

## CAPÍTULO 7

---

# O BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

---

**Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>1</sup>**  
**Jurandi Frutuoso Silva<sup>2</sup>**  
**Nereu Henrique Mansano<sup>3</sup>**

*1. Médico; mestre e doutor em Saúde Coletiva; Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; membro do Conselho do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Coordenador da Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; fernandocupertino@gmail.com.*

*2. Médico; mestre em Saúde Coletiva; Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); jurandi.frutuoso@conass.org.br.*

*3. Médico; mestre em Saúde Coletiva; Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); nereu@conass.org.br.*

## Resumo

O ensaio discorre sobre o enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil. Apresenta uma descrição do cenário inicial; a evolução da doença; os aspectos político-institucionais; as ações desencadeadas e seus resultados; os aspectos epidemiológicos e de vigilância em saúde; a dimensão assistencial; as repercussões sociais e econômicas e os principais desafios que ainda se apresentam no presente e aqueles que virão no futuro. Destaca, ainda, o papel dos níveis federal, estadual e municipal na gestão da saúde, o que foi feito no sistema de saúde para responder às necessidades da população no contexto da pandemia, seus limites e potencialidades.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. pandemia de Covid-19. saúde pública.

## Abstract

This paper discusses coping with the covid-19 pandemic in Brazil. It presents a description of the initial scenario; the evolution of the disease; the political-institutional aspects; the actions triggered and their results; epidemiological and health surveillance aspects; the assistance dimension; the social and economic repercussions and the main challenges that still present in the present and those that will come in the future. It also highlights the role of the federal, state and municipal levels in health management, which was done in the health system to respond to the needs of the population in the context of the pandemic, its limits and potential.

**Keywords:** Brazilian health system. Covid-19. public health.

## Introdução

A pandemia da covid-19 representa o maior desafio enfrentado pela saúde pública em escala mundial, nos últimos cem anos<sup>1</sup>. O desconhecimento sobre o comportamento do novo coronavírus (seus modos de transmissão; sua capacidade e velocidade de disseminação e a falta de evidências sólidas de efetividade de agentes terapêuticos capazes de combatê-lo) determinou muitas incertezas e tropeços na adoção de ações que pudessem ter freado sua propagação pelo mundo<sup>2</sup>. No Brasil, o desafio de enfrentar a pandemia foi ainda amplificado pela dimensão geográfica, pelas gritantes diferenças regionais, sobretudo as carências sociais, bem como pelo peso relativo das doenças crônicas não transmissíveis prevalentes na população<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) atuou imediatamente a partir da detecção dos rumores sobre a doença emergente. Em 22 de janeiro, foi acionado, no âmbito do MS, o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), para harmonizar, planejar e organizar as atividades e ainda monitorar a situação epidemiológica. Diferentes setores do governo foram mobilizados, e diversas ações foram implementadas, incluindo a elaboração de um plano de contingência. Em 3 de fevereiro de 2020, a infecção humana pelo novo coronavírus foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)<sup>4</sup>.

No contexto da América Latina, ao avaliar o conteúdo e o tempo das respostas das principais políticas emergenciais de proteção social, editadas pelo governo federal do Brasil e de outras economias, tais como Argentina, Chile, Colômbia, México e Peru, como respostas à crise sanitária e social causada pela covid-19, temos o destaque da Argentina e do Chile, onde a resposta foi mais ágil e coordenada e, por conseguinte, lograram maior sucesso no controle da pandemia até o momento. O Brasil, a despeito do grande número de medidas sanitárias e gastos anunciados na proteção social, alinha-se com o México como sendo os países que mais tardaram em suas respostas, que detêm as piores trajetórias de contágio e mortalidade pela doença até o presente. Fica evidente que a agilidade na adoção de medidas emergenciais de proteção social é essencial para proteger populações vulneráveis na atual pandemia, e um fator decisivo para o sucesso das medidas necessárias a combatê-la<sup>5</sup>.

