previa cobertura obrigatória de procedimentos ligados à COVID-19, de Haroldo Cathedral (PSD-RR).

No Senado Federal, senadores buscaram obrigar planos a garantir acesso e uso de testes, proposta de Randolfe Rodrigues (Rede-AP), além de outras obrigações dos planos de saúde durante a pandemia, segundo projetos dos senadores Roberto Rocha (PSDB-MA), Mara Gabrilli (PSDB-SP) e José Serra (PSDB-SP).

O presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia (DEM-RJ), chegou a anunciar [22], mas depois recuou da intenção de proibir reajustes dos planos de saúde por quatro meses, conforme projeto que já havia sido aprovado no Senado Federal.

Diante da inércia do Legislativo federal, algumas Assembleias Legislativas aprovaram leis estaduais, como a do Rio de Janeiro (Lei 8.811/2020), da Paraíba (Lei 11.735/2020) e do Maranhão (Lei 11.281 de 17 de junho de 2020), todas impedindo as operadoras de suspender ou cancelar planos de saúde por falta de pagamento durante a pandemia.

Em nome das operadoras, a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG) e a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) contestaram as leis estaduais, por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), alegando a competência privativa da União para legislar sobre Direito Civil e Comercial e o impacto financeiro que as leis causariam às operadoras de saúde [23].

Já o Superior Tribunal de Justiça (STJ), por meio de seu presidente, ministro João Otávio de Noronha, defendeu intervenção mínima do Judiciário durante a pandemia do novo coronavírus [24]. Ele observou que "a judicialização da saúde já era muito alta antes da crise" e que "há riscos quando a Justiça interfere em procedimentos administrativos sem conhecer bem seus critérios".

A orientação do presidente do STJ parece ter repercutido em demais instâncias. Até outubro de 2020, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que em anos anteriores emitira uma série de enunciados sobre temas da saúde suplementar, manteve-se contido sobre as práticas dos planos de saúde durante a pandemia.

Nem mesmo instituições independentes que compõem o sistema de Justiça do Brasil, o Ministério Público e a Defensoria Pública, proveram ações efetivas relacionadas com os planos de saúde na pandemia. Em março de 2020, o Ministério Público Federal , por meio do Subprocurador-Geral da República, Luiz Augusto Santos Lima, limitou-se a oficiar a ANS sobre "os procedimentos que serão adotados pela Agência que garantam a continuidade da prestação de serviços aos segurados que, porventura, percam as condições de manter o pagamento de suas mensalidades em dia durante esse período de calamidade pública" [25].

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo [26] ajuizou uma Ação Civil Pública (ACP), visando obrigar operadoras de planos de saúde a cobrirem casos de urgência e emergência por COVID-19, mesmo sem cumprimento, pelos usuários, do prazo de carência legal de 180 dias.

Tese presente em liminar concedida pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo [27], sob alegação de que "o momento presente é de total excepcionalidade e permite, juridicamente, a interpretação de que é abusiva a negativa de cobertura por planos de saúde a pacientes suspeitos ou efetivamente portadores do vírus em razão de carência contratual", foi relativizada pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federa [28], para o qual, no período de carência, os planos de saúde "devem atender apenas pacientes que apresentaram sintomas graves, atestados por médico assistente, em contratos que tenham sido celebrados até abril de 2020".

Ocorreram, ainda, atuações pontuais, como o Ministério Público do Estado de São Paulo [29], que contribuiu para a discussão na ANS da necessidade da manutenção dos testes PCR e sorológicos no rol de procedimentos da Agência; e o Ministério Público do Estado do Ceará, que fiscalizou operadoras que recusaram ou dificultaram a realização dos exames em Fortaleza [30].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Empresas de planos de saúde nacionais ou que atuam no Brasil não integraram a mobilização de esforços para controlar a transmissão do novo coronavírus. Em termos gerais, não protagonizaram ações de proteção à saúde, não asseguraram atendimento diferenciado, tampouco acesso a exames específicos preconizados.

Com poucas exceções, as operadoras se mantiveram na retaguarda e buscaram preservar as mesmas regras assistenciais e financeiras vigentes antes da pandemia.

O que se destaca é a presença de grandes grupos econômicos do setor que colocaram em marcha estratégias expansionistas durante a pandemia.

Apesar de integrarem um dos poucos setores que permaneceram protegidos do forte impacto da pandemia sobre a economia, as empresas de planos e seguros de saúde intensificaram a tendência de concentração, diversificaram negócios, incorporando, por exemplo, o uso de teleconsultas, e foram contempladas com novos empréstimos de dinheiro público que se somam aos repetidos programas oficiais de refinanciamento de dívidas das operadoras.

A atuação sinérgica ou lacunar de órgãos governamentais envolvidos direta ou indiretamente com as transações realizadas pelas empresas de planos de saúde evidencia um padrão regulatório orientado pelo mercado, e não pelas necessidades de saúde.

No Brasil, ao contrário dos EUA, ocorreram poucos debates sobre as contradições entre o aumento das receitas das empresas de planos de saúde e as dificuldades assistenciais vividas pela maioria da população.

O fato de as empresas de planos de saúde registrarem receitas superiores não implicou nenhuma melhoria ou ampliação de cobertura durante a pandemia. Sequer chamou a atenção das autoridades o racionamento dos testes, negados pelas operadoras para a detecção de casos assintomáticos e sintomáticos leves.

A pandemia expôs um segmento econômico consolidado que exerce influência nos três poderes da República e detém a faculdade de definir e vetar políticas da ANS. Não por acaso, na produção legislativa sobre planos de saúde na pandemia, persistiram acordos e blindagens que impediram o caráter conclusivo e o regime de prioridade sobre tema que exigia respostas urgentes.

A ANS, ao posicionar-se contra a regulação excepcional do mercado de planos de saúde durante a pandemia, agiu em descumprimento à sua finalidade institucional de promoção e de defesa do interesse público (art. 3º da lei nº 9.961/ 2000), expressando total indiferença em relação à crise sanitária, alinhando-se exclusivamente aos interesses empresariais dos planos de saúde.

O Brasil tem um sistema público e universal que coexiste com um processo de intensificação da privatização dos cuidados à saúde. Seria incorreto atribuir as altas taxas de mortalidade por COVID-19 apenas à segmentação do sistema de saúde. Todavia, é relevante constatar a ausência, a omissão e a rejeição de auxílio de empresas de planos e seguros de saúde durante a emergência sanitária. Fato que contrasta com as acepções segundo as quais as "operadoras de planos" contribuem para "aliviar" o Sistema Único de Saúde (SUS).

As teses sobre o "alívio, desoneração" do SUS baseiam e reificam a intuição sobre acesso. Se mais pessoas deixam de "usar o SUS", sobra recursos para atender melhor os que precisam e "não podem pagar". Independentemente da falácia do pagamento (como se os impostos não existissem ou só fossem lembrados apenas para solicitar isenção e redução de alíquotas), as empresas de planos deixam de lado a dinâmica complexa de alavancagem dos negócios setoriais.

Ao registrar a ausência deliberada e consentida das empresas de planos e seguros de saúde na formulação e execução de respostas de enfrentamento da pandemia, totalmente desconectadas dos esforços, ainda que limitados, empreendidos pelo SUS, o presente texto espera subsidiar o debate sobre a necessária e inadiável revisão das relações entre público e privado na saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Banco Central do Brasil. Focus - Relatório de Mercado, 9 de outubro de 2020 [Internet]. 13 out 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.bcb.gov.br/publicacoes/focus/09102020.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. Maio-Junho-Julho de 2020. IBGE; 2020.

3. International Monetary Fund. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, World Economic Outlook; October 2020.

4. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity [Internet]. 14 abr 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity-b1f6b68b/

5. Abelson R. Major U.S. health insurers report big profits, benefiting from the pandemic. The New York Times [Internet]. 5 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.nytimes.com/2020/08/05/ health/COVID-insurance-profits.

6. Koike B. Planos de saúde têm mais lucro no 2º tri. Valor Econômico [Internet]. 20 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/08/20/planos-de-saude-tem-mais-lucro-no-2o-tri.ghtml.

7. Reuters. COVID-19 leva Fleury a prejuízo de prejuízo de R$73,3 mi no 2º tri. Época [Internet]. 30 jul 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://epocanegocios.globo.com/Empresa/noticia/2020/07/epoca-negocios-COVID-19-leva-fleury-a-prejuizo-de-r733-mi-no-2o-tri.html.

8. Ryngelblum I. Dasa reverte lucro e tem prejuízo de R$ 145,3 milhões no segundo trimestre. Valor Econômico [Internet]. 21 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/08/21/dasa-reverte-lucro-e-tem-prejuizo-de-r-1453-milhoes-no-segundo-trimestre.ghtml.

9. Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo. Ao UOL, presidente do SindHosp afirma que saúde privada perde R$ 18 bi na pandemia [Internet]. 8 jul 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://fehoesp360.org.br/sindicato/sindhosp/noticia/6817/ao-uol-presidente-do-sindhosp-afirma-que-saude-privada-perde-r-18-bi-na-pandemia.

10. Brasil. Decreto Legislativo Nº 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade

pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/norma/31993957/publicacao/31994188.

11. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS TabNet [Internet]. [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/.

12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim COVID-19 [Internet]. Saúde Suplementar, maio/junho/julho/agosto/setembro/outubro. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19.

13. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos [Internet]. Rio de Janeiro: ANS. 2019 [acesso 2020 out 20];13(2):1-61. Disponível em: http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html.

14. Mercer Marsh Benefícios. Pesquisa Impacto. Efeitos da COVID-19 nos benefícios das empresas [Internet]. 9 jul 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.mercermarshbeneficios.com.br/content/dam/marsh/Documents/PDF/MMB/Portugues/RelatorioPesquisaImpacto.pdf.

15. Forero EK, Rezende U. Mesmo na crise, vendas e aquisições na saúde suplementar não param. Blog XVI Finance [Internet]. 11 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://xvifinance.com.br/vendas-e-aquisicoes-na-saude-suplementar-em-2020/.

16. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Aviso de pauta - BNDES apresenta 3ª rodada de medidas emergenciais contra impactos da covid-19 [Internet]. 8 jun 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/aviso-de-pauta%20-bndes-apresenta-3-rodada-de-medidas-emergenciais-contra-impactos-da-COVID-19.

17. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. BNDES lança primeiras medidas para reforçar caixa de empresas e apoiar trabalhadores que enfrentam efeitos do coronavírus [Internet]. 22 mar 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/bndes-lanca-primeiras-medidas-para-reforcar-caixa-de-empresas-e-apoiar-trabalhadores-que-enfrentam-efeitos-do-coronavirus/.

18. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Principais projetos financiados [Internet]. [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/consulta-operacoes-bndes/consulta-op-dir-ind-nao-aut.

19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica Nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES [Internet]. 31 mar 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.

ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/Nota_Tecnica_n_4_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf.

20. Scheffer M. Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014 [Internet]. Relatório de pesquisa; 2015 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015.pdf.

21. Brasil. Câmara dos Deputados. Coronavírus: O que a Câmara já fez [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/temas/coronavirus.

22. Brasil. Câmara dos Deputados. Agência Câmara de Notícias. Maia: Câmara vai barrar aumento dos planos de saúde, se ANS não tomar providência [Internet]. 20 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/686077-maia-camara-vai-barrar-aumento-dos-planos-de-saude-se-ans-nao-tomar-providencia/.

23. Brasil. Supremo Tribuna Federal. Lei da Paraíba que impede suspensão de plano de saúde durante pandemia é alvo de nova ADI [Internet]. 3 set 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=450936&tip=UN.

24. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. No combate à pandemia, presidente do STJ defende mais diálogo entre os entes federativos e menos intervenção da Justiça [Internet]. 7 maio 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/No-combate-a-pandemia--presidente-do-STJ-defende-mais-dialogo-entre-os-entes-federativos-e-menos-intervencao-da-Justica.aspx.

25. Brasil. Ministério Público Federal. Ofício nº 43/2020/AC/3CCR. Procuradoria Geral da República [Internet] 19 mar 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/3CCR_OficioANS.pdf.

26. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Petição inicial dos autos de n.º 102966370.2020.8.26.0100. [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=2S0018NBY0000&processo.foro=100&processo.numero=1029663-70.2020.8.26.0100&uuidCaptcha=sajcaptcha_2029764602c44b8e8ee31731dee07194.

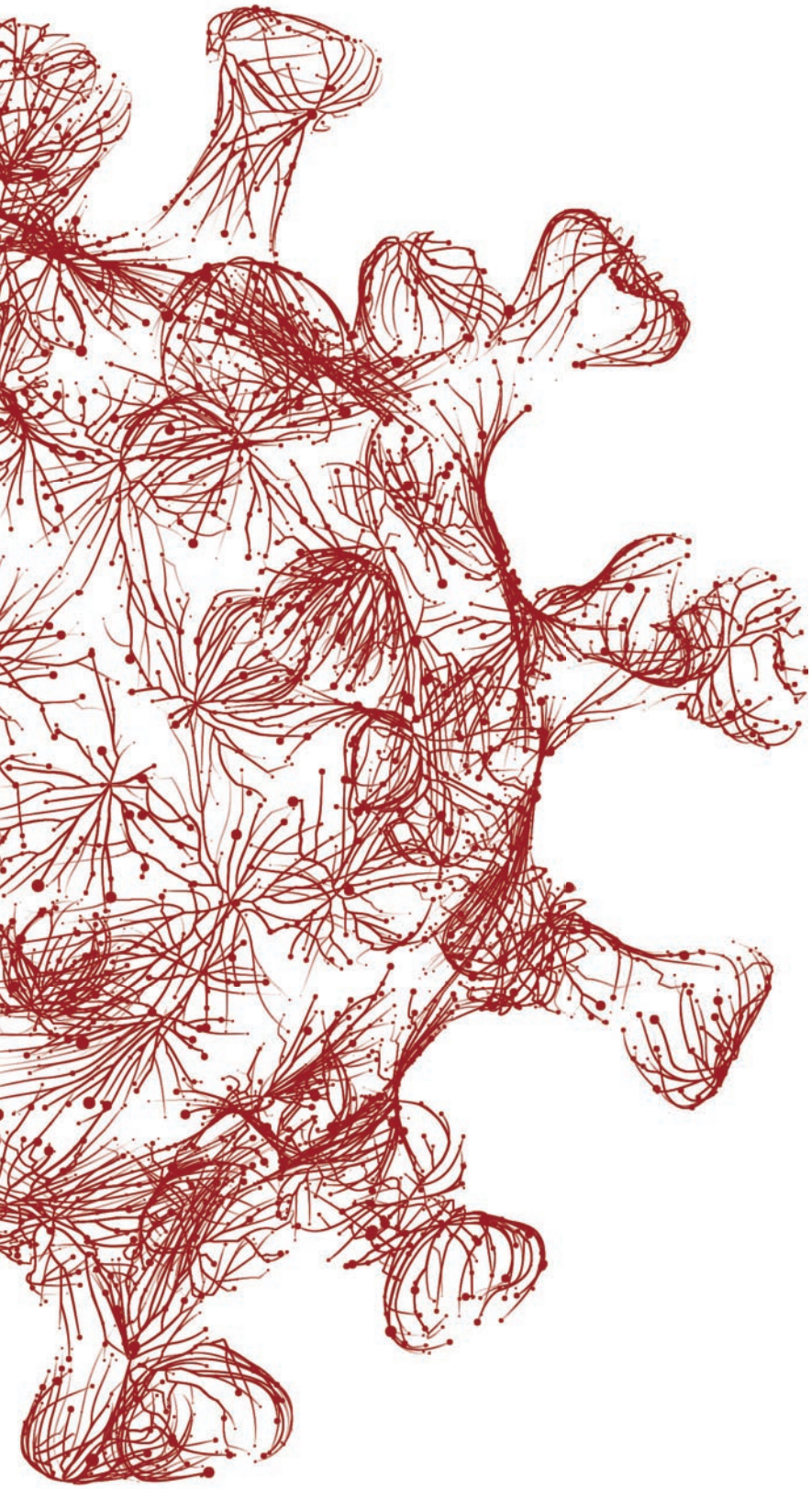
27. Ministério Público do Estado de São Paulo. Usuários de planos de saúde poderão fazer testes sorológicos para COVID-19 [Internet]. 21 ago 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=23242082&id_grupo=118.

28. Ministério Público do Estado do Ceará. Após nova resolução da ANS, MPCE reforça que Planos de Saúde devem cobrir exames e tratamento da COVID-19 [Internet]. 30

jun 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/2020/06/30/apos-nova-resolucao-da-ans-mpce-reforca-que-planos-de-saude-devem-cobrir-exames--e-tratamento-da-COVID-19/.

29. Poder Judiciário da União. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. 6ª Turma Cível. Gabinete da Desembargadora Vera Andrighi. Agravo e Instrumento (202) 070853859.2020.8.07.0000. [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/juiza-df-determina-planos-atendam-casos.pdf.

30. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Comarca de São Paulo Foro Central Cível. 32ª Vara Cível. Processo Digital nº: 1029663-70.2020.8.26.0100. [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/planos-saude-garantir-tratamento.pdf.



O PAPEL DO PROADI PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS

Bernardete Weber[1]

Resumo: O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) iniciou-se em 2009, possibilitou que mais de 500 projetos fossem executados ao longo do tempo, em 4 áreas de interesse: Pesquisa de interesse público, Desenvolvimento de tecnologia de gestão, Capacitação de recursos humanos e Assistência à saúde. A partir de coordenação do Ministério da Saúde, auxiliado por um comitê gestor, tem colaborado para ao que SUS aperfeiçoe suas linhas de atuação, incluída a assistência direta à saúde, em áreas de alta complexidade. Tem fundamento legal e normativo e, por meio da transparência nas ações, busca a apreensão e apoio social. O presente ensaio, por meio de narrativa, apresenta os fundamentos e os principais feitos do Proadi-SUS, incluída sua atuação durante a pandemia da COVID-19.

Palavras-Chave: Proadi-SUS. Desenvolvimento do Sus. Competências.

1 Doutora em Ciências da Saúde. Superintendente de Responsabilidade Social do HCor. CV: http://lattes.cnpq.br/0961819677749530. Contato: bweber@hcor.com.br

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/38BXTNB

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) iniciou em 2009, após um longo período de construção de um modelo que permitisse a transferência de expertise de hospitais filantrópicos, certificados como excelência em saúde [1], para qualificação e apoio na implantação de políticas públicas de saúde. Sendo o mesmo para a incorporação de novas tecnologias de gestão, pesquisa, e na capacitação com as melhores evidências disponíveis [1], chancelados por um Comitê Gestor com representação dos três entes federados: Mistério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que compõem a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) [2].

Ao longo de 12 anos de execução, os hospitais do Proadi-SUS entregaram mais de 500 projetos resultantes de um investimento direto de quase R$ 6 bilhões, que alcançaram milhões de brasileiros, em todos os estados da federação e Distrito Federal (DF). Parte deles foi beneficiada pela assistência direta de alta complexidade, não ofertadas ou insuficientes na rede pública, multiplicando conhecimento de algumas das tecnologias mais avançadas do mundo.

Outra parte beneficiou-se da crescente transferência de tecnologia assistencial e de gestão para profissionais e instituições públicas em centenas de outros hospitais no país, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS). As pesquisas realizadas por meio do programa, por sua vez, contribuem com a alta gestão do SUS, em especial ofertando suporte na construção de novos conhecimentos de interesse público, desenvolvendo ou validando diretrizes clínicas, ampliando acesso as melhores práticas e evidências nos tratamentos de saúde aos usuários do SUS.

Esse amplo conjunto de iniciativas levadas a cabo em forma de projetos com objetivos, prazos de execução, definidos e aprovados pelo Ministério da Saúde, faz com que o Proadi-SUS contribua com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde brasileiro [3].

São projetos públicos geridos com a transparência e a agilidade com que os novos tratamentos e melhorias se movem no ambiente de saúde. O Programa finaliza, em 2020, o seu quarto ciclo de projetos, e neste ano em especial evidenciou todo seu potencial de apoio ao sistema, observado durante a pandemia do novo coronavírus, transferindo aos estados e municípios estratégias e ações de enfrentamento da COVID-19 em tempo real [4].

2. DESENVOLVIMENTO

O atual sistema brasileiro é reconhecido como o maior sistema universal de saúde do mundo, referência em todos os continentes, que ao longo de seus 30 anos vem superando desafios e amadurecendo suas práticas no sentido de buscar a eficácia da integralidade e equidade de seus serviços, considerando a governança tripartite, as dinâmicas próprias da cultura, e as características socioeconômicas de cada região do país.