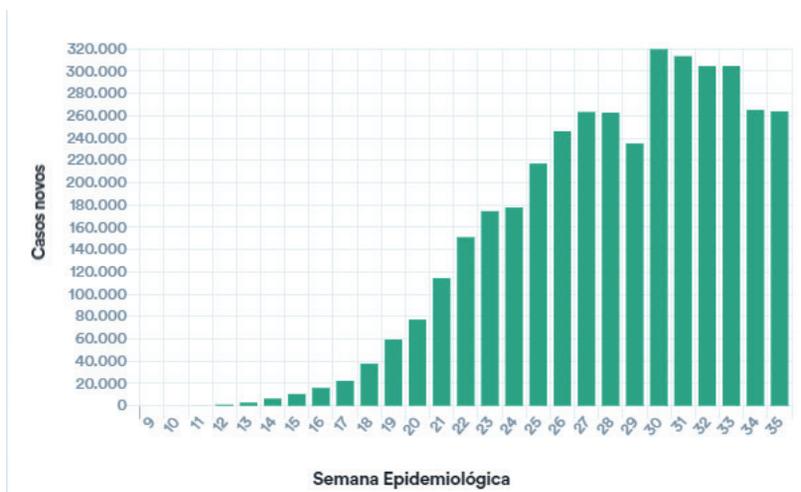
## **Aspectos epidemiológicos**

O primeiro caso registrado de covid-19 no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, no período entre 22 e 27 de fevereiro, três cepas do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) já haviam sido identificadas, antes mesmo da adoção de medidas protetoras não farmacológicas, entre as quais, o distanciamento físico, proibições de viagens e uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Possivelmente, por já haver circulação das cepas virais no Brasil, isso influenciou o quadro mais precoce e intenso em capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Manaus<sup>6</sup>. Os primeiros casos confirmados foram de pessoas de maior renda, com histórico de regresso recente de viagens ao exterior. A doença propagou-se rapidamente e atingiu as comunidades mais pobres das grandes cidades e, posteriormente, expandiu-se para o interior do país.

Em 20 de março, o MS declarou a existência de “transmissão comunitária” em todo o território nacional<sup>7</sup>, muito embora, naquele momento, diversas regiões do Brasil ainda não tivessem contabilizado qualquer caso ou óbito.

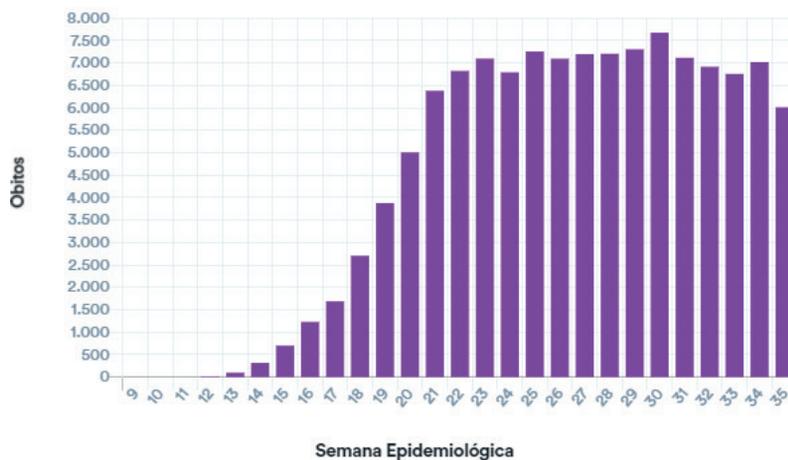
Desde então, a pandemia vem se disseminando em tempos e intensidades diferentes pelo território nacional, atingindo todos os estados e a maior parte dos municípios do país. A evolução do número de casos e óbitos por semana epidemiológica no Brasil pode ser observada nas Figuras 1 e 2<sup>8</sup>.

Figura 1. Número de casos de covid-19, por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

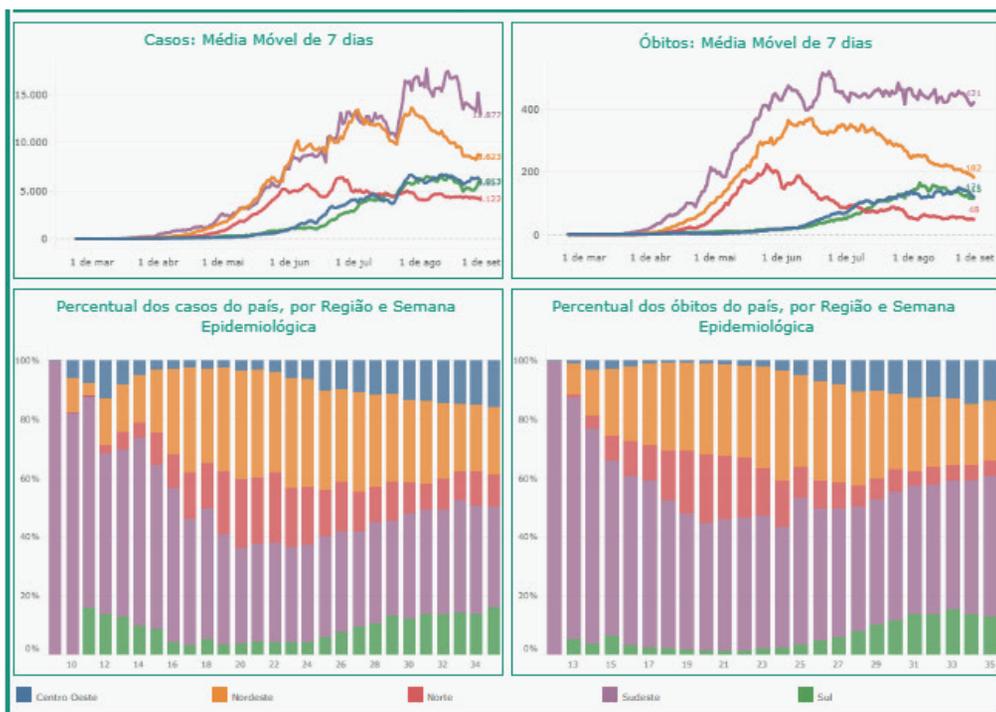
Figura 2. Número de óbitos por covid-19, por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

A distribuição dos casos e óbitos por região político-administrativa em cada semana epidemiológica e a evolução da média móvel de 7 dias para cada uma dessas regiões, até 29 de agosto, encontram-se na Figura 3. Um quadro sinóptico da situação do número de casos, óbitos e taxas de incidência e de mortalidade por 100 mil habitantes, para o país e região político-administrativa, também para a data de 29 de agosto, pode ser encontrado na Figura 4<sup>9</sup>.

Figura 3. Média móvel de 7 dias e distribuição dos casos e óbitos por covid-19 informados segundo região político-administrativa. Brasil, 23 de fevereiro a 29 de agosto de 2020



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>9</sup>.

Figura 4. Síntese de casos, óbitos e taxas de incidência, letalidade e mortalidade por covid-19 no Brasil e por região, em 29 de agosto de 2020