Entre os esforços estruturantes, demandados para o Proadi-SUS estão os temas da planificação em saúde, modelo de governança, rede de atenção, e de estratégias para a garantia de acesso na diversidade regional. Além desses desafios, o Proadi-SUS contribui com a oferta de serviços de ponta na assistência especializada, que utiliza a alta tecnologia, nem sempre disponível no SUS, colaborando assim para a redução da judicialização e oportunizando aos usuários tratamentos raros, atendendo os princípios constitucionais e apoiando a consolidação do sistema de saúde, em um país com as dimensões do Brasil [5].

Outro ponto relevante na atuação do Proadi-SUS é a atualização de conhecimentos da força de trabalho, levando a termo toda a política pública, que responde às necessidades do usuário diariamente, seja na linha de frente da atenção primária, na atenção especializada e na atenção hospitalar. São projetos que utilizam variadas metodologias de educação no trabalho e de formação complementar, tais como programas de residências *latu senso*, ou aperfeiçoamento, capilarizando o acesso a todas as regiões e qualificando amplamente os profissionais [6].

A dinâmica tecnológica permitiu reduzir os impactos no enfrentamento da COVID-19, quando todos os hospitais integrantes do Proadi-SUS prontamente adaptaram plataformas e programas para chegar a todos os estados, compartilhando com médicos, enfermeiros e profissionais de saúde em geral, experiências, aprendizados, protocolos, linhas de cuidado, entre outras estratégias aplicadas aos seus pacientes [7].

Tal apoio foi ofertado em tempo real aos pacientes SUS, utilizando a conectividade das redes virtuais e, muitas vezes, por meio do envio de profissionais a campo no enfrentamento conjunto às dificuldades impostas pela pandemia [7].

Para atender à ampla gama de objetivos e metas, somente um Programa de Saúde com um estável aporte de recursos financeiros e recursos humanos de comprovada qualidade, capaz de promover a transferência de tecnologias e assistência na velocidade que a sociedade requer, quando se trata de seu bem maior, a saúde [6].

Também é preciso que a atualização tecnológica e gerencial esteja permanentemente alinhada com o avanço tecnológico na medicina, o que justifica aproveitar o dinamismo do setor privado para acelerar a incorporação destas práticas para o benefício do sistema de saúde [6].

Segundo a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, especialmente em seus arts. 197 a 199, o setor privado também pode ser um legítimo prestador de ações e serviços públicos de saúde, regulado pelo Poder Público, a partir de instrumentos previamente definidos [8].

O Proadi-SUS teve lastro, ao final de 2008, na Portaria nº 2.734 [9], sendo no mesmo ano assinado o primeiro o Termo de Ajuste com aos hospitais participantes e União, o que ofereceu meios e operacionalidade para o seu início, em 2009. O Programa também é fundamentado na Lei nº 12.101 de 2009 [1], como modalidade alternativa à contrapartida das imunidades tributárias usufruídas e, posteriormente, no Decreto nº 8.242 de 2014 [10]. Atualmente, tem seus projetos regidos pela Portaria nº 3.362, de 08 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 5 [11], ratificando a perenidade desse relevante apoio ao desenvolvimento do SUS.

O Programa estabeleceu que um grupo de hospitais filantrópicos, entre os maiores do país, que atendam a critérios específicos de capacidade e desempenho participem de uma parceria com o Ministério da Saúde para condução de projetos em quatro áreas predefinidas, bem como o fornecimento de assistência direta à saúde para pacientes selecionados pelo Ministério, para que possam se beneficiar de tratamentos e tecnologias não disponíveis no setor público.

Em 2009, a Lei nº 12.101 [1] estabeleceu que as entidades beneficentes certificadas pelo Ministério da Saúde, na modalidade Proadi-SUS, receberiam imunidade das contribuições sociais, desde que, como contrapartida, realizassem projetos com o correspondente valor imune, em diferentes áreas da saúde, como assistência, gestão, pesquisa e capacitação.

Entre 2012 e 2014, houve a definição de critérios mais rigorosos para a certificação dessas instituições, que incluiu a comprovação do exercício rotineiro das atividades em todas as áreas de atuação do Proadi-SUS, com a comprovada expertise de cada instituição, por meio dos recursos humanos adequados para conduzir tais atividades. Além disso, o próprio Ministério da Saúde é o responsável por comprovar a capacidade institucional, reconhecendo a excelência de que os hospitais necessitam para apoiar o desenvolvimento institucional do SUS [6].

No ano de 2015, passou a ser exigido que todos os projetos contemplassem os objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), o que representou um maior alinhamento com as diretrizes do Ministério da Saúde. A cada triênio, são incorporadas melhorias decorrentes de avaliações do programa, atualizando normas e regras na execução dos projetos,

desde a prospecção, aprovação e monitoramento, bem como sua avaliação final, o que melhora tanto o alinhamento dos projetos com as necessidades do Ministério da Saúde como a transparência na condução do Programa [6].

Essa conformação é gerida dentro do Ministério da Saúde por seu Comitê Gestor, que inclui os presidentes do Conass e do Conasems, além de ser presidido pelo próprio Ministério da Saúde, devidamente assessorado pelas respectivas secretarias [6; 2].

Um dos aspectos relevantes do Proadi-SUS é que a forma como os recursos são geridos garante que sua integralidade seja direcionada para a execução de projetos abrigados no Ministério da Saúde, sem concorrência pelos valores por outros ministérios – caso este recurso estivesse no Tesouro Nacional –, o que permite ao Ministério da Saúde gerenciar diretamente sua aplicação.

O benefício do uso desses recursos em projetos assegura aos hospitais a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde (Cebas), por investir integralmente o valor das imunidades usufruídas no Proadi-SUS, pactuando com Ministério da Saúde o destino do recurso, com mecanismos de regulação e auditoria que validam e sugerem aperfeiçoamento a todo o processo [6].

São as consequências desses projetos que contribuem com a rede pública para a suficiência na oferta de ações como transplantes, cirurgias cardíacas em crianças portadoras de cardiopatias graves, procedimentos intraúteros, entre outros procedimentos realizados pelos hospitais integrantes do Programa, considerando que a maior parte desses projetos é realizada em todo o território nacional, conforme o que Ministério da Saúde precisar [6].

Esse aporte direto também possibilitou que mais de 500 projetos fossem executados ao longo do tempo, distribuídos nas 4 áreas de interesse do Proadi-SUS: Pesquisa de interesse público, Desenvolvimento de tecnologia de gestão, Capacitação de recursos humanos e Assistência à saúde.

Os projetos são executados sob a responsabilidade e a expertise dos hospitais que integram o Proadi-SUS, mas contam com a parceria de diversas instituições nacionais e internacionais como: o próprio Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Institute for Healthcare Improvement (IHI), o Centers for Disease Control and Prevention(CDC), McMaster University, Pittsburgh University, Duke University, entre outras, como universidades e entidades profissionais [6].

2.1 PESQUISA DE INTERESSE PÚBLICO EM SAÚDE

Os projetos de pesquisa incluem estudos e avaliações clínicas, as mais diversas, cujo benefício vão além do conhecimento formado ao longo do desenvolvimento do projeto. No corrente triênio, há 54 pesquisas em execução e/ou concluídas, que envolveram mais de 10 mil profissionais e produziram 285 avaliações de tecnologias em saúde (ATS) [12].

Foram 650 centros de pesquisa envolvidos, que recrutaram mais de 75 mil pessoas para participarem das pesquisas. Essas pesquisas já resultaram em 123 publicações científicas nacionais e internacionais que, como se sabe, são contribuições que vão para além do próprio Proadi-SUS, incrementando o potencial científico nacional.

Algumas das pesquisas de maior relevância e potencial uso imediato de seus resultados na rotina de assistência dos pacientes do SUS, incluem estudos de caráter colaborativo, em que mais de um hospital integrante do Programa participa. Como exemplo, o estudo Impacto-MR, que avalia o impacto da infecção por micro-organismos resistentes a antimicrobianos em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. Esse estudo sofreu alteração em sua coleta de dados a fim de participar de um esforço mundial, coordenado pela OMS, para melhor compreender os efeitos da pandemia por SARS-CoV-2, nesse grupo de pacientes. Mais de 27 mil pacientes já foram estudados.

Importante preocupação de Saúde Pública é com a obesidade, o que motivou, pelo Ministério da Saúde, a proposição de estudo de adaptação de recomendações nutricionais, de diretrizes internacionais, para as múltiplas realidades das diferentes regiões brasileiras. Desse interesse nasceu o Dica-BR, que elaborou um manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Primária, que contribui para a melhoria de vida de pacientes com obesidade, diabetes tipo 2, colesterol elevado e doenças cardiovasculares.

Outro estudo de impacto potencialmente significativo está no desenvolvimento de uma nova terapia para a anemia falciforme, que já identificou a possibilidade de terapia com células-tronco e que espera começar as experimentações clínicas nos próximos anos.

O projeto UTI Visitas estudou o efeito da ampliação de visitas de familiares na recuperação de pacientes internados em UTI, antes do advento da pandemia de COVID-19. Seus resultados indicam que a permanência prolongada de familiares dentro das unidades não prejudica a rotina das equipes de cuidado e pode diminuir, em até 50%, o nível de ansiedade e depressão nos acompanhantes. Há ainda um estudo em bioengenharia de tecidos para o tratamento da fissura lábiopalatina com células-tronco transplantadas do próprio paciente, o que pode diminuir dor e o período de internação dos pacientes tratados.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICAS E OPERAÇÃO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A superlotação das emergências é um fenômeno conhecido nos sistemas de saúde; e para apoiar o SUS no enfrentamento dessa situação, o Projeto "Lean nas Emergências" busca reduzir o desperdício de recursos para diminuir a superlotação. Entre os hospitais que participaram do projeto, foi possível observar uma redução de 57% no tempo de atendimento porta-médico, redução de 37% no tempo de passagem do paciente e redução de 19% no tempo médio de permanência dos pacientes internados.

A tecnologia de telessaúde foi também utilizada para dar apoio à regulação das filas de espera para consulta com especialistas em quatro capitais do país. Uma equipe de médicos fornece consultas a especialistas para auxiliar a definição de prioridades em condições sensíveis e melhorando a regulação das filas. O projeto conseguiu avaliar mais de 18 mil pacientes, dos quais cerca de 15mil foram sugeridos que retornassem aos médicos assistentes em suas unidades básicas de referência. Dessa forma, o projeto contribuiu para desafogar as filas nas quatro capitais onde atuou.

2.3 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Quanto aos objetivos de capacitação de Recursos Humanos, o presente triênio possui 25 projetos que já capacitaram cerca de 201 mil profissionais, sendo 65 em nível de gestão nos 26 estados do país e no DF. Entre os projetos mais importantes, está o de formação para a Pesquisa Clínica, que foi ofertado gratuitamente para profissionais de todo o país, incluídos profissionais do Ministério da Saúde.

A contribuição para a formação profissional incluiu mais de mil vagas de residência multiprofissional em 37 programas de residência nas áreas de Residência Médica, Multiprofissional e Especialização Médica. A Vigilância em Saúde também foi objeto de capacitação, tendo formado cerca de 170 mil profissionais em 7 projetos, sendo 221 profissionais envolvidos com iniciativas de pesquisa em suas áreas.

De grande interesse de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foi o tema do Direito Sanitário, para o qual três projetos tiveram papéis importantes na formação de profissionais que podem auxiliar suas respectivas secretarias com as demandas recebidas e na formação de uma rede de Apoio Técnico ao Poder Judiciário na qualificação dos Processos Judiciais, que tramitam em desfavor do SUS. Com participação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), os juízes podem nacionalmente solicitar apoio para qualificar seu julgamento via telemedicina ou nota técnica produzida por especialistas em caráter de urgência.

2.4 ASSISTÊNCIA DIRETA EM SAÚDE

O projeto "Saúde em Nossas Mãos" visa à melhoria da segurança do paciente e é uma iniciativa do tipo colaborativa, em que todos os hospitais atuam de forma coordenada. O objetivo do projeto é a redução de infecções em UTI em todo o país. A estratégia se fundamenta na ciência da melhoria, cujo objeto são os processos de trabalho e devem ser adaptados às realidades locais, em cada UTI.

O Projeto já conseguiu a redução das taxas de infecção em diversos hospitais nos quais atua, estimando-se que mais de 4 mil casos de infecção já tenham sido evitados, com uma economia de recursos ao SUS da ordem de R$ 160 milhões. Outra iniciativa de grande importância

é o projeto Cardiofetal Congênito, em que crianças cardiopatas de todo o país são referenciadas por meio da Central Nacional de Regulação em Alta Complexidade (CNRAC) para receberem cirurgia reparadora de suas cardiopatias congênitas em um dos hospitais do Proadi-SUS. Mais de 400 crianças de todo o Brasil, algumas ainda dentro do útero de suas mães, foram beneficiadas por procedimentos cirúrgicos.

Esse projeto, além de assistencial, contribui para a capacitação de cirurgiões de todo o país, com treinamento para realização dessas cirurgias em seus hospitais habituais de trabalho para o SUS. Mais de 180 cirurgiões e 3 hospitais já foram capacitados para essas cirurgias de alta complexidade. Tanto a cirurgia quanto o acompanhamento dos pacientes são realizados, somando mais de 13 mil consultas a essas crianças.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Proadi-SUS é uma estratégia que contempla a parceria público-privada de modo a apoiar o Ministério da Saúde em suas prioridades, com impacto significativo como neste momento de emergência com a pandemia da COVID-19. Isso porque, em curto espaço de tempo, o Brasil foi beneficiado por algum dos projetos desenvolvidos especificamente para apoiar o Ministério da Saúde na disseminação de informações ou no atendimento direto de pacientes em hospitais e unidades de saúde, além de pesquisas clínicas de alta relevância para o tratamento da doença. Ao todo, já formou mais de 6 mil profissionais – em quase 3 mil instituições –, sob a execução de 21 projetos em gestão, 5 em capacitação, 3 estudos clínicos e 3 projetos de ATS.

Considera-se que o Proadi-SUS é um Programa de excelência do Ministério da Saúde, que apoia o desenvolvimento institucional necessário para um Sistema de Saúde Universal, de todos para todos. É um programa em amadurecimento e que tem capacidades de apoiar as evoluções que a saúde brasileira necessita.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 30 nov 2009 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm.

2. Brasil. Lei n. 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 [Internet]. 19 set 2020. [acesso 2020 out 16]. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

3. Brasil. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 14]. Disponível em: https://hospitais.Proadi-SUS.org.br/.

4. Brasil. Como são construídos os projetos. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 19]. Disponível em: https://hospitais.Proadi-SUS.org.br/sobre-o-programa#como-sao-construidos-os-projetos.

5. Brasil. Conheça nossos projetos do Triênio 2018-2020. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 17]. Disponível em: https://hospitais.Proadi-SUS.org.br/projetos.

6. Brasil. Sobre o PROADI-SUS. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: https://hospitais.Proadi-SUS.org.br/sobre-o-programa.

7. Brasil. PROADI-SUS no combate à COVID-19. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://hospitais.Proadi-SUS.org.br/covid19.

8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso 2020 out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

9. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.734, 1º de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2 ago 2008 [acesso 2020 out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2734_17_11_2008.html.

10. Brasil. Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade

social. Diário Oficial da União [Internet]. 23 maio 2014 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8242.htm.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.362, de 08 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 08 dez 2017 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html.
12. Brasil. PROADI-SUS. Conheça nossos projetos do triênio 2018-2020. Portal Proadi.SUS [Internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos.

COMPLIANCE E *ACCOUNTABILITY* NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Yuri Sahione Pugliese[1]

Resumo: A pandemia da COVID-19 trouxe grandes incertezas para o processo de tomada de decisão dos gestores públicos. Lidar com o desconhecido, tendo um sistema legal que já não atende de forma adequada às necessidades e ao dinamismo da Administração Pública, põe os administradores em posição de vulnerabilidade jurídica. Para auxiliar no processo decisório, a Administração Pública pode se apropriar dos conceitos e práticas dos programas de integridade (programas de *compliance*) como ferramenta de gestão de riscos e garantia de integridade dos processos.

Palavras-Chave: *Compliance. Accountability*. Governança Pública. Riscos. COVID-19.

1 Mestre em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, sócio do Cescon Barrieu Advogados, http://lattes.cnpq.br/2766391727021687. ysahione@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3i0cOE7

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), trouxe para os governos e para a sociedade civil novos desafios. De um lado, construir um plano de ação para responder a uma doença desconhecida e letal; do outro, reorganizar a vida altamente movimentada nas pólis. No fiel da balança, as ações governamentais devem traduzir confiança para a população e, ao mesmo tempo, estar escoradas na legalidade de um sistema jurídico que já é pouco funcional para atender ao dinamismo dos temas de saúde pública.

Diante da situação de calamidade, os governos responderam com a criatividade de que dispunham, aprovando legislações temporárias, flexibilizando regras de contratação e correndo contra o tempo para minimizar o número de óbitos e evitar o colapso do já debilitado sistema público de saúde.

A desordem administrativa que a pandemia trouxe para os gestores públicos levou diversas iniciativas públicas a nenhum resultado efetivo que não o desperdício de dinheiro do erário e a sucessivas ações policiais nos mais diversos níveis para combater desvios.

Com a maior difusão dos conceitos e práticas de *compliance* no Brasil, a Administração Pública, de forma ainda incipiente, passou a se apropriar desse sistema de gestão empresarial para aprimorar regras de governança pública.

Embora as práticas de gestão baseada em risco trabalhem com o conceito de riscos mapeáveis e prováveis, o sistema proporciona ao processo de tomada de decisão vantagens relacionadas com segurança e lisura do processo, de maneira que o risco a ser assumido pelo gestor seja aquele ínsito ao mérito da escolha, e não a vícios que podem deslegitimá-la.

2. MÉTODOS

A linha de raciocínio empregada neste trabalho procurou demonstrar de que maneira o arcabouço jurídico-regulatório brasileiro aplicável à Administração Pública, associado aos desafios sem precedentes impostos pela pandemia da COVID-19 e à luz deles, impactou o nível de cautela necessário ao gestor público ao tomar decisões.

Para tanto, partiu-se de uma breve análise histórica da legislação que rege a atividade administrativa, especialmente no que se refere ao processo decisório. Em seguida, expuseram-se os principais desafios enfrentados pelo tomador de decisões no âmbito da Administração Pública, os princípios norteadores dos programas de *compliance* e sua aplicabilidade ao Poder Público. Analisou-se a importância desses programas em momentos de incerteza como o atual, não obstante a sua idealização com objetivo de preparar para o previsível.

Finalmente, a partir do cotejo dos elementos expostos no texto entre si e com o conhecimento prévio no que concerne às técnicas de governança corporativa, foi possível traçar conclusões quanto à pertinência da apropriação dos programas de integridade na busca da Administração Pública pela lisura do processo decisório.

3. *ACCOUNTABILITY* COMO EXPRESSÃO DE PUNIÇÃO NO SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO

No Brasil, *accountability* do gestor público é percebido como aplicação de sanções a desvios, e não como reconhecimento por parte do servidor público do cumprimento de deveres e responsabilidades inerentes à função desempenhada.

Talvez pelo longo histórico de casos de dano ao erário e de enriquecimento de agentes públicos que restaram impunes, e pela maneira que o sistema eleitoral brasileiro impacta a gestão pública, até hoje o conceito de *accountability* no serviço público jamais foi materializado em *ownership*, levando à crença de que a coisa pública, em verdade, não é de ninguém, em oposição ao seu significado como sendo de todos.

Na perspectiva do sistema legal brasileiro, o legislador, ao longo dos anos, foi criando diversos microssistemas sancionados para punir a malversação do erário público.

Em termos cronológicos, o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848 [1], de 1940), criminaliza condutas de desvio de dinheiro público (art. 312, peculato) e de atos de solicitação ou de aceitação de promessas de vantagem indevidas (arts. 333 e 317, corrupção ativa e passiva).

No ano de 1992, foi promulgada a Lei nº 8.429 [2] (Lei de Improbidade Administrativa), que previu a possibilidade de sanção aos funcionários públicos por atos que causem danos ao erário ou mesmo que apenas atentem contra os princípios da Administração Pública.

A Lei de Improbidade Administrativa [2] prevê diversas sanções, tais como, a depender do caso, a perda dos valores obtidos de forma ilícita, a perda da função pública, o pagamento de multa civil, a suspensão dos direitos políticos e a proibição de contratar com o Poder Público (art. 12, incisos).

Em 1993, a Lei nº 8.666 [3] (Lei de Licitações) trouxe a possibilidade de a Administração Pública aplicar aos particulares contratados sanções pecuniárias e administrativas que podem variar da mera advertência à declaração de inidoneidade para licitar pelo prazo que determina (art. 87, incisos I e IV, respectivamente).

No microssistema de proteção da concorrência, a Lei nº 12.529 [4], editada em 2011 (Nova Lei do Cade), traz previsão para aplicação de sanções a empresas que violem as regras de concorrência e pratiquem atos como o de cartel em licitações públicas, por exemplo, e expõe os infratores a sanções que variam da multa à proibição de praticar atividade comercial pelo prazo de até cinco anos (art. 37, incisos, e art. 38, inciso VI respectivamente), entre tantas outras.

Mais recentemente, com a publicação da Lei nº 12.846 [5], de 2013 (Lei Anticorrupção), pessoas jurídicas passaram a ser responsabilizadas de forma objetiva por atos lesivos à Administração Pública, tais como os definidos no art. 5º da Lei, e a se sujeitarem à pena pecuniária que varia de 0,1% a 20% do faturamento bruto anual (do ano anterior à instauração do processo administrativo de responsabilização) da empresa, além da sanção moral de publicação extraordinária da decisão.

Isso tudo sem falar no exercício das atividades de controle externo pelas Cortes de Contas que, nos termos das suas leis de regência, também podem aplicar sanções pecuniárias a administradores públicos e a terceiros, além e impor a reparação do dano ao erário.

Por meio de um rápido levantamento de legislações com previsões sancionadoras a atos que causam prejuízo ao erário público, é possível identificar diversos microssistemas que versam sobre responsabilidade criminal, administrativa e civil-administrativa, levando, sem dúvidas, a um sistema totalmente irracional de persecução do ilícito.

O sem número de jurisdições sancionadoras que se sobrepõem deveria trazer a prevenção geral – medo de ser sancionado como fator de evitação do engajamento em condutas ilícitas – como função das sanções e penas lá previstas. Ainda que gestores públicos possam verdadeiramente temer as consequências dessas sanções, o sistema legal não dá nenhuma segurança para aquele que tem a obrigação legal de tomar decisões difíceis e gerir recursos escassos de forma a maximizar o bem-estar da população.

Foi preciso o Superior Tribunal de Justiça (STJ) se posicionar para formar precedentes que distinguissem minimamente os gestores públicos inábeis daqueles desonestos (REsp 1.512.047/PE, Rel. Ministro Herman Benjamin; AgRg no AREsp 822.214/PR, Rel. Ministro Humberto Martins; AgInt no REsp 1.470.080/SP, Rel. Ministro Sérgio Kukina).

Da mesma forma, o STJ passou a entender que, em casos nos quais o gestor optou por adotar dispensa ou inexigibilidade de licitação quando admitida hipótese que viabilize alguma forma de competição, a existência de prejuízo passa a ser uma condição para a configuração típica do delito do art. 89 da Lei de Licitações.

As distinções feitas pelo STJ, embora essenciais, não contornam a zona cinzenta da interpretação jurídica de conceitos legais muito abertos, levando sempre a solução dos conflitos a intermináveis judicializações.

Como um complicador adicional à tomada de decisões pelo gestor público, formou-se entendimento jurisprudencial (STF: HC 171576, Rel. Ministro Gilmar Mendes; STJ: HC 464.498/SP, Rel. Ministro Sebastião Reis Júnior; RHC 39.644/RJ, Rel. Ministra Laurita Vaz) no sentido de que aquele que atua na qualidade de consultor legal (parecerista) possui imunidade jurídica em suas interpretações ao texto legal, de maneira que não pode ser responsabilizado, por exemplo, ao dar parecer favorável por uma dispensa de licitação quando a hipótese não a comportaria.

Por outro lado, o gestor que acolhe o parecer do especialista na legislação de Direito Administrativo pode ser responsabilizado pessoalmente se não seguir a orientação jurídica, bem como se seguir orientação jurídica divergente da opinião do Ministério Público e/ou do juiz que eventualmente for julgar o seu caso.

Os exemplos dados, longe de serem exaustivos, mostram que, já nas condições normais da gestão pública, inexiste o mínimo de segurança para os mandatários e ordenadores de despesas tomarem decisões relativas a fatos corriqueiros da Administração Pública.

Com a pandemia da COVID-19 e a necessidade de enfrentamento do desconhecido, o gestor se vê constrangido, ora pela necessidade de preservar a saúde coletiva e o sistema público de saúde, ora pela necessidade de preservar a economia, e sem contar com um sistema legal que lhe dê o mínimo de segurança jurídica contra o "errar tentando acertar".

4. O IMPACTO POSITIVO DOS ELEMENTOS DO PROGRAMA DE *COMPLIANCE* EMPRESARIAL NA CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO PÚBLICA BASEADA EM RISCOS

Os programas de *compliance*, traduzidos pela legislação brasileira como programas de integridade, representam um conjunto de rotinas internas que têm por finalidade prevenir, detectar e remediar situações que se ponham em desconformidade com a métrica estabelecida pelo sistema.

Longe de serem programas que reforçam a ética individual ou que estejam relacionados com o aprimoramento pessoal dos seus destinatários, os programas de integridade são

processos empresariais, instrumentos puramente formais, que vão endereçar o conjunto de métricas – curadoria de valores – que forem nele imputados.

Os fluxos dos processos internos estão estruturados em pilares, que podem ser identificados a partir da estrutura prevista no art. 19 do Decreto Federal nº 9.203/2017 [6] como sendo: i) comprometimento e apoio da alta administração; ii) existência de unidade responsável pelo programa no órgão ou na entidade; iii) análise, avaliação e gestão dos riscos associados ao tema da integridade; iv) monitoramento contínuo dos atributos do programa de integridade.

Exemplos dados pela liderança tendem a ser seguidos pelo resto da organização. Se positivos ou negativos, eles é que darão o tom com que os demais membros da organização seguirão no cumprimento de suas atividades.

Essa habilidade de liderança representa um *soft skill,* que pode ser desenvolvido por gestores públicos tal qual os gestores privados o desenvolvem.

A análise de riscos se coloca como um dos pontos de maior desafio para o administrador. É quase impossível mensurar a quantidade de riscos aos quais o gestor público está exposto, ao contrário do gestor de uma corporação que, para a grande maioria dos casos, estará coberto pela camada da personalidade jurídica ou por um seguro do tipo D&O (*Directors and Officers*).

Por esse motivo, o processo de mapeamento de riscos deve abordar e segregar por competências internas da Administração Pública os tipos de riscos a que o administrador está exposto. Priorizar aqueles riscos associados a sanções legais pode ajudar a depurar por relevância as ações mitigadoras, na medida em que o legislador previu sanções para aquelas condutas que, intrinsicamente, carregam maior gravidade.

A estruturação e a condução das atividades do programa devem ser delegadas a um responsável que atua na qualidade de *compliance officer*. Essa pessoa deve dispor de uma equipe e recursos que sejam compatíveis com o porte e estrutura da administração à qual está vinculada.

Entre as atividades a serem exercidas, o monitoramento em tempo real de fluxos que representam maior risco é um dos pilares do programa. Diferentemente do trabalho de auditoria, que acontece no pós-fato, o monitoramento alcança o olhar do controle para o momento em que os processos se desenvolvem.

Por fim, o programa de *compliance* se posiciona dentro de uma organização com uma função híbrida de gestão de riscos e controle interno, pois carrega funções básicas de controle preventivo típicas do controle jurídico, com funções básicas de controladoria e auditoria, sem que se confunda com qualquer dessas áreas ou anule a sua atuação.

5. AS FUNÇÕES DO PROGRAMA DE *COMPLIANCE* APLICADAS À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA LEVAM A UMA MELHOR COMPREENSÃO E RACIONALIZAÇÃO DOS RISCOS ASSUMIDOS

Voltando à perspectiva da percepção dos riscos a que o administrador público está exposto, alguns eixos podem ser traçados para dar maior relevância aos processos e subprocessos que, por uma regra de experiência, possuem maior recorrência de problemas com as autoridades de controle (Ministério Público, Controladorias-Gerais, Tribunais de Contas e Cade, por exemplo).

Quase que intuitivamente, a corrupção se apresenta como um dos principais riscos associados à atividade pública. Gerir risco de corrupção é, na essência, tratar de relacionamentos interpessoais. Quanto maior o nível de exposição a contatos com pessoas, maior a chance de surgirem propostas de esquemas e vantagens mirabolantes.

O gestor prudente deve se certificar de que interações com particulares ou outras autoridades para tratar de temas do interesse da administração sejam registradas como compromissos públicos e acompanhadas por outros colaboradores presentes no evento, se não houver outros meios tecnológicos, sem contato pessoal, para endereçar a demanda e a solução.

Na perspectiva das licitações e contratos, diversos são os eventos que traduzem um risco mais elevado, ainda mais quando a legislação emergencial (a exemplo da Lei nº 13.979/2020 [7]) flexibilizou regras de contratação pública. Nesse aspecto, é importante abordar a percepção de risco: i) no processo de qualificação de fornecedores (técnica e econômica); ii) na identificação de eventuais conflitos de interesses; iii) no processo de formação de preços; iv) na medição.

Ainda existem outros eventos e etapas do processo da tomada de decisão pelo gestor público que também inspiram cuidados, mas que não serão abordados neste estudo.

6. A GESTÃO DE RISCOS PELO PROGRAMA DE *COMPLIANCE* E O POSICIONAMENTO DO GESTOR PARA LIDAR COM O INCERTO E O INESPERADO

Por se tratar de um sistema de gestão de riscos, cujas variáveis devem ser analisadas pelo seu operador, o programa de *compliance* não foi formatado, por definição, para lidar com o inesperado. Ao contrário, seu uso mais geral é voltado a mitigar riscos conhecidos, ainda que a sua chance de materialização seja incerta.

A falta de vocação do programa para lidar com o inesperado não afasta a sua importância no funil de decisão do gestor, especialmente o público, quando o que se viu na mídia são os tradicionais problemas jurídicos que expõem ordinariamente gestores da área da saúde.

Em outras palavras, para lidar com o inesperado, deve o gestor se certificar de que a sua tomada de decisões não está viciada por atos de corrupção, conflitos de interesses, vícios de técnica, de qualificação dos fornecedores ou de processo, por exemplo.

Todas essas variáveis que representam risco ao gestor podem ser controladas se o programa se posicionar para garantir que o processo administrativo que levará à decisão siga o rito legal preestabelecido, que cada etapa seja suficientemente evidenciada e que ele possa ser auditado *a posteriori*.

Após garantir a lisura do processo, decidir pelo exercício do poder de polícia sanitária – tal como permitido pelo STF no julgamento da medida cautelar nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 6.341 –, pela escolha de um modelo de teste rápido ou de ventilador mecânico passa a ser uma questão meramente técnica, e que se encontra dentro da discricionariedade vinculada do administrador público.

As incertezas que a doença traz quanto aos diagnósticos, às terapias e às medidas para proteção dos sistemas públicos de saúde contra o colapso podem ser traduzidas em erros e acertos na tomada de decisões que apenas a história poderá julgar.

O desafio para lidar com o inesperado não coloca o gestor público na condição de ímprobo e desonesto se ele adotou as medidas recomendadas pelas autoridades nacionais e internacionais de saúde, ou se escolheu uma tecnologia em detrimento de outra. Como já decidido pelo STJ, o gestor tem o direito de errar, sempre que o seu erro não estiver associado a um vício de lisura do processo.

Dar ênfase ao processo não é privilegiar a burocracia estatal, mas preservar a figura do gestor, ainda que esse processo seja imperfeito para o fim a que se destina e para o tempo que se espera.

Respeitar o processo legal é entender que o ideal e o possível são atributos da decisão *vis-à-vis* o dilema enfrentado – escassez de recursos e insumos, estrutura precária do sistema de saúde, dentre outras variáveis –, e não da sua integridade.

É bastante razoável assumir, por outro lado, que as imperfeições do processo podem ser tamanhas que o seu fim restará prejudicado, e a correlação entre meio e fim estará em desequilíbrio.

Na medida em que ao gestor público não é dada a opção de decidir fora do processo, a solução para restaurar o equilíbrio deve ser arbitrada pelo poder competente, que é o Poder Judiciário. Buscar a solução arbitrada por outro poder é medida de mitigação de riscos e respeito institucional ao processo legal, já que não existe, no Direito brasileiro, a lógica de que um erro é compensado por um acerto.

Ainda assim, para o exercício saudável da governança pública, em tempos de pandemia e do inesperado, o programa de *compliance* vai permitir o uso de suas ferramentas para a geração

de valor público, assim entendido como a resultante de atividades de uma organização que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou às demandas de interesse público (art. 2º, II do Decreto Federal nº 9.203/2017 [6]).

7. PRINCÍPIOS DE GOVERNANÇA PÚBLICA NA CONSTRUÇÃO DE DECISÕES DIFÍCEIS PELO GESTOR EM TEMPOS DE INCERTEZAS DE MERCADO E ESCASSEZ DE PRODUTOS

Embora a responsabilidade – não do ponto de vista jurídico – pelo erro seja um ônus daquele que optou por exercer o cargo ou função públicos em momentos em que inexistia uma série histórica de escassez de insumos e de recursos, gerenciar as expectativas dos diversos setores da sociedade, em especial as demais constituições que completam o arranjo e a complexidade do Estado, agrega complexidade à decisão e reduz incertezas jurídicas.

O sistema de separação dos poderes previsto na Constituição Federal brasileira impede que agentes de outros Poderes exerçam funções fora das competências estabelecidas, como, por exemplo, magistrados participarem formalmente de tomadas de decisões de gestores públicos.

Isso não significa que, para orientar a tomada de decisão, o gestor não possa dispor de meios e mecanismos de participação social no processo de construção de massa crítica, como a instituição de comitês e a realização de audiências públicas.

Agregar informações, opiniões e expectativas qualifica a tomada de decisão e orienta a conduta do gestor quando, inclusive, estiver na posição de se valer de meios extraordinários previstos na legislação para satisfazer o interesse público.

Ao compreender a demanda pública, sua urgência, e ir ao mercado, o gestor pode se deparar com situações díspares como escassez de oferta e preços abusivos. Embora situações excepcionais possam trazer distorções para a satisfação do interesse público, o Estado não está à mercê do livre mercado.

De fato, nem mesmo os particulares estão sujeitos à regra liberal extrema de que oferta e demanda definem de maneira livre o preço de bens e serviços. A legislação brasileira há muito protege o mercado consumidor contra abusos de preços e outras práticas abusivas, a exemplo da Lei nº 1.521/51 [8], que prevê os Crimes Contra a Economia Popular, e da Lei nº 8.078/90 [9], que instituiu o Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

Para o Estado, enquanto ente personificado que exprime e representa o interesse coletivo, a legislação concede um poder extraordinário de expropriar a propriedade do particular para atender a uma finalidade maior, como é o caso da desapropriação e da requisição administrativa.

Havendo a possibilidade de uso de meios excepcionais, caracterizados pelo uso da força, o uso desse tipo de recurso deve vir fundamentado em um sólido processo decisório que afaste dúvidas quanto à sua lisura e que seja suficientemente informado e fundamentado para fazer da supressão do direito de propriedade privada o último recurso para atender ao interesse público.

8. MONITORAMENTO E CONTROLE EXERCIDO COMO FUNÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE PÚBLICA

A preocupação com as ações de monitoramento da entrega e destinação dos insumos adquiridos para emprego nas ações de combate à pandemia não está limitada àqueles adquiridos pelo Poder Público. No contexto atual, ao menos no âmbito da Administração Pública Federal, o Decreto nº 10.314 [10], de 2020, passou a prever a possibilidade de os particulares promoverem doações com a estipulação de encargos.

As ações de monitoramento devem abranger o reforço de controle relativamente à quantificação dos materiais doados ou adquiridos, à sua contabilização como patrimônio público e à sua correta destinação – muitas vezes associadas ao encargo, quando no caso de doações.

Embora não existam regras muito claras de controle de doação, a exemplo das regras de liquidação de despesas para aquisição de bens e serviços, é importante que a área responsável pelo programa de integridade pública a monitore mediante visitas presenciais e revisão de documentação produzida pelas áreas responsáveis por dispensarem os insumos recebidos.

A frequência das visitas e das revisões dos relatórios de doação deve ser determinada conforme a quantidade de insumos envolvidos, mas os parâmetros podem ser definidos tendo como exemplo a NBCT 11 [11] (Norma de Auditoria Independente das Demonstrações Contábeis).

As iniciativas de monitoramento não se confundem com as funções típicas de controle previstas na legislação, mas representam a possibilidade de o gestor conhecer eventuais equívocos ainda em tempo de corrigir o curso dos acontecimentos, dando maior dinamismo aos seus atos [12-14].

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas iniciativas de boa governança pública refletirão positivamente na escolha final, ainda que esta se prove futuramente equivocada. Não pode ser imposta ao gestor público a obrigação de acertar na sua escolha quando não existe nenhuma base empírica ou histórica para informar a decisão [15-16].

Por outro lado, o gestor pode vir a ser responsabilizado se desrespeitar o processo legal estabelecido, mesmo que munido da intenção de acertar.

A implementação de um sistema de integridade adaptado à realidade da Administração Pública permite que o gestor desenvolva um processo decisório mais seguro, bem como que o risco tomado seja o da escolha, e não algum relacionado com falhas de processo.

Para além do processo de decisão, as funcionalidades de controle via monitoramento, de que o programa de integridade dispõe, permitem que o gestor possa continuamente ter conhecimento, em tempo real, de erros de percurso que as iniciativas de combate à pandemia podem sofrer, a tempo de corrigi-los.

Ao aprimorar as boas práticas de governança pública, o programa de integridade se coloca na posição de permitir que o gestor exerça a sua liderança para o enfrentamento do desconhecido, mudando a percepção da *accountability,* como sinônimo de sanção, para a do sentimento de responsabilidade e pertencimento a uma organização, próprio do conceito de *ownership*.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto n° 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 dez 1940.
2. Brasil. Lei n° 8.429, de 2 de Junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 jun 1992.
3. Brasil. Lei n°8666, de 21 de Junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 jun 1993.
4. Brasil. Lei nº 12.529, de 30 de Novembro de 2011. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência; dispõe sobre a prevenção e repressão às infrações contra a ordem econômica; altera a Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, e a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985; revoga dispositivos da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994, e a Lei nº 9.781, de 19 de janeiro de 1999; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 nov 2011.
5. Brasil. Lei nº 12.846, de 1° de Agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 ago 2013.
6. Brasil. Decreto n° 9.203, de 22 Novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União. 23 nov 2017.
7. 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. 7 fev 2020.
8. Brasil. Lei nº 1.521/51, de 26 de Dezembro de 1951. Altera dispositivos da legislação vigente sobre crimes contra a economia popular. Diário Oficial da União. 27 dez 1951.
9. Brasil. Lei nº 8.078/90, de 11 de Setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 set 1990.
10. Brasil. Decreto nº 10.314, de 6 de Abril de 2020. Altera o Decreto nº 9.764, de 11 de abril de 2019, que dispõe sobre o recebimento de doações de bens móveis e de serviços, sem ônus ou encargos, de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado pelos órgãos e pelas entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União. 7 abr 2020.