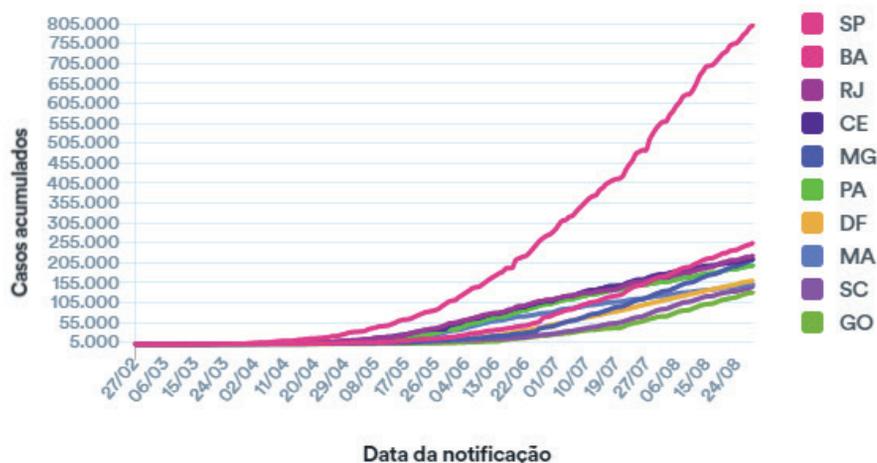
	N de Casos	N de Óbitos	Taxa de Incidência (por 100 mil hab.)	Taxa de Letalidade (%)	Taxa de Mortalidade (por 100 mil hab.)
Sudeste	1.346.969	54.359	1.524,2	4,0%	61,5
Nordeste	1.138.647	34.830	1.995,1	3,1%	61,0
Norte	532.923	13.380	2.891,5	2,5%	72,6
Centro Oeste	426.481	9.046	2.616,9	2,1%	55,5
Sul	399.787	8.837	1.333,7	2,2%	29,5
<b>Brasil</b>	<b>3.844.807</b>	<b>120.452</b>	<b>1.829,6</b>	<b>3,1%</b>	<b>57,3</b>

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>9</sup>.

Muito embora os estados mais populosos da região Sudeste – São Paulo e Rio de Janeiro – registrem o maior número de casos e óbitos notificados do país, as maiores taxas de incidência e de mortalidade por 100 mil habitantes ocorreram na região Norte.

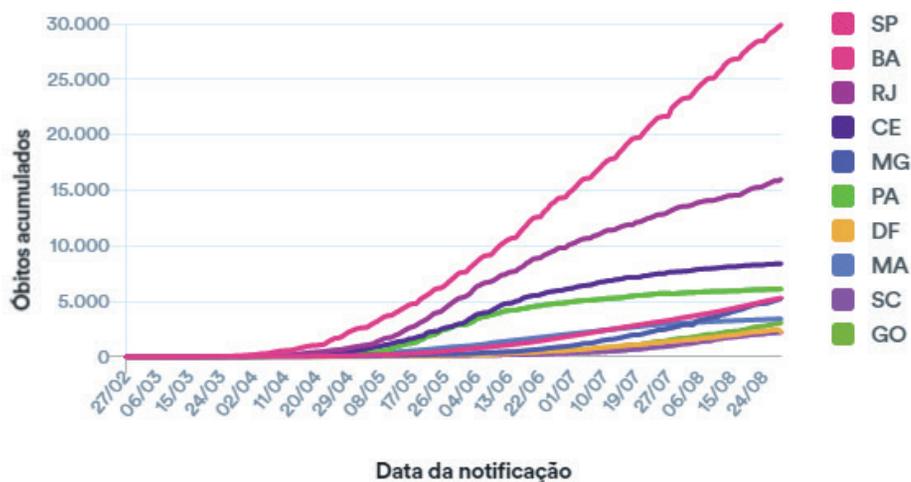
Nas Figuras 5 e 6, podemos observar a evolução dos casos acumulados nas dez unidades federadas com registro de maior número de casos e óbitos. A distribuição dos casos e óbitos por município em 29 de agosto de 2020 encontra-se nas Figura 7 e 8<sup>a</sup>.

Figura 5. Distribuição do número de casos confirmados acumulados, por data de notificação, entre os dez estados federados com maior número, em 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde<sup>a</sup>.

Figura 6. Distribuição do número de óbitos casos confirmados acumulados, por data de notificação, entre os dez estados federados com maior número, em 29 de agosto de 2020



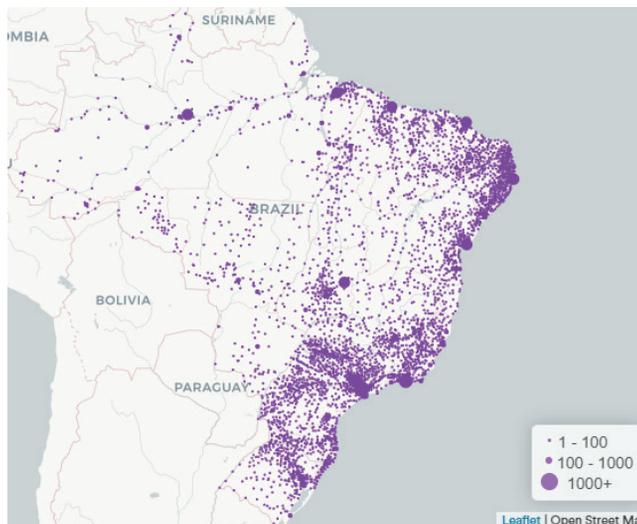
Fonte: Ministério da Saúde<sup>a</sup>.