11. Conselho Federal de Contabilidade. Norma de Auditoria Independente das Demonstrações Contábeis. Brasília: CFC; 2020.

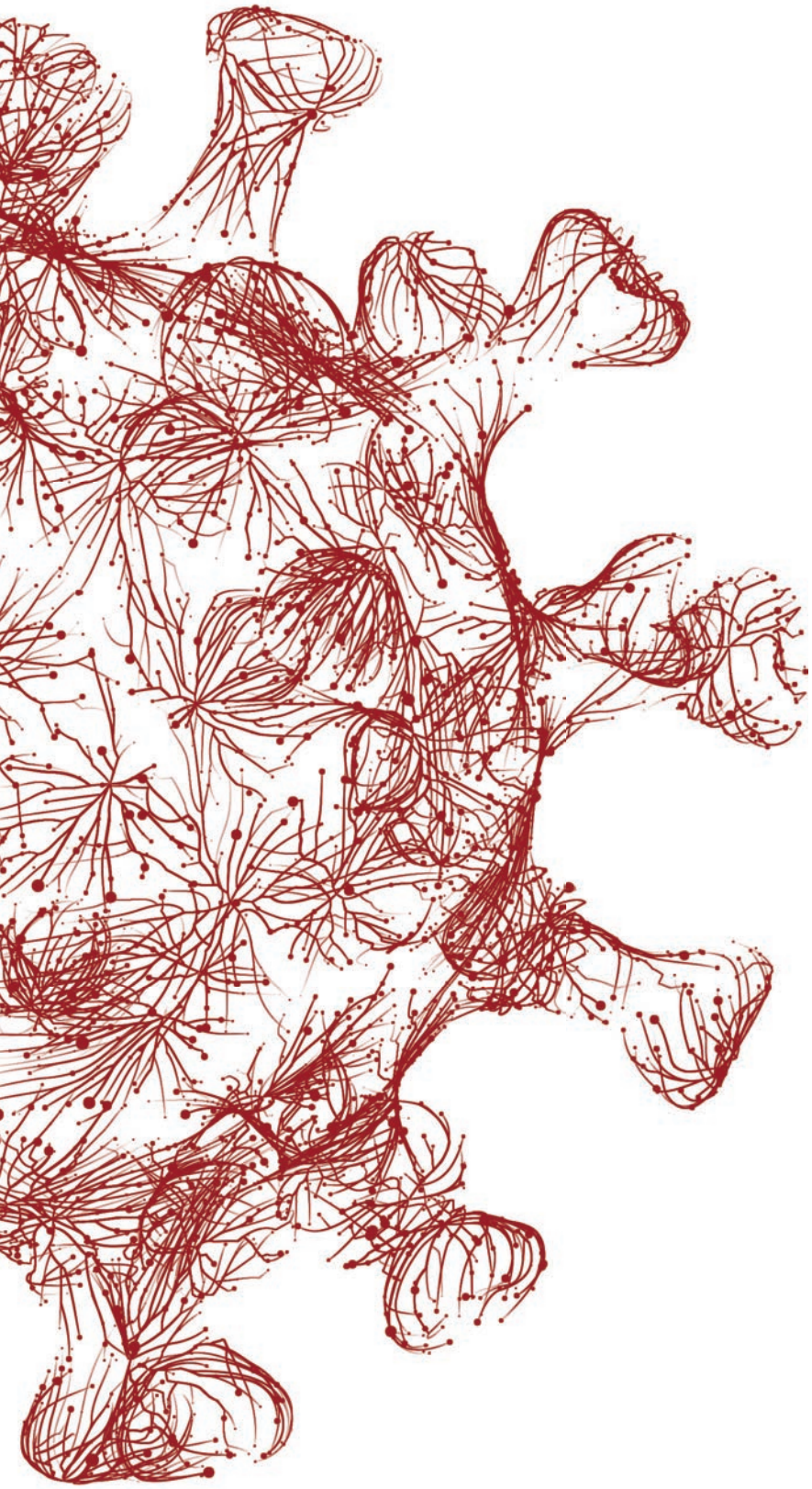
12. Brasil. Controladoria Geral da União. Guia de integridade pública: orientações para a administração pública federal: direta, autárquica e fundacional [Internet]. Brasília: CGU; 2015 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/integridade/ arquivos/guia-de-integridade-publica.pdf.

13. Brasil. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Guia prático de implementação de programa de integridade pública: orientações para a administração pública federal direta, autárquica e fundacional [Internet]. Brasília: CGU; 2018 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/integridade/arquivos/integridade-2018.pdf.

14. Brasil. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Manual para implementação de programas de integridade: orientações para o setor público [Internet]. Brasília: CGU; 2017 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/ integridade/arquivos/manual_profip.pdf.

15. Sahione Y. A operação Lava Jato e o caminho do compliance. Estadão. 19 jul 2018.

16. Sahione Y. O impacto do compliance nas empresas conscientes. Estadão. 29 set 2020.



GESTÃO E CONTROLE DA SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PANDEMIA

Humberto Lucena Pereira da Fonseca[1]

Resumo: A pandemia de COVID-19, em 2020, gerou um cenário de absoluta anormalidade em vários aspectos da vida dos brasileiros, que passaram a conviver com medidas sanitárias inéditas, como confinamento social, uso obrigatório de máscaras de proteção facial e restrições às atividades econômicas. O objetivo foi achatar a curva de incidência da doença, a fim de evitar um grande número de casos graves em um curto período, o que levaria o sistema de saúde ao colapso. Um clima de apreensão e medo tomou conta do País. Além de orientar medidas para diminuir o contágio, os gestores do Sistema Único de Saúde precisaram encontrar caminhos para preparar o sistema de saúde para o aumento da demanda, com a preparação de equipes, compra de equipamentos e insumos em curto período e a implantação de novas estruturas para atender ao grande número de pacientes que era esperado. Contudo, as normas que regem a Administração Pública não são adequadas para se cumprir com eficiência esses objetivos. Este artigo buscou fazer um registro panorâmico da COVID-19 no Brasil, a fim de não se perder a noção da anormalidade das circunstâncias encontradas pelo gestor da saúde pública para a análise de sua conduta e de suas decisões.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Controle Interno-Externo. Coronavírus. Pandemia.

1 Consultor Legislativo do Senado Federal. Foi Secretário de Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Medicina Paliativa pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Título de especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Advogado, mestre em Direito Empresarial pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e mestre em Direito Comparado pela New York University (NYU). ORCID 0000-0001-7788-4957. E-mail humbertolfonseca@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3bklWB0

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2020 está marcado na história como o ano da pandemia de um novo coronavírus, batizado como SARS-CoV-2, por causar uma síndrome respiratória aguda grave (SARS, em inglês) similar a outro coronavírus descoberto em 2002. O novo vírus é altamente transmissível, e não havia imunidade contra ele nas populações que atingiu. A doença causada pelo SARS-CoV-2 foi chamada de *Coronavirus Disease-2019*, ou COVID-19, em razão de o vírus ter sido identificado como causador do primeiro surto da enfermidade no final de 2019, em Wuhan, na China [1]. Os grupos submetidos a maior risco de formas graves e de morte são os idosos e pacientes com doenças crônicas.

Não se conhecia – como até hoje não se conhece – tratamento comprovadamente eficaz, preventivo ou curativo, para a doença. A condução dos pacientes foi feita de forma empírica e com diferentes estratégias terapêuticas em cada local, o que gerou intensa discussão científica e política. A medida mais importante para a condução dos casos graves foi a internação do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o suporte ventilatório durante a vigência da insuficiência respiratória aguda. No entanto, a frequência da doença e, consequentemente, das formas graves, levou à falta de leitos com ventilador mecânico disponível em muitos locais.

Nesse cenário, a COVID-19 desafiou todos os países do mundo, dada a pressão de demanda que colocou sobre os respectivos sistemas de saúde. É seguro dizer que nenhum sistema de saúde do mundo estava preparado para o que vivemos este ano.

Tendo em vista a insuficiência de leitos para todos os potenciais pacientes, foram indicadas medidas preventivas para achatar a curva de incidência da doença e, assim, evitar um grande número de casos graves em curto período, o que fatalmente conduziria ao colapso do sistema.

Essas medidas, que basicamente orbitaram entre intensificação de medidas higiênicas (lavagem e desinfecção das mãos com álcool gel), barreiras físicas para fômites (uso de máscara de proteção facial e outros dispositivos como *face shield*) e medidas de isolamento social, tiveram enorme repercussão em diversos aspectos da vida das pessoas, afetando não só a saúde, mas também a economia, a liberdade e as interações entre os membros das comunidades.

Na história do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nada foi remotamente semelhante ao que ocorreu na saúde pública em 2020, ano que ainda não acabou, mas que já permite alguma reflexão sobre os acontecimentos até o presente momento.

A pandemia ainda não acabou, e não sabemos quando acabará, embora tenhamos a sensação de que o restabelecimento da normalidade será possível com a oferta de uma vacina eficiente que possa ser aplicada em escala global, o que parece estar próximo.

Não vamos aqui abordar as origens do vírus, suas características biomoleculares, a fisiopatologia da síndrome que causa ou as controvérsias científicas relacionadas com o tratamento da COVID-19. A comunidade científica já tem tratado em abundância desses temas. Tampouco vamos esmiuçar ou criticar cada decisão tomada ou ação praticada pelos gestores do SUS nesse período. Embora a contextualização seja necessária para desenvolver o raciocínio a que nos propomos, não promoveremos defesas específicas nem apontaremos heróis ou vilões.

A partir das informações oficiais divulgadas ao longo de 2020, da experiência com a gestão e o controle da saúde pública e da identificação de aspectos relevantes que alteram a perspectiva do gestor público em tempo de pandemia, pretendemos oferecer luz sobre as dificuldades e os dilemas da gestão da saúde, buscando conciliá-las com a necessária atividade de controle de suas decisões e condutas.

Ao final, esperamos que fique o registro do momento que atravessam os gestores públicos de saúde no Brasil nestes tempos de pandemia, de forma a não perder a noção das peculiaridades das atuais circunstâncias quando, num futuro em que forem conhecidas as informações que hoje inexistem ou são parciais, for o momento de fazer o exame retrospectivo de suas ações.

2. PANORAMA DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

O surto de síndrome respiratória aguda grave ocorrido em Wuhan, na China, causado pelo SARS-CoV-2, foi notificado à Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019 [2]. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou estado de emergência global em saúde pública devido ao novo coronavírus, maior nível de alerta da organização, após o registro de 7.736 casos e 170 mortes na China e 98 casos em outros 18 países [3].

Em 11 de março, a OMS declarou pandemia de COVID-19 [4], e dois dias depois reconheceu a Europa como novo epicentro da doença [5]. Em 26 de maio, a Organização Pan-Americana

da Saúde da OMS (Opas/OMS) declarou que as Américas emergiram como epicentro da doença, e a América Latina superou os Estados Unidos e a Europa em número de novos casos diários [6].

Até outubro de 2020, foram 38 milhões de casos registrados no mundo, com mais de 1 milhão de mortes em 235 países [7]. No Brasil, um dos países mais atingidos pela pandemia, até o dia 13 de outubro, foram confirmados mais de 5 milhões de casos, com 151 mil mortes diretamente relacionadas com o novo coronavírus [8]. Segundo o último boletim epidemiológico oficial, a letalidade (número de óbitos por caso confirmado) da doença no Brasil foi de 3% e a mortalidade acumulada, de 71,9 por 100 mil brasileiros [9].

O vírus começou a circular em território brasileiro no final de fevereiro de 2020, com a chegada do primeiro paciente da Itália, em 21 de fevereiro, confirmado como caso de COVID-19 no dia 26 do mesmo mês, pelo Ministério da Saúde [10]. O paciente foi internado na rede privada da cidade de São Paulo. A primeira morte em razão da doença ocorreu em 12 de março; a segunda, em 15 de março; e a terceira, no dia seguinte [11], todas em São Paulo.

A partir de então, a doença disseminou-se rapidamente pelo País. Houve progressivo aumento do número de casos e de mortes, ultrapassando-se a marca de mil mortes por dia em 19 de maio. A partir de 14 de junho, o número de novas mortes permaneceu superior a mil por dia, atingindo o pico de 1.595 mortes notificadas em um só dia em 29 de julho, com decréscimo dos óbitos diários a partir daí. Desde a 35ª semana epidemiológica, iniciada em 23 de agosto, o número de óbitos permanece abaixo do patamar de mil por dia e em queda, com 4.211 na 41ª semana, iniciada em 4 de outubro, última totalizada no boletim do Ministério da Saúde até o fechamento deste artigo [12].

Mesmo antes do primeiro caso confirmado no Brasil, as autoridades brasileiras iniciaram medidas para controle da doença, cuja chegada ao País era sabidamente inevitável. Em 28 de janeiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criou o Grupo de Emergência em Saúde Pública para Condução das Ações Referentes ao Novo Coronavírus [13]. Em 3 de fevereiro, o Ministério da Saúde declarou estado de emergência em saúde pública [14]. Em 6 de fevereiro, foi publicada a Lei nº 13.979, que dispôs sobre medidas de enfrentamento da COVID-19 [15]. Em 9 de fevereiro, duas aeronaves da Força Aérea Brasileira foram enviadas a Wuhan, de onde resgataram 34 pessoas que, ao chegar ao Brasil, ficaram em quarentena por 14 dias na cidade de Anápolis, em Goiás [16].

O Ministério da Saúde passou a monitorar pessoas provenientes de países constantes de uma relação de locais de circulação do vírus, relação essa que foi aumentada nas semanas seguintes. A partir de março, passou a haver restrição à entrada de estrangeiros de qualquer nacionalidade no País [17]. Voos internacionais foram cancelados e permaneceram inoperantes durante todo o ano. Também houve redução significativa dos voos nacionais. A malha aérea, em razão das restrições e da diminuição da demanda doméstica e internacional, teve uma redução drástica, tornando-se 91,61% menor do que o previsto para o período [18]. A recuperação somente se iniciou no segundo semestre e ainda está distante da normalidade neste momento.

Em 20 de março, o Ministério da Saúde declarou estado de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 em todo o território nacional [19], o que significa maior circulação do vírus do que nas fases anteriores, de casos importados e de transmissão local, nas quais ainda era monitorada a origem da transmissão.

O clima de medo e apreensão tomou conta do Brasil. Os meios de comunicação passaram a dedicar boa parte de sua programação diária à cobertura do avanço da doença. À medida que o número de casos e mortes aumentava, a preocupação da população e das autoridades acompanhava essa escalada.

À declaração de emergência do Ministério da Saúde, seguiram-se atos normativos semelhantes nos Estados e dos Municípios.

O Distrito Federal, unidade da federação que tem a peculiaridade de reunir as competências de Estado e de Município, declarou emergência em 28 de fevereiro [20] e foi a primeira unidade da federação a promover, a partir de 11 de março de 2020, medidas progressivamente mais rigorosas de isolamento social para refrear a transmissão do vírus. Essas medidas incluíram a suspensão da autorização para qualquer evento público e o fechamento de escolas públicas e privadas, universidades [21], cinemas, teatros, museus, academias, casas noturnas, shopping centers, feiras, clubes [22], igrejas [23], creches, salões de beleza, agências bancárias, bares, restaurantes, feiras, comércio ambulante e, ao final, quaisquer outros estabelecimento comerciais com exceção daqueles relativos à saúde, abastecimento de alimentos, medicamentos, combustíveis e serviços de entrega em domicílio [24]. Os setores de atendimento de empresas também foram proibidos de funcionar, e foi estabelecida uma distância mínima de dois metros entre pessoas nos estabelecimentos que pudessem abrir [25], entre outras medidas sanitárias, como o uso obrigatório de máscaras por empregados e a aferição da temperatura dos clientes [26]. A partir de abril, passou a ser obrigatório o uso de máscara de proteção facial para qualquer pessoa em espaços públicos, inclusive vias públicas, sob pena de multa [27]. A primeira morte no Distrito Federal ocorreu em 23 de março, e a vítima foi Viviane Rocha de Luiz [28], nossa colega no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), cujo nome pedimos licença para registrar, como homenagem.

No início, houve controvérsia acerca da conveniência e da oportunidade dessas medidas, com crítica pública ao Distrito Federal por parte do Ministro da Saúde, especialmente no que tange ao fechamento das escolas [29]. Entretanto, pouco tempo depois, medidas análogas foram tomadas pelos Estados e Municípios brasileiros. Chegou a ser decretado *lockdown,* ou seja, medidas de confinamento ainda mais amplas e rígidas, inclusive com a proibição à circulação de pessoas, no Amapá, Pará, Maranhão e em cidades de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Ceará e Amazonas [30].

Houve divergências entre União, Estados e Municípios acerca da abrangência das medidas de isolamento social. Mesmo dentro do Governo Federal, ficou evidente o descompasso entre o Ministério da Saúde e a Presidência da República, que culminou com o afastamento de dois

Ministros durante a pandemia [31-32]. Houve críticas no sentido de faltar uma condução nacional e uma coordenação das ações contra a pandemia, que deveria estar a cargo do Ministério, e por faltar unidade de discurso dentro do Governo Federal.

As discussões políticas acerca da COVID-19, no campo formal, giraram em torno da competência dos entes federados para estabelecer e suspender restrições às liberdades individuais em prol da saúde coletiva. No mérito, houve divergências acerca do grau de isolamento que seria adequado para lidar com a dicotomia entre as medidas sanitárias para diminuir o contágio pelo novo coronavírus e suas graves consequências sobre a atividade econômica.

Realmente, a suspensão das atividades dos estabelecimentos gerou impacto significativo na atividade econômica e perdurou por vários meses. No caso do Distrito Federal, que aqui nos serviu como base de comparação, somente a partir de julho [33] iniciou-se a retomada as atividades, sob um rigoroso protocolo para diminuir a transmissão do vírus. As escolas ainda não haviam retomado aulas presenciais até o início de outubro de 2020. Evidentemente, esses meses de interrupção da atividade econômica em todo o Brasil tiveram impacto significativo sobre emprego, riqueza e renda da população. O Produto Interno Bruto do País caiu 9,7% no segundo trimestre em relação ao primeiro trimestre de 2020. Em relação ao mesmo período de 2019, a queda foi de 11,4% [34].

Quanto à competência para medidas de combate à COVID, o Supremo Tribunal Federal (STF) resolveu a questão ao analisar a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341, julgada pelo plenário da corte em 15 de abril de 2020, reconhecendo a competência da União para editar normas contendo medidas tomadas em razão da pandemia, mas sem prejuízo da autonomia de Estados e Municípios para tratar do mesmo tema, em respeito à competência concorrente estabelecida pela Constituição [35].

Ficou, portanto, assentado que cada Estado e Município poderia definir suas próprias condutas, o que, por um lado, permitiu que as medidas tomadas estivessem mais consentâneas às características epidemiológicas da doença em cada local e às necessidades específicas de sua população. Por outro lado, cada governo estadual e municipal teve que tomar decisões políticas complexas, com base em um conhecimento que não existia previamente e estava sendo construído simultaneamente ao desenrolar dos acontecimentos, dado o ineditismo do cenário. É importante ressaltar que as divergências de entendimento e posicionamento político entre Governo Federal e Governos subnacionais e os embates públicos continuaram. Tudo isso levou não só à uma heterogeneidade de condutas como também a idas e vindas nas estratégias de combate à COVID-19.

Nesse tempo, diversas propostas de terapia preventiva e curativa surgiram. Mesmo não sendo possível estabelecer sua eficácia com o devido rigor, alguns medicamentos passaram a ser utilizados de forma empírica, tanto pelas pessoas em automedicação quanto pelos profissionais e estabelecimentos de saúde. Cloroquina, ivermectina, azitromicina, dexametasona e outros corticoides, zinco, vitamina D, enoxaparina e outros anticoagulantes, oseltamivir, remdesivir e outros

antivirais, zidovudina, lamivudina e outros antirretrovirais, interferon, transfusão de plasma e aplicação de gás ozônio [36] foram algumas das terapias propostas, prescritas e utilizadas sem que houvesse evidência científica de eficácia contra a infecção pelo novo coronavírus.

O aumento da demanda decorrente da utilização de alguns fármacos em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 levou ao aumento de preços, desabastecimento e à dificuldade de aquisição. Foi o caso da cloroquina e da hidroxicloroquina, que, a princípio, desapareceram das prateleiras e depois foram compradas em abundância pelo Governo Federal [37], a ponto de sobrar [38], após sua inclusão em protocolos de condução de pacientes com COVID-19 [39]. Caso semelhante ocorreu com a ivermectina, que também foi amplamente utilizada, sem evidência científica, em pacientes diagnosticados e suspeitos. Dada a demanda, a Anvisa chegou a mudar a classificação de alguns deles, para exigir retenção de receita médica para sua aquisição [40].

Mais grave foi o desabastecimento de fármacos referentes à intubação e à manutenção dos pacientes em ventilação mecânica, como midazolam, rocurônio, atracúrio e fantanil, que ocorreu no SUS em todo o Brasil [41], conforme levantamento feito pelo Conass.

Houve momentos de dificuldade também na oferta de álcool a 70% em gel [42], máscaras de proteção facial para a população e equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde, tais como máscaras cirúrgicas, óculos, aventais e capotes [43]. De início, as autoridades sanitárias brasileiras chegaram a contraindicar a utilização de máscaras por pessoas assintomáticas [44], para que não faltasse para os profissionais de saúde, mas prevaleceu a recomendação de utilização de marcas de tecido reutilizáveis pela população, com a possibilidade de confecção domiciliar [45]. Mais tarde, o uso de máscara tornou-se obrigatório em todo o território brasileiro, e passou a ser normal ver todas as pessoas mascaradas em qualquer ambiente.

Outro produto que faltou foram os testes para detecção do SARS-CoV-2 [46], que foram objeto de compras públicas após a recomendação da OMS para que fosse feita testagem em massa dos casos suspeitos [47-48]. Os testes moleculares buscam detectar a presença do RNA viral nas mucosas. Os testes sorológicos detectam imunoglobulinas específicas produzidas pelo corpo após o contato com o novo coronavírus. Os testes rápidos, sorológicos, chegaram a ser vendidos em farmácias, e foram adquiridos por gestores da saúde pública, para obter informações úteis ao planejamento das ações.

A demanda por equipamentos de ventilação mecânica também teve aumento significativo, gerando dificuldade de aquisição em todo o mundo. Houve notícias de que autoridades dos Estados Unidos teriam desviado equipamentos de proteção [49] e respiradores que seriam entregues no Brasil [50]. Não havia clareza, especialmente no início da pandemia, sobre qual seria a velocidade de crescimento da doença em cada local. Era catastrófico o cenário que se desenhava caso houvesse um grande número de casos graves em um curto período. Agindo preventivamente, muitos gestores investiram na compra desses equipamentos, a fim de ampliar a disponibilidade de leitos de cuidados intensivos em suas redes, para se anteciparem ao aumento do número de infectados.

Outra estratégia no mesmo sentido foi a implantação de unidades de saúde temporária para assistência hospitalar, os hospitais de campanha [51], destinados especificamente a pacientes com COVID-19, para enfrentar potencial aumento da demanda por leitos de internação. As estruturas seriam organizadas pelos gestores locais e seriam financiadas com recursos do Ministério da Saúde. No início da pandemia, foram previstos 108 hospitais de campanha [52]. Foram abertas 79 unidades, que colaboraram para a oferta de mais de 10 mil novos leitos de UTI na rede do SUS durante a pandemia [53]. As estruturas, embora temporárias, requereram, para seu funcionamento, uma complexa coordenação para o fornecimento dos diversos insumos necessários, como espaço físico, mobiliário, equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde.

3. DESAFIOS E DILEMAS DO GESTOR DO SUS

Ser gestor do SUS é tarefa das mais árduas e complexas. Compreender e gerir um sistema de saúde que atende a 210 milhões de pessoas de forma universal e integral [54] é algo desafiador mesmo em tempos de normalidade.

Os problemas do SUS antecedem a pandemia e incluem, como um dos fatores centrais, um crônico subfinanciamento. Segundo relatório de 2018 do Banco Mundial, o gasto com saúde pública no Brasil é de 3,8% do PIB, muito aquém dos 6,5% em média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) [55].

Outro problema do SUS é a excessiva burocracia da gestão da saúde. As normas que regem a administração da saúde pública no Brasil são inadequadas ao peso que se atribuiu ao Estado em nosso modelo constitucional. Não se trata apenas das leis, mas de todo um sistema que permite a criação de novas regras por autoridades de controle.

Por essa razão, os órgãos públicos, em regra, estão aquém do que poderiam atingir em termos de eficiência e resultados. No entanto, em saúde, a velocidade de resposta marca a diferença entre a vida e a morte, embora as regras do jogo sejam as mesmas: compra-se um medicamento essencial à vida da mesma forma que se compra café para a repartição.

As novas exigências trazidas pela pandemia de COVID-19 evidenciaram a inadequação das normas públicas à agilidade que se espera da saúde. A Lei de Licitações [56] já previa a possibilidade de contratação emergencial com dispensa de licitação (art. 24, IV), mas a verdade é que essa hipótese nunca representou simplificação importante do processo, uma vez que as fases de planejamento, justificação, especificação do objeto e estimativa de preços continuavam igualmente burocráticas, especialmente em razão das exigências sedimentadas em decisões de tribunais de contas.

Tanto é verdade que, instalada a pandemia, o Governo publicou rapidamente a Medida Provisória (MP) nº 926, de 20 de março de 2020, mais tarde convertida na Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020 [57], que modifica a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Por essa MP,

promoveu-se efetiva simplificação, ainda que temporária, do processo de contratação pública, com as seguintes inovações: presumir, ou seja, dispensar a comprovação da emergência, do risco às pessoas, da necessidade de atendimento e da limitação do objeto à necessidade emergencial (art. 4º-B); dispensar a elaboração de estudos preliminares (art. 4º-C); dispensar as análises de gerenciamento de risco prévias ao contrato (art. 4º-D); admitir um projeto básico simplificado (art. 4º-E); permitir contratação com empresas apenadas com impedimento de contratar com o poder público (art. 4º, § 3º); dispensar certidões de regularidade fiscal (art. 4º-F); permitir estimativa de preços com apenas uma fonte, e até mesmo dispensar justificadamente a estimativa de preços (art. 4º-E, § 1º, VI, e §2º); e permitir contratação por valor acima da estimativa (art. 4º-E, § 3º). A simplificação é equilibrada por um requisito de transparência, com prazo de cinco dias para a publicação das informações sobre a contratação na internet (art. 4º, § 2º).

Esse diploma legal demonstra que o Estado legislador sabe quais são os gargalos das contratações públicas e, quando foi realmente necessário, interveio para garantir que elas fossem realizadas com a devida agilidade, conferindo proteção jurídica ao gestor para utilizar ferramentas adequadas ao enfrentamento da situação de perigo para a população.

Na mesma linha, já tinha vindo ao socorro do gestor, em 2018, a Lei nº 13.655 [(58)], que modificou a Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro e se encaixa perfeitamente aos tempos de pandemia que atravessamos, ao explicitar que "na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo" (art. 22, *caput*). No mesmo dispositivo, garante-se que, "em decisão sobre regularidade de conduta ou validade de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, serão consideradas as circunstâncias práticas que houverem imposto, limitado ou condicionado a ação do agente" (art. 22, §1º).

Houve também manifestações de autoridades de controle que demonstraram sensibilidade às dificuldades dos gestores da saúde e às especiais condições que caracterizam o período de pandemia. Em acórdão do Tribunal de Contas da União de agosto, destacaram-se, para o exame das condutas dos gestores da saúde na pandemia, os aspectos de ineditismo, dimensão da crise e necessidade de tomada de decisão:

O ineditismo decorre do fato de o mundo não ter enfrentado uma crise parecida em seus antecedentes. Essa condição se reflete na incerteza em lidar com a pandemia, visto que não há outras experiências semelhantes no passado nas quais se possa buscar inspiração para adaptar soluções.

A dimensão da crise reflete o escalonamento da pandemia, que está impactando social e economicamente mais do que o previamente esperado. As consequências da COVID-19 não são ainda totalmente mensuráveis, o que, em parte, decorre também do aspecto do ineditismo da doença.

Em momentos inéditos e de alto escalonamento, é importante que o governo consiga fornecer respostas rápidas e efetivas. Assim, estruturas e procedimentos que viabilizem a célere tomada de decisão devem ser prioritários [(59)].

Considerando a dinâmica construída entre gestão e controle da saúde pública no Brasil, o bom gestor é aquele que, embora não tolere malversação, busca o equilíbrio necessário a encontrar os caminhos que levam à realização do que é correto, mesmo correndo o risco de precisar se explicar em futuras apurações e processos. Para isso, entendendo a importância do controle, tem o cuidado de produzir provas suficientes para justificar suas ações. O ponto de equilíbrio varia em função do contexto que se apresenta, como bem demonstram as exigências trazidas pela pandemia. O controle bem feito sabe identificar a boa gestão e acaba por estimulá-la, ao invés de paralisá-la, por compreender que gestão e controle compartilham o mesmo objetivo final: o bem comum.

Por outro lado, o mau gestor pode pecar por inação, quando o medo de processos faz com que obstinadamente se cerque de tantos cuidados para evitá-los que sua hesitação paralisa a gestão, prejudicando as ações necessárias à promoção do bem-estar das pessoas sob sua responsabilidade. Na outra face da mesma moeda, está o gestor incauto, que age de forma inconsequente para atingir resultados, assumindo riscos desnecessários e não se cercando dos mínimos cuidados para proteger a si e a sua equipe. Com essa atitude descuidada e imprudente, pode até mesmo promover ou facilitar desvios.

Nessa perspectiva de risco e resultado, o primeiro dilema do gestor é agir ou não agir. Não agir é o que causa o maior risco para a população. Agir é o que causa o maior risco pessoal para o gestor. A experiência da pandemia de COVID-19 confirma que a ação do gestor da saúde pública é essencial para proteger vidas e, por isso, é preciso que se sinta suficientemente seguro para tanto.

O ano de 2020 foi profícuo em notícias sobre possíveis irregularidades em contratos relacionados com a pandemia. A título de exemplo, a compra de respiradores levou ao afastamento do Secretário de Saúde de Santa Catarina [60], à exoneração do Secretário de Saúde de Roraima [61], ao afastamento e posterior prisão do Secretário de Saúde do Rio de Janeiro [62-63], ao pedido de demissão do Secretário de Saúde do Pará [64], a investigações policiais [65] e de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) [66] no Amazonas, a investigações da Polícia Federal na Prefeitura do Recife [67], a procedimentos de apuração do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo [68], do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba [69], à investigação do Ministério Público contra o Secretário de Saúde de Mato Grosso [70]. Boa parte da cúpula da Secretaria de Saúde do Distrito Federal foi presa por suspeita de irregularidades na compra de testes rápidos de COVID-19 [71]. Tudo com ampla cobertura e destaque nos meios de comunicação.

Esses e outros procedimentos continuarão a ser desenvolvidos pelas autoridades de controle, no cumprimento de seu dever constitucional. Os gestores terão oportunidade de apresentar suas defesas; e, depois de analisado o corpo probatório e discutido o direito aplicável, fraudes e excessos podem e devem ser punidos. Da lei, depreende-se que o padrão de conduta que servirá de paradigma ao exame das ações de gestão, para aplicar e dosar a pena, deve levar em conta a gravidade da situação, a obscuridade das informações existentes e os riscos da inação sobre a saúde e a vida das pessoas.

Ocorre que os processos judiciais e as apurações dos órgãos de controle interno e externo são demorados. Quando forem julgados, a pandemia terá ficado no passado, e tanto a gestão quanto o controle estarão às voltas com novas dificuldades. Pode ser que, então, já não haja tanta sensibilidade em relação ao grau de anormalidade a que os gestores da saúde, assim como toda a população brasileira, estiveram submetidos em 2020.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi um breve relato do que aconteceu em 2020 em consequência da pandemia de COVID-19. Muitos casos e muitas mortes. Todos perdemos alguém próximo ou conhecemos quem tenha perdido. Incerteza e apreensão sobre a existência de vagas em enfermaria ou UTI caso a doença surgisse. Pessoas com medo, sofrendo as consequências psíquicas e econômicas do confinamento prolongado. Economia em declínio, preocupações com o futuro. Deixamos de ver rostos e passamos a ver máscaras faciais. Governos em conflito. Rádios, televisões, periódicos e mídias digitais fortemente voltadas para a cobertura da pandemia.

Situação grave e sem precedentes, para a qual ninguém estava preparado, mas que nem por isso dispensou planejamento, decisão e ação, baseados no pouco que inicialmente se conhecia sobre a COVID-19, conhecimento esse que foi aumentando com o passar dos meses e ainda está em construção. Foi nesse cenário de absoluta anormalidade que trabalharam os profissionais de saúde, entre eles os gestores da saúde pública nos três níveis federativos e em todo o território brasileiro.

No futuro, ao examinar retrospectivamente as condutas adotadas durante a pandemia de COVID-19, o conhecimento sobre o assunto estará sedimentado, e as informações serão mais claras. Nesse momento, veremos, entre as ações dos milhares de gestores do SUS, aquisições de produtos que mais tarde se mostraram ineficazes, investimentos em equipamentos e estruturas que terminaram com alto grau de ociosidade, compras feitas por valores superiores aos praticados em tempos de normalidade do mercado, adoção de técnicas equivocadas de prevenção ou tratamento, orientações sanitárias excessivamente rígidas para os fins propostos e outras decisões que poderão parecer incorretas se retiradas do contexto de dificuldade em que foram tomadas. Mesmo correndo o risco de errar, decidir e agir tempestivamente é melhor do que não fazer nada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet] Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it.

2. International Society for Infectious Diseases. Undiagnosed pneumonia [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153%20#COVID19.

3. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov).

4. 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 13]. 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.

5. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 13 March 2020 [Internet]. 13 mar 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020.

6. Pan American Health Organization. Director's remarks on covid-19 pandemic [Internet]. Washington: PAHO; 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.paho.org/en/documents/weekly-press-briefing-covid-19-directors-opening-remarks-may-26-2020.

7. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.

8. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus [Internet]. 26 fev 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus.

11. Verdélio A. Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março. Agência Brasil [Internet]. 28 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, de 27 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a criação de Grupo de Emergência em Saúde Pública para condução das ações referentes ao Novo Coronavírus (NCoV). Diário Oficial da União. 28 jan 2020.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 fev 2020.

15. 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. 7 fev 2020.

16. Agência Brasil. Brasileiros resgatados na China chegam à Base Aérea de Anápolis (GO). Agência Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/brasileiros-resgatados-na-china-chegaram-base-aerea-de-anapolis-go.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 152, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Diário Oficial da União. 27 mar 2020.

18. Agência Nacional de Aviação Civil. Malha aérea essencial começa no sábado (28) [Internet]. Rio de Janeiro: ANAC; 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.anac.gov.br/noticias/2020/ malha-aerea-essencial-comeca-no-sabado-28.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. 20 mar 2020.

20. Brasil. Decreto nº 40.475, de 28 de fevereiro de 2020. Declara situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus. Diário Oficial da União. 28 fev 2020.

21. Brasil. Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 mar 2020.

22. Brasil. Decreto nº 40.520, de 14 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 mar 2020.

23. Brasil. Decreto nº 40.583, de 1 de abril de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus. Diário Oficial da União. 2 abr 2020.

24. Brasil. Decreto nº 40.539, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 mar 2020.

25. Brasil. Decreto nº 40.550, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficia da União. 23 mar 2020.

26. Brasil. Decreto nº 40.817, de 22 de maio de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus e dá outras providências. Diário Oficia da União. 23 maio 2020.

27. Brasil. Decreto nº 40.648, de 23 de abril de 2020. Determina a obrigatoriedade do uso de máscaras, no âmbito do Distrito Federal, em razão da pandemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus. Diário Oficia da União. 23 abr 2020.

28. Rusky R, Peres S, Galvão W. Covid-19: Assessora técnica do Conass é a primeira morte registrada no DF. Correio Braziliense [Internet]. 29 mar 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/03/29/interna_cidadesdf,841067/covid-19-assessora-tecnica-do-conass-e-a-primeira-morte-registrada-no.shtml.

29. Azevedo A. Mandetta critica decreto de Ibaneis que suspende aulas. Correio Braziliense [Internet]. 12 mar 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/12/interna_politica,833649/mandetta-critica-decreto-de-ibaneis-que-suspende-aulas.shtml.

30. Oliveira M, Mello I. Saiba em que estados e cidades já foi decretado o lockdown no Brasil. Portal Uol [Internet]. 15 maio 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/09/saiba-onde-ja-foi-decretado-o-lockdown-no-brasil.htm#:~:text=No%20Brasil%2C%20o%20lockdown%20j%C3%A1,Rio%20de%20Janeiro%20e%20Manaus.

31. Shalders A. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. BBC News Brasil [Internet]. 16 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728.

32. Ministro da Saúde Nelson Teich pede demissão menos de um mês depois de assumir. BBC News Brasil [Internet]. 15 maio 2020. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52683285.

33. Brasil. Decreto nº 40.939, de 2 de julho de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 jul 2020.

34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PIB cai 9,7% no 2º trimestre de 2020. Agência IBGE Notícias [Internet]. 1 set 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28721-pib-cai-9-7-no-2-trimestre-de-2020.

35. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Acórdão em julgamento de Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Diário de Evidências – Covid-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov. br/profissional-gestor.

37. Com alta na procura, preço dispara e cloroquina some das farmácias. IDEC [Internet]. 8 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://idec.org.br/idec-na-imprensa/com-alta-na-procura-preco-dispara-e-cloroquina-some-das-farmacias.

38. Ministério da Saúde tenta desovar estoque de cloroquina recebido dos EUA. Valor Econômico [Internet]. 5 set 2020 [acesso 2020 out 13] Disponível em: https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/09/05/ministerio-da-saude-tenta-desovar-estoque-de-cloroquina-recebido-dos-eua.ghtml.

39. Verdélio A. Governo inclui cloroquina em tratamento de casos leves de covid-19. Agência Brasil [Internet]. 20 maio 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-05/governo-inclui-cloroquina-para-tratamento-de-casos-leves-de-covid-19.

40. Barifouse R. Ivermectina terá venda controlada após onda de rumores sobre tratamento para covid-19. BBC News Brasil [Internet]. 23 jul 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-53521344.

41. Valente J. Covid-19: relatório aponta falta de medicamentos nos estados. Agência Brasil [Internet]. 27 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/covid-19-relatorio-aponta-desabastecimento-de-remedios-nos-estados.

42. Reis G. Em falta e inflacionado, grandes empresas doam álcool em gel para hospitais e comunidades. Folha de São Paulo [Internet]. 15 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2020/04/em-falta-e-inflacionado-grandes-empresas-doam-alcool-em-gel-para-hospitais-e-comunidades.shtml.

43. Bocchini B. Coronavírus: pesquisa mostra que 50% dos médicos acusam a falta de EPI. Agência Brasil [Internet]. 28 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-04/coronavirus-pesquisa-mostra-que-50-dos-medicos-acusam-falta-de-epi.

44. Bottallo A. Uso de equipamentos protetores leva ao desabastecimento e falsa sensação de proteção. Folha de São Paulo [Internet]. 29 março 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/uso-de-equipamentos-protetores-leva-ao-desabastecimento-e-falsa-sensacao-de-protecao.shtml.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o Coronavírus [Internet]. 2 abr 2020. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contra-o-coronavirus.

46. Balthazar R. Falta de testes prejudica combate ao coronavírus, dizem pesquisadores. Folha de São Paulo [Internet]. 29 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/falta-de-testes-prejudica-combate-ao-coronavirus-dizem-pesquisadores.shtml.

47. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020 [Internet]. 16 mar 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020.

48. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretora da OPAS pede que testagem de COVID-19 nas Américas seja acelerada e ampliada [Internet]. 21 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6150:diretora-da-opas-pede-que-testagem-de-covid-19-nas-americas-seja-acelerada-e-ampliada&Itemid=812.

49. Coronavírus: EUA são acusados de 'pirataria' e 'desvio' de equipamentos que iriam para Alemanha, França e Brasil. BBC News Brasil [Internet]. 4 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52166245.

50. Zanini F. China cancela compra de respiradores pela Bahia, e carga fica retida nos EUA. Folha de São Paulo [Internet]. 3 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/china-cancela-compra-de-respiradores-pela-bahia-e-carga-fica-retida-nos-eua.shtml.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.514, de 15 de junho de 2020. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar - hospital de campanha - voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19. Diário Oficial da União. 16 jun 2020.

52. Coronavírus: governos preveem 108 hospitais de campanha no Brasil. Estado de Minas [Internet]. 24 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/04/24/interna_nacional,1141493/coronavirus-governos-preveem-108-hospitais-de-campanha-no-brasil.shtml.

53. Vargas M, Valfré V. Após salvarem vidas, hospitais de campanha viram impasse para o pós-pandemia. O Estado de São Paulo [Internet]. 8 set 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-salvarem-milhares-de-vidas-hospitais-de-campanha-viram-impasse-para-o-pos-pandemia,70003429888.

54. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

55. Brasil. Ministério da Fazenda. Aspectos fiscais da saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Banco Mundial; 2018 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf.

56. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 jun 1993.

57. Brasil. Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 12 ago 2020.

58. Brasil. Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018. Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Diário Oficial da União. 26 abr 2018.

59. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 2092/2020, de 12/8/2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/falta%2520estrat%25C3%25A9gia%2520covid/NUMACORDAO%253A2092%2520ANOACORDAO%253A2020/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=eb4b3bb0-08d3-11eb-b0b4-4d869a384b7f.

60. G1. Secretário da Saúde de SC, Helton Zeferino pede exoneração e deixa cargo em meio à investigação. Portal G1 [Internet]. 30 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2020/04/30/secretario-da-saude-de-sc-helton-zeferino-pede-exoneracao-e-deixa-pasta.ghtml.

61. Gama A. Secretário de saúde de RR é exonerado após compra de respiradores. Portal Uol [Internet]. 2 maio 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/02/secretario-de-saude-de-rr-e-exonerado-apos-compra-de-respiradores.htm.

62. Dolzan M, Jansen R. Secretário de Saúde do Rio de Janeiro é afastado do cargo em meio a denúncias de fraude. O Estado de São Paulo [Internet]. 17 maio 2020. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,secretario-de-saude-do-rio-e-afastado-do-cargo-em-meio-a-denuncias-de-fraude,70003305983.

63. Brasil M, et al. Edmar Santos, ex-secretário de Saúde, é preso no RJ. Portal G1 [Internet]. 10 jul 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/10/ministerio-publico-realiza-operacao-no-rj.ghtml.

64. Beltrame, do Pará, renuncia à presidência de conselho da Saúde, e Carlos Lula assume. Folha de São Paulo [Internet]. 1 jul 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://www1. folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/07/alberto-beltrame-se-afasta-de-secretaria-de-saude-do-para-e-deixa-presidencia-do-conselho-de-secretarios.shtml?origin=uol.

65. Melo K. PF apura desvios na compra de respiradores no Amazonas. Agência Brasil [Internet]. 30 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-06/pf-apura-desvio-na-compra-de-respiradores-no-amazonas.

66. Nascimento E. Após denúncias, Ministério Público de Contas do AM investiga se houve superfaturamento em compra de respiradores para rede pública. Portal G1 [Internet]. 21 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/21/apos-denuncias-ministerio-publico-de-contas-do-am-investiga-se-houve-superfaturamento-em-compra-de-respiradores-para-rede-publica.ghtml.

67. Melo K. PF investiga desvios na compra de 500 respiradores no Recife. Agência Brasil [Internet]. 23 jul 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-07/pf-investiga-desvios-na-compra-de-500-respiradores-no-recife.

68. Arcoverde L. MP de Contas aponta sobrepreço em compra de respiradores da China pelo governo de SP. Portal G1 [Internet]. 22 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/22/mp-de-contas-aponta-sobrepreco-em-compra-de-respiradores-da-china-pelo-governo-de-sp.ghtml.

69. Carolino F. TCE-PB acompanha contratos do Governo do Estado para compra de respiradores [Internet]. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba; 5 jun 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://tce.pb.gov.br/noticias/tce-pb-investiga-contratos-do-governo-do-estado-para-compra-de-respiradores-que-nao-foram-entregues.

70. Soares D. Secretário de Saúde de MT é investigado por suspeita de irregularidades na compra de respiradores. Portal G1 [Internet]. 13 out 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2020/10/13/secretario-de-saude-de-mt-e-investigado-por-suspeita-de-irregularidades-na-compra-de-respiradores.ghtml.

71. Bonin R. Cúpula da Saúde no DF é presa por fraude em contratos da pandemia. Veja [Internet]. 25 ago 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://veja.abril.com.br/blog/radar/secretario-de-saude-do-df-e-preso-por-fraude-em-contratos-da-pandemia/.

DESAFIOS DA GESTÃO EM TEMPOS DE COVID-19: ESCOLHAS ENTRE O IDEAL E O POSSÍVEL

João Pedro Gebran Neto[1]

Resumo: O presente texto trata do ambiente de incerteza gerado pela pandemia de COVID-19, colocando os administradores em peculiar e difícil condição para a tomada de decisão. Alguns dos diplomas legais surgidos para facilitar as ações dos gestores acabam trazendo, ao mesmo tempo, maior incerteza quanto à aplicação do direito. Realizar escolhas entre o ideal e o possível é a tarefa que se impõe aos administradores. Além disso, os órgãos de controle e o Poder Judiciário, ao apreciarem as ações e omissões administrativas, deverão conferir certa deferência às escolhas políticas. Para além de uma postura pretoriana, essa empatia com o administrador probo acha-se albergada na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. A responsabilidade do agente público haverá quando este atuar com dolo ou mediante erro grosseiro.

Palavras-Chave: Gestão. Responsabilidade. Deferência Judicial. LINDB.

1 Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Curitiba, mestre em direito constitucional pela UFPR, desembargador federal perante o TRF4, membro do Comitê Executivo Nacional da saúde do CNJ. http://lattes.cnpq.br/3235732335842769. email: jpg@trf4.jus.br.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/2XoetKi

1. INTRODUÇÃO

A história demonstra que, de tempos em tempos, a humanidade é assolada por novas doenças capazes de gerar epidemias, trazendo desafios e incertezas, como ocorreu com a peste bubônica, a gripe russa, a gripe espanhola, a cólera, a gripe suína e até mesmo o HIV/aids [1], para ficar em poucos exemplos. Cada qual, em seu tempo, implicou graves flagelos, que foram superados com o desenvolvimento de medicamentos, vacinas ou medidas de prevenção, apesar de, até os dias atuais, não se estar livre de qualquer uma delas.

Isso se repete com a doença conhecida por COVID-19, cujas primeiras notícias datam de dezembro de 2019. Todavia, há um diferencial substancial em relação às epidemias anteriores: a doença atual é difundida por intermédio do novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja transmissão se potencializa com a facilidade do deslocamento de pessoas e produtos pelo globo terrestre, gerando uma escalada mundial em poucos meses.

Isso gerou uma corrida mundial simultânea não apenas contra a doença e sua propagação, mas também uma competição em busca de insumos capazes de auxiliar no tratamento dos doentes.

Assim, praticamente todos os países tiveram parcela significativa da população infectada. Ademais, para os casos mais agudos, todos estavam a depender de recursos materiais e humanos para tratamento dos pacientes. A infraestrutura dos sistemas de saúde se mostrou insuficiente para atender àqueles que necessitavam de internamento hospitalar e, com maior ênfase, àqueles que precisavam de cuidados intensivos. Faltaram leitos, mas também faltaram respiradores artificiais e insumos básicos, como máscaras, aventais, luvas e medicamentos. No entanto, principalmente, faltaram recursos humanos para tratar dos pacientes. O que era escasso, tornou-se raro.

De outra banda, países competiram pelos recursos materiais disponíveis no mercado, havendo notícias internacionais [2] de produtos comprados por alguns, mas confiscados ou recomprados por outros, mediante o pagamento de sobrepreço. Ainda que essas denúncias não tenham sido devidamente apuradas (embora originárias de vários países), é fato que a escassez atingiu a todos, gerando significativo incremento na procura por bens e serviços.

Até mesmo no âmbito interno, ocorreu disputa quanto à compra e distribuição de produtos, tendo a União propugnado pela centralização e distribuição das compras, ao passo que estados e municípios faziam compras diretas [3].

Nesse cenário repentino de escassez absoluta, os administradores públicos tiveram que gerir recursos que já eram insuficientes e participar de uma disputa autenticamente fratricida. Para fazer escolhas, tornou-se indispensável uma enorme conjugação de esforços entre os diversos atores, como administradores públicos, profissionais da saúde, indústria da saúde, hospitais públicos e particulares e, até mesmo, pacientes.

Princípios para a alocação de recursos em saúde sempre estiveram em debate, dada a escassez de insumos como vacinas, medicamentos ou mesmo órgãos para transplantes. Ezekiel Emanuel et al. [4], desde 2009, já defendiam que:

> Para alcançar uma justa alocação de escassos recursos de intervenção médica, a sociedade deve assumir o desafio de implementar uma coerente estrutura de multiprincípios, em vez de confiar em princípios simples ou recuar o status quo.

Outrossim, o tema ganhou novo empuxo com a COVID-19, tendo havido acalorado debate sobre o estabelecimento de parâmetros para escolha daqueles que teriam atendimento prioritário. No Reino Unido, o National Health Service (NHS) [5] estabeleceu critérios para os cuidados com pacientes em estado crítico [6], consoante guia divulgado pela instituição. No Brasil, em face da ausência de regramentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), órgãos de classe dos médicos, como o Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco [7] e o o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul [8], viram-se no dever de apresentar critérios para socorrer os profissionais que teriam que fazer essas escolhas.

2. DA COMPETÊNCIA PARA LEGISLAR E ADMINISTRAR

Diferente não era a situação do gestor, que nessa realidade de escassez absoluta, viu-se obrigado a eleger prioridades, muitas vezes sem que houvesse parâmetros –, e pior, na ausência de uma liderança ou coordenação nacional que firmasse orientações gerais e únicas para o SUS. Diversamente do que ocorreu no Reino Unido, onde o NHS e o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [9] estabeleceram políticas públicas, aqui a questão foi objeto de judicialização.

O Supremo Tribunal Federal (STF), por mais de uma vez, foi chamado a moderar litígio entre a União, os estados ou municípios sobre a competência para legislar, em face do disposto nos arts 23, II, 24, XII e 198 da Constituição Federal [10].

Na decisão liminar proferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341/DF [11], confirmada pelo Plenário, o Ministro Marco Aurélio reconheceu a validade de medida provisória editada pelo Presidente da República, reafirmando, todavia, que ela não teria aptidão para afastar a competência concorrente dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para a tomada de providências normativas e administrativas.

Também na ADI 6343/DF [12], o STF, ao analisar artigos da Lei nº 13.979/2020 [13], decidiu 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 os 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.

O mesmo caminho trilhou o STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672/DF [14], da relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, ao reafirmar a competência do Poder Executivo Federal para coordenar as políticas públicas de saúde, destacando, todavia, que:

> [...] 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 como a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, como demonstram a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) e vários estudos técnicos científicos [...].

Estes julgamentos relacionados à COVID-19 estão em sintonia com precedentes do STF [15], em que assentou que:

> O federalismo é um instrumento de descentralização política que visa realizar direitos fundamentais, se a lei federal ou estadual claramente indicar, de forma adequada, necessária e razoável, que os efeitos de sua aplicação excluem o poder de complementação que detêm os entes menores (clear statement rule), é possível afastar a presunção de que, no âmbito regional, determinado tema deve ser disciplinado pelo ente menor.

> 3. Na ausência de norma federal que, de forma nítida (clear statement rule), retire a presunção de que gozam os entes menores para, nos assuntos de interesse comum e concorrente, exercerem plenamente sua autonomia, detêm Estados e Municípios, nos seus respectivos âmbitos de atuação, competência normativa. (16)

Assim, firmou-se que União, estados, Distrito Federal e municípios detêm competência para legislar sobre os diferentes aspectos da pandemia, cabendo à primeira editar normas gerais, enquanto aos demais entes compete legislar sobre questões específicas relativas ao seu próprio território (17).

Embora o federalismo tenha saído fortalecido, a defesa da saúde da população passou a depender de desordenadas soluções locais.

3. DO PODER-DEVER DE ATUAR DO GESTOR

Ao fixar a competência, conferiu-se igualmente ao administrador público do local dos fatos o poder-dever de atuar na proteção da saúde; e, com isso, a possibilidade de responsabilização por ação ou omissão, quando verificado que poderia e deveria agir para minorar o contágio, ou mesmo na tomada de medidas para atender aos enfermos.

Outrossim, essa atuação deverá ocorrer segundo o dever especial de diligência, "consistente em prever as consequências de sua conduta ativa e omissiva, adotando todas as providências necessárias para evitar a consumação de danos a terceiros", na expressão de Marçal Justen Filho (18).

Vários são os precedentes sobre a responsabilidade administrativa do ente público por omissão no dever de atuar e no dever de cuidado, tendo o STF decidido, em repercussão geral (19), que a omissão estatal, em caso de homicídio de detentos, por exemplo, viola o dever específico de proteção e implica responsabilidade civil objetiva do Estado, porque este tem o dever de proteção daqueles que estão custodiados.

Igual dever de proteção pode ser aplicado tratando-se da saúde da população, relativamente a causas conhecidas e a providências que poderiam ser utilizadas para evitar ou minimizar danos à saúde, na esteira do disposto no art. 196 da Constituição Federal (10); e essa proteção pode se dar com medidas preventivas e/ou curativas.

Por vezes, podem se opor questões orçamentárias, mas nem sempre haverá afetação econômica direta. Defesa sanitária vedando a importação de produtos nocivos à saúde, por exemplo, é medida que se espera a adoção pela administração, como forma de proteção sanitária de seus cidadãos. Todavia, igualmente, medidas como quarentena, distanciamento ou isolamento social, determinação do uso de máscaras, entre outras providências, são ações que se esperam dos administradores, sempre que houver a recomendação técnica.

Obviamente, as situações fáticas nem sempre serão de clareza meridiana, podendo haver imprecisão sobre as informações, ausência de consenso científico sobre as medidas adequadas ou mesmo sobre a moléstia. A COVID-19 apresentou todas as facetas desse problema, dificultando a implantação de políticas públicas. Os países, no início, agiram de modo errático, alguns adotando desde logo medidas drásticas, outros acreditando que as notícias eram muito alarmistas ou então entendendo que a contaminação era inevitável, motivo pelo qual somente a imunidade de rebanho [20] poderia fazer cessar a transmissão.

Assim, a realidade impôs que os administradores agissem diante de um cenário de incerteza, que envolvia a própria natureza da ação a ser tomada, sua extensão, recursos disponíveis e lei da oferta da procura.

No entanto, as incertezas não conferem uma ampla liberdade de ação, tampouco servirão para justificar omissões. Apesar do cenário, deverá o gestor agir com o dever especial de diligência, de modo a evitar a produção de lesão a terceiros.

No campo da omissão, tratando-se de ilícito omissivo próprio, o comportamento do agente é obrigatório, e sua omissão equivale à ação ilícita, uma vez que é obrigado por lei a agir. Mais complicada é a questão dos ilícitos omissivos impróprios, em que o agente não está obrigado por lei a atuar de modo específico e determinado. Em tais casos, a omissão somente será ilegal se constatada a violação do dever de diligência especial que recai sobre os agentes públicos. Equivale dizer, "se existiam elementos fáticos indicativos do risco de consumação de um dano era da competência do agente, se o atendimento ao dever de diligência teria conduzido ao impedimento da adoção de condutas aptas a gerar dano", na lição de Marçal Justen Filho [18].

4. ENTRE O IDEAL E O POSSÍVEL

O tema dos marcos legais está umbilicalmente ligado ao da competência, porque o poder-dever de atuação recai sobre aqueles que foram legitimamente eleitos para a tomada de decisão.

As reivindicações sociais são muitas – e os recursos, limitados –, cabendo ao Poder Executivo, em sintonia com os regramentos firmados pelo Poder Legislativo, estabelecer a destinação dos valores arrecadados por meio da lei orçamentária.

Além do mais, apesar das notícias sobre episódios negativos, há que se reconhecer que a grande maioria dos gestores busca atuar no melhor interesse da administração e dos administrados, cabendo-lhes diariamente realizar as escolhas políticas num cenário de escassez que se agravou com a pandemia.

Por vezes, há previsão legal do montante destinado para algumas ações estatais, como os índices mínimos de aplicação de recursos em saúde, previstos na Lei Complementar nº 141. Porém, para outros investimentos/gastos, há maior liberdade do administrador.

Nesse espaço entre a liberdade de escolha e a aplicação dos mínimos orçamentários é que deve se mover o gestor. Este é o limite do possível, atuar dentro dos marcos legais, segundo as necessidades dos administrados, consoante o orçamento disponível.

Em relação ao papel do Poder Judiciário, como adverte Luís Roberto Barroso [21], este "[...] quase sempre pode, mas nem sempre deve interferir". Por isso, em matéria de escolhas políticas, deve haver certa autocontenção para que as decisões judiciais não se sobreponham às escolhas administrativas, as quais devem receber certa deferência.

Nesse sentido, orientou o STF afirmando não caber "ao Poder Judiciário substituir-se aos gestores responsáveis pela condução administrativa do Estado e decidir quais políticas públicas hão de ser adotadas no enfrentamento da COVID-19, ressalvadas as hipóteses de evidente afronta à ordem constitucional" [22].

Todavia, como antes afirmado, as políticas públicas estão sujeitas a regramentos e limites, aos quais necessariamente está o administrador vinculado. Para além dos limites legais, limites fáticos também impedem que a atuação do administrador seja a ideal, de tal sorte que sua atuação será entre o ideal e o possível. Exemplos desses limites são o que não falta em tempos de COVID-19.

O ideal seria ter leitos de UTI e hospitalares para atender a todos que necessitassem. A procura sempre se mostrou maior que a oferta, uma vez que sequer os índices internacionais da relação entre população e número de leitos (de 3 a 5 leitos para cada milhar de habitantes, segundo a OMS [1] apresentou-se suficiente para atender a essa demanda urgente e inesperada. No Brasil, onde a quantidade de leitos sempre foi inferior à recomendada [24], certamente o impacto da pandemia seria mais nefasto.

Como deveriam agir os gestores? Promover desde logo a contratação de hospitais de campanha, diante da iminente falência do sistema? Verificar o momento em que o sistema colapsaria, para contratar leitos privados? Utilizar estritamente os recursos de infraestrutura já disponíveis, relegando os pacientes à própria sorte?

O mesmo quadro se apresenta em relação a equipamentos. O ideal seria haver respiradores artificiais para todos aqueles pacientes que necessitassem. Todavia, esses recursos eram mundialmente escassos, havendo elevação acentuada da procura e, via de consequência, de preços. Deve o gestor adquirir a preços mais elevados? Estaria autorizado a promover pagamentos antecipados, a despeito das regras de legislação que regula o procedimento licitatório?

Os exemplos referidos não são meramente cerebrinos, mas realidades vivenciadas mundialmente pelos administradores. Além disso, as opções possíveis eram semelhantes em todas as localidades.

A discussão sobre o real e o possível, para eventual responsabilização dos administradores, deve tomar em conta o momento em que as soluções deveriam ser apresentadas pelo agente.

5 RESPONSABILIDADE DO GESTOR E RAZÕES DE DECIDIR

Especificamente em relação à pandemia da COVID, a matéria chegou a ser regulada por meio da polêmica Medida Provisória nº 966 [25], de 13 de maio de 2020, que buscava, dentre outros temas, limitar a responsabilidade dos agentes públicos, salvo quando as condutas fossem praticadas com dolo ou erro grosseiro.

O Supremo Tribunal Federal, ao apreciar as ADI [26] contra a aludida MP nº 966/2020, reconheceu sua constitucionalidade, orientando que erro grosseiro deveria ser entendido como aquele ato administrativo que ensejar violação do direito à vida, à saúde ou ao meio ambiente equilibrado em razão da inobservância de normas e critérios científicos e técnicos. Embora declarada constitucional a medida provisória, sua vigência encerrou-se, porque não apreciada tempestivamente pelo Congresso Nacional.

De qualquer modo, é importante destacar que o STF, ao esclarecer o que seja erro grosseiro, acabou por reafirmar a medicina baseada em evidências, extraída do art. 19-Q, § 2º, I, da Lei nº 8080/90 [27], como fundamento para a tomada de decisão em relação ao direito à saúde.

Ademais, à míngua de parâmetros específicos para guiar os gestores na tomada de decisão em relação à pandemia da COVID-19, a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB)(Decreto-Lei nº 4.657/42 [28], com alterações da Lei nº 13.655/2018 [13]) deve funcionar como norte para as escolhas político-administrativas e para os órgãos controladores dessas escolhas.

O art. 20, da LINDB [28], veda a tomada de decisão baseada em valores jurídicos abstratos, sendo indispensável o exame das consequências práticas da decisão administrativa; e será na fundamentação da decisão que restará demonstrada a necessidade e adequação das medidas impostas.

Assim, não está ao alvedrio do gestor, por exemplo, determinar o isolamento social, impor quarentena ou liberar o exercício de todas ou de determinadas atividades industriais, comerciais, sociais ou educacionais. Para decidir, deverá estar amparado em dados sólidos e nas melhores evidências científicas sobre o poder-dever de atuar, seja para vedar, seja para autorizar quaisquer das atividades.

Não se ignora que a única certeza que se tem, no momento, é que a COVID-19 é cercada de incertezas. Tanto diagnóstico quanto tratamentos ainda não possuem um padrão-ouro capaz de conferir ao administrador segurança na tomada de decisões. Contudo, isso não afasta do administrador a obrigação de investigar sobre o atual estágio de conhecimento da comunidade científica para adequadamente fundamentar suas opções. Passados vários meses desde o início da pandemia, alguns consensos começam a se formar.

Essa dinâmica impõe que "o momento da tomada de decisão" do administrador configure-se como elemento essencial para eventual avaliação da conduta. Quanto maior o grau de incertezas, menor a possibilidade de responsabilização por ações e omissões. Todavia, a medida

que se consolidam algumas posições, maior o dever especial de diligência para se comportar em conformidade com o estágio atual do conhecimento.

Nesse aspecto, a motivação apresentada pelo administrador é essencial para eventual escrutínio sobre a regularidade do ato normativo. Por isso, é recomendável que, previamente à expedição de atos decisórios, acautele-se com a manifestação de órgãos técnicos que tragam informações seguras e precisas quanto ao conteúdo daquilo que se decidirá.

A LINDB ainda orienta que, tanto para a aplicação, quanto para eventual invalidação de regramentos, devem ser considerados os obstáculos e dificuldades reais do gestor (art. 22, e seu § 1º, da LINDB) [28]. A regra traduz-se num "dever de empatia", na expressão de Valiati [29], do controlador e do Poder Judiciário em relação às decisões sensíveis que são tomadas pelo administrador.

É no cenário de incertezas antes descrito – no qual a lei da oferta e da procura faz com que produtos se tornem raros e os preços atinjam patamares estratosféricos – que surgem os dilemas para os gestores. Estes terão que optar entre comprar produtos (e serviços) por preços muito superiores aos seus valores históricos ou deixar de dar aos administrados a atenção e cuidados indispensáveis; contratar hospitais de campanha, antes mesmo que a pandemia atinja determinada região, ou aguardar o início do contágio para adotar providências; determinar isolamento social, quarentena, *lockdown* ou determinar a cessação destes; entre outras escolhas angustiantes.

Em linha de princípio, os órgãos de controle e o Poder Judiciário deverão adotar postura de compreensão e tolerância como os acertos e desacertos da administração pública, seja em decorrência das incertezas, seja por força da realidade caótica que se impôs. Entretanto, isso não representa um salvo-conduto.

O art. 22 da LINDB, como preconiza Eduardo Jordão [30], aponta caminhos para a atuação administrativa e para sua posterior avaliação.

A regra autoriza a importação para o direito brasileiro da conhecida doutrina Chevron, de matriz norte-americana, que recomenda a deferência judicial quanto às escolhas administrativas quando a solução empregada não confrontar a legislação. O controle do ato administrativo se dará em duas etapas: a) se a legislação é clara sobre determinado ponto questionado, deverá prevalecer a opção do legislador; b) mas havendo lacuna ou espaço para conformação do administrador, a solução empregada por este deve ser objeto de deferência judicial, que somente será invalidada se a solução empregada se mostrar desarrazoada ou desproporcional.

Eduardo Bim [31], com precisão, anota:

> O campo perfeito para a aplicação da doutrina Chevron reside exatamente na questão científica ou técnica, uma vez que por diversos motivos são intermináveis as disputas

> entre cientistas e/ou metodologias científicas, bem como as alterações de decisões embasadas nessa dinâmica. Salvo em casos nos quais a escolha regulamentar ou do caso concreto seja desarrazoada, deve prevalecer a decisão administrativa, até mesmo pelo campo discricionário/político reservado à Administração.

Outrossim, uma vez mais, a LINDB fala muito de perto com esse novo paradigma de hermenêutica, servindo a pandemia de oportunidade única para que deste diploma legal possam ser extraídos seus melhores significados.

Como anotou Thiago Valiati:

> A Lei n.º 13.655/2018 foi elaborada, sobretudo, com o objetivo de trazer um impacto cultural para as relações de direito público. Espera-se que, com o tempo e maturação da Lei n.º 13.655/2018 (e aí entra o papel essencial dos advogados na utilização da LINDB como fundamento de defesa dos gestores de boa-fé), os parâmetros interpretativos influenciem cada vez mais a sua aplicação pelos órgãos de controle [29].

O artigo 22, § 1º, da LINDB [28], orienta que:

> Em decisão sobre regularidade de conduta ou validade de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, serão consideradas as circunstâncias práticas que houverem imposto, limitado ou condicionado a ação do agente.

Evidentemente que, ao analisar a conduta do agente público, tanto o órgão controlador, quanto o Poder Judiciário devem considerar a realidade da pandemia, que impôs ao gestor a tomada de decisões em momento em que as incertezas se sobrepunham.

A compra de produtos e serviços por preços maiores, quando em sintonia com a nova realidade do mercado, não pode ser vista de modo descontextualizado, podendo ser justificada a opção do gestor em pagar o sobrepreço, se este está em sintonia com a nova realidade do mercado e as necessidades se mostrarem urgentes, o que deve constar em fundamentação específica. Isso poderá afastar a responsabilidade do gestor, mas não necessariamente dos fornecedores que irregularmente usaram de oportunismo para auferir lucros elevados [28].

Diversa, todavia, é a utilização de facilidades legais – como a dispensa de licitação para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência na saúde decorrente da pandemia (art. 4º, da Lei nº 13.979/2020) [13] – para a prática de atos ilícitos, que deverá gerar responsabilidade civil e penal dos agentes. No campo da responsabilidade civil, o gestor responderá pessoalmente por suas decisões em caso de dolo ou erro grosseiro (art. 28 da LINDB [28]), e, no âmbito penal, a responsabilização ocorrerá, em regra, apenas em condutas dolosas (art. 18, parágrafo único, do Código Penal [32]).

A leitura dos dispositivos, em face da COVID-19, impõe que, para eventual responsabilização do agente público, é indispensável, em primeiro lugar, que se demonstre que sua ação ou omissão decorreu de conduta dolosa ou erro grosseiro, considerando para tanto o especial dever de diligência que deveria nortear a conduta do gestor.

E tanto será maior ou menor esse dever de cuidado especial, quanto as possibilidades fáticas assim o autorizem, segundo "os obstáculos e as dificuldades reais do gestor" (art. 22 da LINDB) [13].

Se a aplicação destas normas não confere um passe para o gestor atuar com plena liberdade, ele requer certa empatia com sua atuação. Isso não afasta o seu dever especial de diligência, tampouco responsabilização em caso de atuação dolosa ou com erro grosseiro.

Relativamente à dispensa de licitação, para além do art. 28 da LINDB [13], também o art. 26, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93 [33], exige a apresentação de fundamentação idônea quanto à caracterização da situação emergencial, calamitosa ou de grave e iminente risco à segurança pública que justifique a dispensa, quando for o caso; razão da escolha do fornecedor ou executante; ou mesmo a justificativa do preço.

Para a COVID-19, há regramento específico que abranda ainda mais as exigências da lei de licitações. A Lei nº 13.979/2020 [13], e suas sucessivas alterações, dispôs sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus responsável pelo surto de 2019, prevendo a possibilidade de adoção de diversas medidas, bem como a imposição de multas em caso de violação destas.

Ainda, no campo do poder-dever de atuação estatal, estabeleceu que se consideram previamente comprovadas algumas condições, para fins de dispensa de licitação, como a ocorrência de situação de emergência; necessidade de pronto atendimento da situação de emergência; existência de risco à segurança de pessoas, de obras, de prestação de serviços, de equipamentos e de outros bens, públicos ou particulares; e limitação da contratação à parcela necessária ao atendimento da situação de emergência.

A lei também dispensou diversas exigências da lei de licitações, bem como simplificou procedimentos para licitação de bens de importância internacional (art. 4º-E), e até mesmo a dispensa de regularidade fiscal (art. 4º-F) [13]. Essas dispensas só vigoram quando caracterizada a situação de emergência que justifique a adoção de medidas excepcionais para contratação. Tudo com o escopo de dotar os administradores de facilidades para bem desempenhar suas atribuições, dadas a urgência de adoção de medidas concretas e a escassez de recursos materiais e humanos para adequado atendimento.

Como salientado, infelizmente o noticiário tem sido pródigo relativo a investigações criminais de fraudes na área da saúde, atingindo 18 estados brasileiros [34-36], tais como fraudes em licitações, compra de produtos e serviços por preços escorchantes, contratação de empresas sem qualquer vínculo com a atividade médica ou farmacêutica, ou mesmo o pagamento antecipado sem que mínimas garantias sejam dadas ao contratante.

Muitas dessas questões já chegaram ao Poder Judiciário, e outras tantas continuarão a chegar. Encontrar o perfeito equilíbrio entre a empatia com administradores que se acham na difícil missão de fazer as escolhas políticas num cenário de incertezas e o dever de atuação rígida contra malfeitores é tarefa que atormentará os órgãos de controle e os magistrados nos próximos anos.

6. CONCLUSÕES

A pandemia impôs mudança de comportamento em toda a sociedade, gerando aquilo que se convencionou chamar de "novo normal", consistente em distanciamento social, comunicações virtuais, uso de máscaras, *lockdown*, debates acalorados sobre as tecnologias existentes, bem como discussões sobre o balanceamento entre isolamento e manutenção das atividades econômicas.

Também os administradores públicos se viram impactados com essa nova realidade, sendo chamados a apresentar soluções diante de muitas incertezas, gerando insegurança jurídica para sua atuação.

O Poder Judiciário e os órgãos de controle estão sendo chamados a decidir sobre competência para adotar medidas relativas à pandemia, extensão dessas medidas, ações e omissões dos administradores públicos, entre outros temas. Além disso, a apreciação desses fatos deverá ser feita por meio de uma racionalidade diferente daquela utilizada antes do "novo normal".

Não se trata, por óbvio, de apreciar as questões em descompasso com a lei, mas aplicar a legislação em sintonia com a nova realidade que se apresentou para os gestores tomarem decisões.

Administrar é fazer escolhas. Muitas delas vinculadas, outras dotadas de discricionariedade que, em última análise, consiste em uma escolha dentro da moldura de uma liberdade regulada.

Num ambiente cercado de dúvidas e incertezas, como uma pandemia, as opções administrativas demonstram-se simultaneamente revestidas de maior importância e de maiores riscos. Ações e omissões dos gestores sempre estarão a sofrer escrutínio por parte dos órgãos controladores e do Poder Judiciário.

Sem transigir com os atos ilegais, defende-se que os órgãos controladores e o Poder Judiciário, ao analisar os casos relacionados à responsabilização dos gestores, em especial diante da COVID-19, adotem postura de deferência às escolhas administrativas, fundada nos obstáculos e dificuldades reais do gestor para a tomada de decisão.

O ponto fundamental para o exame das controvérsias há que se pautar pelas regras da LINDB (13), destacadamente seus arts 22 e 28, acolhendo as opções do administrador como válidas, ressalvadas aquelas que decorreram de conduta dolosa ou erro grosseiro do agente.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues L. Conheça as 5 maiores pandemias da história. Galileu [Internet]. 29 mar 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/03/conheca-5-maiores-pandemias-da-historia.html.

2. RFI. Covid-19: após denúncia da França contra EUA, surgem revelações sobre confiscos de máscaras entre países europeus. Portal G1 [Internet]. 3 abr 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/04/03/covid-19-apos-denuncia-da-franca-contra-eua-surgem-revelacoes-sobre-confiscos-de-mascaras-entre-paises-europeus.ghtml.

3. Agência Estado. Confisco de luvas a respiradores opõe União e Estados no Brasil. Correio Braziliense [Internet]. 27 mar 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/03/27/interna-brasil,840645/confisco-de-luvas-a-respiradores--opoe-uniao-e-estados-no-brasil.shtml.

4. Emanuel EJ, Persad G, Wertheimer A. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet. 2009;31;373(9661):423-31. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9.

5. National Health Service. Coronavirus (COVID-19) [Internet] 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.nhs.uk/.

6. National Health Service. Coronavirus (COVID-19) clinical triage support tool [Internet] 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://digital.nhs.uk/services/covid-19-clinical-triage-support-tool/.

7. Azevedo J. Cremepe publica Recomendação Nº 05/2020. Cremepe [Internet]. 12 maio 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em http://www.cremepe.org.br/2020/05/12/cremepe-publica--recomendacao-no-05-2020/.

8. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº 12, de 27 de maio de 2020. Aprova o Protocolo de Regulação para casos de COVID-19 para Unidades de Terapia Intensiva de Alta Complexidade. Diário Oficial da União [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2020/05/27.05.2020-Resolu%C3%A7%C3%A3o-122020-do-CREMERS.pdf.

9. National Institute for Health and Care Excellence. About [Internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www. nice.org.uk/about.

10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341 MC-Ref/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 15 abr 2020 (ADI-6341). In: Informativo 973. Data de divulgação: 23 abril 2020.

12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6343 MC-Ref/DF. Relator Original: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Alexandre de Moraes, julgamento em 6 maio 2020 (ADI-6343). In: Informativo 976. Data de divulgação: 13 maio 2020.

13. 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 [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.

14. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672 Distrito Federal (DF). Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Requerente: Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Interessado: Presidente da República. Decisão de 9 abr 2020, publicada no DJe em 15 abr 2020.

15. Digno de destaque, entretanto, que o tema do conflito de competência legislativa entre os entes da federação é por demais complexo, não sendo possível afirmar a existência de uma orientação única por parte do STF, havendo precedentes em sentido diametralmente oposto ao firmado por ocasião da COVID-19, igualmente em matéria de saúde (RE 596.489 AgR, rel. Min. Eros Grau, DJE em 20.11.2009). Todavia, há que se reconhecer não apenas a autonomia dos entes federados, mas principalmente, conferir certa deferência às suas regulações nos temas que a Constituição confere competência comum ou concorrente, sob pena de, não o fazendo, esvaziar não apenas a Carta Política, mas o próprio federalismo.

16. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 194.704 Minas Gerais. Relator: Ministro Carlos Veloso. Rel. para o acórdão Ministro Edson Fachin, plenário, em 29 jun 2017.

17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Interno no Recurso Extraordinário nº 1.247.930-AgR/SP, 1ª Turma. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 13 mar 2020, publicado no DJe em 24 mar 2020.

18. Justen Filho M. Curso de Direito Administrativo. 9. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2013. p. 1312.

19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 841.526 Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Luiz Fux. Publicado no DJe em 30 mar 2016.

20. Instituto Butantan. Você sabe o que é imunidade de rebanho? [Internet] 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://coronavirus.butantan.gov.br/ultimas-noticias/o-que-e-imunidade-de-rebanho.

21. Barroso LR. Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. Conjur [Internet]. 22 dez 2008 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica?pagina=9. Acessado em 04.10.2020.

22. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança nº 5388/SP. Relator: Ministro Dias Toffoli, publicado no DJe em 9 set 2020.

23. Segundo OMS, ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, índice médio é de 2,4. AHSEB [Internet]. 7 ago 2014 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: http://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil--indice-medio-e-de-24/

24. Picchiai D. Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 2009.

25. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória nº 966, de 13 de maio de 2020. Dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da covid-19. Diário Oficial da União. 14 maio 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv966.htm.

26. Decisão proferida por ocasião do julgamento da ADIs 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6248 e 6431, todas propostas contra a MP nº 966/2020.

27. 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 [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

28. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Diário Oficial da União [Internet]. 9 set 1942 [acesso 2020 out 10]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm.

29. Valiati TP. COVID-19: um grande teste de fogo para a aplicação da LINDB. Direito do Estado [Internet]. 25 ago 2020 [acesso 2020 out 10];466. Disponível em: http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/thiago-priess-valiati/covid-19-um-grande-teste-de-fogo--para-a-aplicacao-da-lindb.

30. Jordão E. O art. 22 da LINDB e as "dificuldades jurídicas" do gestor público. Direito do Estado [Internet]. 8 out 2018 [acesso 2020 out 10]. Disponível em http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/Eduardo-Jordao/o-art-22-da-lindb-e-as-dificuldades-juridicas-do-gestor-publico.

31. Bim E. Divergências Científicas e Metodológicas no Direito Ambiental e Autocontenção Judicial. DPU [Internet]. 2012 [acesso 2020 out 10];(46):9-38. Disponível em https://repositorio.idp.edu.br//handle/123456789/1322.

32. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. 31 dez 1940 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

33. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 22 jun 1993 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm.

34. Gonçalves E. Suspeitas de fraudes em contratos da área da saúde atingem dezoito estados. Veja [Internet] 10 jul 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://veja.abril.com.br/brasil/suspeitas-de-fraudes-em-contratos-da-area-da-saude-atingem-dezoito-estados/

35. Sandes A. Saúde perde R$ 14 bi ao ano com fraudes, e covid-19 pode piorar situação. Notícias Uol [Internet]. 2 maio 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/02/saude-perde-r-14-bi-ao-ano-com-fraudes-e--covid-19-pode-piorar-o-problema.htm.

36. Abdala V. MP prende cinco acusados de fraudes na saúde do Rio de Janeiro. Agência Brasil [Internet]. 23 jul 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-07/mp-prende-cinco-acusados-de-fraudes-na-saude-do-rio-de-janeiro.

O CALVÁRIO DO GESTOR: RESPONSABILIDADE SANITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Jairo Bisol[1]

> "Quando um homem está sob a suspeita da comissão de um delito, já se encontra atirado às feras; *ad bestias*, como era dito antigamente dos condenados que a elas eram atirados como alimento."
>
> Francesco Carnelutti

Resumo: Este artigo trata dos riscos de crucificação dos gestores da saúde por uma responsabilização sanitária descontextualizada do tempo pandêmico, capaz de provocar um impacto negativo na gestão do Sistema Único de Saúde. Parte de uma crítica aos fundamentos da cultura jurídica atual para estabelecer o receio de um cenário catastrófico para a saúde pública e injusto para os que se dedicam diuturnamente a construí-la.

Palavras-Chave: Pandemia. Direito. Política Pública e Responsabilidade Administrativa da Gestão.

1 Doutor em Direito pela UFPE. Promotor de Justiça do MPDFT, titular da 1° PROSUS, Membro Auxiliar do CNMP integrante da Comissão da Saúde. Professor Universitário. http://lattes.cnpq.br/7797091702268414. bisoljairo@gmail.com.

Artigo também disponível pelo
QR code ao lado ou pelo link
https://bit.ly/3blhJhD

1. A TÍTULO DE INTRODUÇÃO: UM MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO PODER

O Estado de Direito resultou de um esforço de juridificação do poder: de um lado, a soberania foi constitucionalizada, reduzida ao exercício de uma função jurislativa originária chamada "poder constituinte"; de outro, o poder estatal ordinário foi concebido como um feixe de competências definidas por normas legais e exercidas por meio de procedimentos e ritos juridicamente determinados. Fruto de um pensamento político e jurídico que deita suas raízes mais profundas na transição do mundo medievo ao moderno, o conceito de soberania foi marco inicial da longa busca de superação do pluralismo político. Concebido como o poder de ditar normas válidas, nele a validade normativa submetia-se à facticidade do poder, de modo que o direito era uma expressão da vontade do poder soberano. Esse movimento resultou historicamente na unificação das nações e na fundação do Estado Absoluto. Um passo adiante, consolidamos o projeto moderno de organização e controle racional do poder. Seu rebento, o Estado de Direito, manteve o monismo político conquistado, mas inverteu a relação entre validade e facticidade, eixo no qual se estruturou o conceito de soberania desde Bodin até Hobbes. O direito agora determina o poder, e não mais o contrário. A ele cumpre não apenas instituir o poder como regular o seu exercício, definindo e distribuindo as competências.

Por exigência de controle racional, o poder se tripartiu, cabendo à função jurisdicional aplicar objetivamente aos casos concretos o direito contido nos textos legais vinculantes. Ora, se a decisão judicial é uma aplicação objetiva da lei, a sua validade decorre da validade da norma legal que lhe empresta fundamento. Posto desse modo, o direito é pensado como uma ordem de validades normativas que enquadra e regula os fatos sociais valendo-se de uma lógica subsuntiva operada por técnicos aplicadores de leis. Segundo esse modelo, a decisão é construída por um

raciocínio silogístico, em que a premissa maior é um dado objetivo: a norma legal. O fato *sub judice* encena o papel de premissa menor. Ao fim, surge a sentença como conclusão irrefutável. Portanto, é o legislador – e não o juiz – que responde politicamente pelo conteúdo da decisão.

Deitando um olhar crítico sobre essa estrutura conceitual, é inevitável perceber um modelo teórico maculado pelos disparates dos grandes paradoxos: o projeto de fundar uma atividade "deliberativa" exercida nos limites epistêmicos da razão pura, capaz de construir sentenças judiciais por atos de mera cognição, ou seja, por inferências silogísticas articuladas a partir de uma ordem de validades normativas. Eis o sonho extravagante de um controle racional das práticas judiciárias, reduzidas à aplicação objetiva do direito pelo magistrado, um técnico estatal altamente especializado, alçado em suas funções por um critério não menos técnico: o concurso público. A rigor, um poder judiciário formado por "agentes políticos politicamente irresponsáveis" pelas decisões judiciais que cometem.

Como construir um sistema sobre os escombros desses paradoxos? Um sistema paradoxal é, por definição, assistemático. Supor uma "decisão silogística" cometida por "um agente político politicamente irresponsável" é um *non sense* de tamanha envergadura que deixa entrever um injustificado descompromisso com os princípios lógicos de identidade, de contradição e do terceiro excluído, fundantes da razão ocidental. Trata-se de um pensamento que desconsidera também os longos encadeamentos da lógica formal, as construções conceituais sistêmicas e o pensamento analítico, ferramentas da razão moderna em sua busca incansável pela objetividade possível. Ora, tal modelo peca já pela absoluta ingenuidade em relação à sua própria identidade, sua inconcebível natureza.

Ademais, a inconsistência prática imediata desse arranjo institucional consiste em supor que a validade da norma jurídica possa conter o exercício do poder sob a forma de competências normativamente instituídas. Em outras palavras, significa crer que a norma jurídica acabe determinando a própria soberania, pois não há soberania senão como potência exercível. Este preço o formalismo positivista teve de pagar pela sua pretensa pureza metódica: viu-se obrigado a criar um modelo alheio à realidade essencialmente política do direito, um modelo no qual a validade da norma é que determina o poder, como se a norma tivesse o condão de instituir a realidade político-social, e não o contrário.

2. DIREITO E NORMALIDADE

Preso a essa fabulação normativa do poder, o pensamento jurídico atual parece desconhecer que a ordem social não foi estabelecida pelo direito. Simplesmente o direito não tem o condão de criar normalidades. A ordem social é criada pela força, pelo convencimento e pela crença, ou seja, por arranjos de guerra, política e capacidade de se fundar e consolidar instituições. Portanto, a normalidade é um dado sociológico anterior ao discurso do direito, fundamento de qualquer disposição normativa. Tem razão Carl Schmitt [(1)] quando observa que o discurso normativo do

direito pressupõe uma situação de prévia normalidade. Uma regra de conduta só alcança sentido normativo em face de uma ordem preestabelecida. As leis, por si, não podem modificar a realidade, são apenas ferramentas que servem para manter a ordem posta por forças historicamente determinadas e para a qual elas foram programadas *a posteriori*. No entanto, é bastante comum entre nós a suposição de que basta criar leis para resolver os problemas sociais.

Essa concepção jurisdicista do Estado de Direito – que não percebe o rosto por detrás da máscara do poder – conduz o pensamento jurídico a outra impotência mais grave: a incapacidade de leitura da intricada relação entre o direito e a realidade social, entre o mundo das normas e o mundo dos fatos, indispensável à compreensão da função social do direito e do alcance de seu exercício pela via judicial. Parece que a complexidade das relações de poder acaba sendo obnubilada por uma espécie de "efeito colateral" do conceito de validade normativa. Por fim, o direito concebido como uma ordem de validades infensa ao mundo social induz os juristas a desconsiderarem em seus processos judiciais o contexto histórico das condutas a serem julgadas, sem o que a realização da justiça material se torna no mínimo improvável.

Tal formalismo excessivo tem como pano de fundo o modelo da *justiça de gênero* adotado pelo sistema de direito legislado, em que todos são iguais perante a lei. Assim serão julgados, como numa cama de Procusto, independentemente do contexto em que os fatos que cometeram se deram: o que não está previsto expressamente no texto da norma jurídica geral simplesmente não interessa ao direito e deve ser "cortado" do processo. Assim os juristas passam a autuar procedimental e ritualisticamente, em folhas de papel enumeradas, a vida social na sua "pura forma jurídica". Entretanto, que forma jurídica tão pura é essa? Ora, não bastasse descontextualizar histórica e socialmente o fato a ser julgado, é a própria interpretação que o jurista dá aos textos legais que servirá de parâmetro para a reconstrução desse fato no processo, por meio das provas que ele mesmo produz nos autos, conforme seus interesses processuais: eis na escandalosa nudez das práticas jurídicas, como funciona esse kafkaniano direito concebido como ordem de validades absolutamente autônoma, suspensa do seu contexto temporal, alheia ao pluralismo axiológico que compõe o tecido social e às inconstâncias da história e do poder político.

Ao propor um pensamento jurídico no qual o direito paira num limbo lógico-formal, ou seja, uma ordem de validades supostamente infensa a qualquer traço da realidade social e política, o positivismo acaba escamoteando as diferenças entre o valer como norma e o valer como decisão. Não há como se confundir um e outro: o primeiro ocorre no âmbito puramente racional, na idealidade das conexões lógicas decorrentes das exigências formais do pensamento; o segundo, de forte matiz sociológico, cunha o exato momento de interferência dos padrões normativos do direito na realidade social. Pois justamente no "valer como decisão", a abstração normativista pretende o reencontro do direito com a realidade social, ao supor uma unidade estruturante e sistematizadora do discurso da lei que empresta validade à sentença judicial: a norma jurídica geral. Esse é o núcleo da pretensão racional de instituir

normativamente o mundo dos fatos, alienação onde o logicismo puro perde toda a sua força instrumental, justo ali onde reside a sua finalidade última: a de garantir segurança jurídica aos cidadãos, em geral, e aos órgãos do próprio Estado no exercício de suas competências, em particular, contra os arbítrios do poder.

Afinal de contas, não devemos esquecer que, justamente em face desse sistema de crenças incautas, investimos nos cargos da Magistratura e do Ministério Público – pela via do concurso e sem qualquer preocupação manifesta –, jovens inteligentes e estudiosos da dogmática jurídica, habilidosos no trato da lei e das práticas processuais. Desses jovens, no entanto, não se exige a mínima habilidade de compreender e avaliar o contexto ético, político e social em que ocorrem os fatos que serão julgados: eles são academicamente talhados para serem técnicos neutros e especializados na aplicação da lei.

3 ANORMALIDADE PANDÊMICA E IRRACIONALISMO POLÍTICO

E se, de repente, por um motivo qualquer, perdêssemos nossos padrões de normalidade social, como funcionaria o direito? Eis a pandemia de 2020. No início do ano, o mundo se viu tomado pelo surto de um vírus desconhecido que provocou – e ainda provoca – uma onda de internações por síndromes respiratórias e milhares de mortes por dia. O vírus, que aparentemente teve origem na China, não demorou a avançar pela Ásia em direção à Europa, atravessando oceanos e atingindo em cheio as Américas, primeiro a do Norte e depois a do Sul. O surto virou pandemia, e populações inteiras ao redor do planeta foram arrancadas do seu cotidiano normal e submetidas a inúmeras regras restritivas do direito de ir e vir, num processo de isolamento social sem precedentes, tudo isso com ampla e imediata divulgação na mídia. Foram paralisados importantes setores da economia mundial, provocando desequilíbrios gigantescos no mercado, especialmente o de insumos, equipamentos de saúde e medicamentos necessários ao combate à COVID-19. Seguiu-se, *pari passu*, uma onda de aumentos abusivos e descontrolados dos preços.

Já nos primeiros sintomas de anormalidade nesse mercado, iniciou-se uma desenfreada corrida mundial pela aquisição dos produtos e pela montagem em tempo recorde de estruturas de média e alta complexidade, entre elas, a abertura de milhares de novos leitos de UTI e a criação de centenas de hospitais de campanha. Após dificuldades iniciais com a falta de respiradores e leitos, veio a escassez de medicamentos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Este cenário cada vez mais caótico demandou respostas rápidas da gestão, que se viu acossada por prazos urgentes incompatíveis com as normas procedimentais de compra, enfrentando uma pandemia que exigia decisões técnicas sem o conhecimento científico consolidado e devidamente verificado. Tudo isso em função do incógnito do agente patógeno e, naturalmente, da ausência de protocolos de abordagem terapêutica.

À medida em que a pandemia foi avançando, ampliou-se a situação de anormalidade. No entanto, apesar do caos gigantesco que esse tipo de evento anômalo provoca, não deixa de estabelecer, sob certa medida, uma nova ordem, um rearranjo estrutural em vários aspectos das relações sociais, políticas e econômicas. Ora, duas ordens não convivem ao mesmo tempo no mesmo lugar, pois uma é desordem em relação à outra. Fácil perceber que exatamente nessa medida as normas de direito formalmente vigentes vão se transformando em empecilhos para a gestão da situação crítica e de seus desafios.

Não bastasse isso, a gestão de uma epidemia, principalmente de proporções pandêmicas, exige o manejo de instrumentos de comunicação social pelo gestor da saúde e sua equipe técnica. Combater a epidemia exige, entre outras ações, estabelecer uma dinâmica de reportes oficiais à população, com a periodicidade variando de acordo com a necessidade, para prestar esclarecimentos e dar orientações sobre como se conduzir durante cada fase do surto.

No entanto, a ampla visibilidade social e política decorrente do uso contínuo e estratégico das ferramentas de comunicação numa pandemia acabou despertando o interesse de vários chefes do executivo, que trataram de escantear o gestor e seus especialistas para assumir um papel que a rigor não lhes cabia e que, de um modo geral, não estavam preparados para exercer, qual seja, a do comando técnico e político-sanitário de uma pandemia. Esse deslocamento reforçou substancialmente um processo deletério de politização da ciência acompanhado por uma guerra de informações e de *fake news* nas mídias sociais. A gestão das estratégias político-sanitárias de combate ao surto pandêmico acabou se descolando para o campo irracional e casuístico das disputas ideológicas e político-eleitorais.

Esse ambiente de descompromisso com a verdade, ao invadir as estruturas do Estado, multiplica substancialmente as dificuldades de gestão de uma crise pandêmica que por si só é assustadora, em face de sua magnitude e dos imensos riscos que impõe ao funcionamento dos sistemas de saúde e, de uma forma mais direta, à vida e à saúde dos cidadãos. Não bastasse o que tem de nefasto por ser um movimento construído em cima da obnubilação da verdade, a pós-verdade adota não apenas uma atitude negacionista da ciência como também das instituições públicas, especialmente as democráticas.

A gestão da saúde demanda um suporte permanente da ciência para o cometimento dos atos e serviços de saúde. No enfrentamento de uma situação crítica como uma pandemia provocada por um vírus desconhecido, essa relação de dependência se torna muito mais intensa e imediata. O gestor da saúde depende das respostas da ciência para tomar decisões eficazes de controle da epidemia, diminuindo os impactos na saúde da população.

O diálogo entre política e ciência, no entanto, oscilou intensamente – e ainda oscila – durante a pandemia da COVID-19, dificultando o seu enfrentamento. Altos e baixos se deram especialmente de acordo com estratégias políticas adotadas em função dos calendários eleitorais, de um lado, e com o avanço mundial dos conhecimentos científicos sobre o agente patógeno e

dos consensos técnico-científicos daí decorrentes, de outro. Com as nações no mundo inteiro tomadas pelo medo e pelas incertezas em relação ao futuro, parecia óbvio caber à ciência apontar os caminhos que deveríamos seguir, emprestando luzes à imensa demanda de tomadas de decisões políticas e sanitárias que o avanço da pandemia exigia. Entretanto, a política entendeu ser mais importante manipular os dados e o conhecimento que a ciência produzia, muitas vezes cooptando segmentos da comunidade científica para a sua guerra de interesses econômicos, suas posições ideológicas e suas estratégias eleitorais.

Não raro, a política se vale da relativa neutralidade da ciência, bem como de seu caráter instrumental, para manipular suas verdades e seus conhecimentos quando lhe convém. Essas manipulações colocam a ciência em campos de batalhas ideológicas que não são suas, envolvendo setores da própria comunidade científica e comprometendo a neutralidade de suas pesquisas e a qualidade do conhecimento produzido e divulgado. Nesses descaminhos, de ferramenta indispensável à gestão da saúde, a ciência se transforma, por vezes, num entrave para a tomada de decisão.

A produção científica é uma atividade cognitiva, não cabendo em seus horizontes a função de tomada de decisões. No entanto, seus conhecimentos são absolutamente estratégicos para os que detêm função decisória. De quebra, servem também como importante critério de medida e definição dos limites de responsabilidade dos órgãos de gestão pelas instâncias de controle. No entanto, não devemos esquecer que decidir pressupõe mais do que a cognição dos dados estatísticos e das verdades objetivas da ciência. Implica cometer juízos de valor, fazer escolhas entre opções e interesses diversos, conduzir negociações, articulações de consensos, acordos e outras estratégias de jaez político.

Não é raro a política manipular retoricamente as verdades científicas ao seu favor, usando-as de modo a transferir à ciência a responsabilidade de suas decisões. Vende a imagem da ciência como um árbitro neutro e capaz de decidir definitivamente o conflito. De igual modo, muitas vezes os órgãos de controle sustentam irresponsavelmente sua retórica procedimental em cima de posições não consensuais e preliminares da ciência, especialmente as que melhor se ajustam à sua visão ideológica de mundo e a seus interesses processuais. É bastante comum entre juristas afirmar consensos onde eles não existem. Isso é bem visível em expressões que se multiplicam na argumentação judiciária, tal como chamar retoricamente de "remansosa jurisprudência" acórdãos construídos sobre inequívoco dissenso.

De igual modo, quando não há consenso na ciência, um membro de órgão de controle não pode simplesmente pinçar de forma seletiva as teses ainda não consagradas e demonstradas cientificamente, mas que reforçam as estratégias acusatórias de sua narrativa processual. Assim agem os advogados de defesa, tal como os adeptos da pós-verdade em suas cruzadas ideológicas. Ora, o advogado representa o interesse particular do seu cliente no processo, portanto, está legitimado para uma argumentação menos compromissada com os critérios objetivos da verdade. Já o órgão ministerial representa, antes de mais nada, o interesse público. Além disso, somente a verdade baliza o interesse público. Um promotor de justiça é antes um fiscal da lei do que um titular da ação; mais do que simplesmente acusar a qualquer custo, sua função é promover a justiça.

Ademais, as questões pendentes na investigação científica, e que se multiplicam aos borbotões na pandemia da COVID-19, alimentam dissensos entre os especialistas e pesquisadores no mundo inteiro e tendem a politizar ainda mais a ciência. Por se tratar de um vírus desconhecido, as lacunas de conhecimento e de verificação dos resultados das pesquisas científicas ainda são imensas. Lidamos com informações preliminares. A verdade científica se constrói com o tempo, pelo acúmulo de conhecimento. Em contrapartida, a gestão da pandemia exige a imediata tomada de decisões e cometimento de escolhas, ainda que com base nas poucas informações técnicas de que se dispõe. Toda decisão implica uma margem de erro. Numa situação de absoluta anormalidade como uma pandemia, em que as decisões precisam ser tomadas rapidamente em temas sobre os quais ainda não se possui clareza técnico-científica, essa margem de erro se agiganta. Restou ao gestor enfrentar o risco ou pecar pela omissão.

4. CONCLUSÃO: SOBRE NÃO CONDENAR A INICIATIVA PREMIANDO A OMISSÃO

É nesse ambiente que os gestores enfrentaram e ainda enfrentam a pandemia. Do ponto de vista político, um período de anormalidades. Em muitas dimensões do Estado, o caos se instaurou, com instituições públicas disputando espaços de forma absolutamente irracional e, por vezes, ilegítima. Em algumas unidades federativas – inclusive no próprio governo federal –, o atropelo da função de gestor da crise sanitária pelos chefes do executivo foi uma marca registrada. Governos e prefeituras não sabiam como lidar com o desserviço social prestado pelos operadores de *fake news* e pela onda de politização da ciência que ampliava a crise política e sanitária. Em alguns casos, em face de interesses e estratégias eleitoreiras inconfessáveis, estavam direta ou indiretamente envolvidos.

Os setores mais conscientes e comprometidos dos governos e da gestão pública apostaram no diálogo institucional. O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, já possuía uma estrutura institucionalizada e com larga experiência de diálogo e construção de consensos e pactos federativos: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). No entanto, foi necessário ampliar esse diálogo para outros setores do governo e, especialmente, para os órgãos de controle externo visando mitigar as ingovernabilidades da crise, o que foi conduzido em grande medida pelo Conselho Nacional do Ministério Público e pelo gabinete de crise do Ministério Público Nacional, o Giac, em diálogo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Ministério da Saúde. Esses órgãos foram estratégicos no desenvolvimento de medidas para conter a multiplicação desordenada das intervenções judiciais no poder decisório dos gestores da saúde, típicas do ativismo ministerial e judicial.

A concorrência desleal entre países ricos e pobres, entre dólares, euros, libras e reais num mercado mundialmente escasso – desde a máscara até o respirador –, fez variar a oferta de produtos e as quantidades disponibilizadas. Os preços dispararam e oscilaram sem critérios

objetivos. Os gestores de saúde travaram verdadeiras batalhas nesse mercado insano para conseguir os equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a proteger a população sob sua responsabilidade e oferecer respostas às demandas crescentes provocadas pela onda pandêmica. A título de exemplo, o principal mercado de respiradores, na China, exigia o pagamento à vista e antecipado dos produtos e, não raro, enviava aos compradores equipamentos distintos dos que haviam sido adquiridos, que sequer serviam para o propósito que originou a operação comercial. O comportamento dos fornecedores era absolutamente imprevisível, oscilando entre o correto, o oportunista e o fraudador.

Mesmo quando as operações de compra foram pautadas em termos de referência adequados às melhores evidências do momento, não havia garantias mínimas aos gestores, deixando-os à mercê de investigações que potencialmente se tornam midiáticas e espetaculosas, produzindo um verdadeiro linchamento público, destruindo carreiras e reduzindo dignidades a pó. Especialistas que identificaram por meio de pareceres técnicos a base científica mais adequada, disponível até então, correram e correm o risco de enfrentar processos de responsabilização nos quais o contexto pandêmico em que os atos administrativos foram praticados não é devidamente considerado, muitas vezes com prisões e outros atos violentos do sistema de persecução penal que mais tarde podem se mostrar exagerados e desnecessários. Todavia, a destruição pessoal que provocam é praticamente irreversível.

O país precisa urgentemente repensar seus modelos de gestão de políticas públicas e de controle. O tema é desafiador e toca em questões estruturais do Estado. Primeiro, é necessário proteger o gestor das interferências da política, promovendo uma reforma que proteja a execução orçamentária dos desvios que financiam vergonhosamente a máquina político-partidária brasileira. Depois, é necessário repensar o seu financiamento, fazendo os ajustes necessários no limite de nossas possibilidades. É preciso ainda aprender a construir, aperfeiçoar e multiplicar os canais de diálogo entre gestão e controle. Por último, precisamos levar a sério o princípio da inocência, estabelecendo regras fortes de proteção dos investigados contra os atos espetaculosos e midiáticos dos procedimentos persecutórios, que destroem covardemente pessoas antes de permitir um ato sequer de defesa, quanto mais serem efetivamente julgadas e condenadas.

Ao nosso sentir, esta pequena mostra do universo das dificuldades enfrentadas pela gestão da saúde pública durante a pandemia oferece um retrato da *via crucis* dos gestores nesses tempos de raro e intenso quadro de anormalidades. Contudo, os riscos de um catastrófico calvário ao final desse tortuoso caminho é o mais assustador. Há uma injustiça potencial em curso: não me refiro às lambanças de muitos oportunistas que se aproveitaram da crise para desviar recursos da saúde. Estes devem ser punidos de forma exemplar. Bandidos e malfeitores que ocupam cargos públicos ou lidam com verbas públicas de uma forma terceirizada. Refiro-me aos legítimos gestores da saúde pública no Brasil, a imensa maioria de nossos secretários e ministros que constroem, dia a dia, o SUS.

Ora, como os órgãos de controle devem agir para não premiar os gestores omissos por medo de decidir no limiar dos marcos da legalidade que definem o enfrentamento de situações

extraordinários como a de uma crise sanitária? Como proteger os gestores que tomaram as decisões que precisavam ser tomadas, destacando-os dos verdadeiros mal-intencionados e oportunistas que eventualmente ocupam cargos de gestão? É possível se afirmar de boa-fé que o sistema judicial brasileiro tem a capacidade de proteger efetivamente os bons gestores das operações de controle midiáticas e das responsabilizações administrativas descontextualizadas e, por isso mesmo, injustas? Em outras palavras, qual deve ser a conduta dos órgãos de controle numa situação de anormalidade dessa magnitude?

Ante o caos que se instaurou nestes tempos bicudos da pandemia, é preciso definir critérios de responsabilidade sanitária distintos e devidamente contextualizados com a "desordem pandêmica" para não cometer a injustiça de medir a conduta dos gestores pelos atos administrativos cometidos durante a crise com a régua da normalidade, descontextualizando-os de modo a se afastar de seus mais legítimos fundamentos de direito e de justiça. Sem a prudência e a vocação para trabalhar os princípios de equidade e as regras de exceção positivadas no sistema jurídico, desenharemos um gigantesco "gestorcídio" na história sanitária brasileira. Bem observado, as primeiras vítimas tombadas já formam uma lista assustadora. Estamos condenando os verdadeiros gestores que lutaram com afinco para proteger a população dos riscos da pandemia e premiando aqueles que se omitiram de cumprir suas funções para não correr os riscos dos excessos do controle. Mais uma vez, faz-se presente em nossa história uma triste vocação macunaímica, típica da cultura brasileira.

REFERÊNCIA

1. Schmitt C. Sobre los tres modos de pensar la ciencia jurídica. Madrid: Tecnos; 1996.

Na Coleção COVID-19, o volume 2 – Planejamento e Gestão – está dedicado aos dados, análises e considerações de diferentes aspectos relacionados aos esforços dos entes que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do planejamento, da gestão, da alocação orçamentária e financeira e respectiva execução. A opinião de especialistas das ciências sociais, biológicas e pesquisa clínica revela-se em textos capazes de relacionar incertezas, tempestividade e a tomada de decisão. Contemplam debates sobre a adoção das medidas não farmacológicas, sistemas nacionais de dados, inteligência artificial, comitês científicos, diferentes possibilidades de gerenciamento, cooperação e parcerias, controles e outras estratégias que põem luzes nas evidências disponíveis a cada momento, na realidade de cada território, na conformidade processual e na pressa responsável.