Figura 7. Distribuição dos casos de covid-19 pelos municípios brasileiros, em 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Figura 8. Distribuição dos óbitos por covid-19 pelos municípios brasileiros, em 29 de agosto de 2020



Fonte: Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Nos meses de março e abril, o MS adotou medidas para a aquisição de EPI, ventiladores e demais equipamentos necessários à abertura de mais leitos hospitalares, sobretudo os de terapia intensiva, além de testes RT-PCR e testes sorológicos. Ocorre que, naqueles meses, havia forte demanda pelos mesmos produtos em escala mundial. O resultado foi que quase nada se conseguiu adquirir e, como consequência, equipes

de saúde muitas vezes sequer dispunham de EPI em quantidade suficiente ou do tipo adequado. Também o número previsto de novos leitos não se concretizou de imediato. Várias compras internacionais foram canceladas pelos fornecedores estrangeiros, em função da desregulação do mercado internacional e da demanda excessiva. Foi somente ao longo do tempo que estados, municípios e o próprio MS conseguiram adquirir tais produtos, seja por importação, seja pelo incremento da produção da indústria nacional.

## **Aspectos político-institucionais**

O Brasil dispõe de um sistema público de saúde, de acesso universal, graças à garantia constitucional que estabelece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Além disso, a Carta Magna dispõe sobre a autonomia dos entes subnacionais, a saber: 26 estados, 1 Distrito Federal e 5.570 municípios<sup>10</sup>. Posto isso, é mister que o Governo Federal busque um entendimento efetivo com os governos subnacionais na consecução de objetivos comuns e na promoção do bem-estar dos cidadãos. No que diz respeito à pandemia, houve um posicionamento conflitivo entre a Presidência da República e os Governadores de estados e do Distrito Federal, e ainda com os prefeitos municipais, que trouxe inegáveis prejuízos à coesão e à harmonia na definição e na aplicação de medidas efetivas no combate à pandemia. Enquanto a mais alta autoridade da República fechou-se em uma postura negacionista, minimizando a gravidade da situação e contradizendo, com palavras e ações, as orientações das autoridades sanitárias e da Organização Mundial da Saúde (OMS), governadores e prefeitos adotaram medidas de distanciamento social e outras mais, no sentido de tentar conter o avanço da doença.

Uma vez instalado o clima de conflito, foi preciso que o Supremo Tribunal Federal se manifestasse em favor da autoridade detida pelas esferas subnacionais. As dificuldades, entretanto, não pararam por aí. Ante as divergências sobre a condução do enfrentamento da pandemia, sobretudo relacionadas com o distanciamento social, entre a Presidência da República e o MS, o então Ministro Luiz Henrique Mandetta foi exonerado no dia 16 de abril. Nomeado para o cargo na mesma data, Nelson Teich não durou mais que 28 dias na função e apresentou sua demissão por não concordar com a imposição da prescrição da hidroxicloroquina como droga de eleição para a prevenção e tratamento da covid-19, como desejava o Presidente da República. Essa instabilidade no MS acentuou ainda mais a desagregação de esforços entre os diferentes níveis de

governo, em que pese a boa relação que se estabeleceu entre o Ministro interino da Saúde, General Eduardo Pazuello, sua equipe e os governos estaduais e municipais. Por outro lado, a suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo MS, assim como a mudança na forma de expor os dados, em desacordo com os padrões adotados mundialmente, levou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) a organizar imediatamente um painel próprio para compilação e divulgação dos dados, em seu portal eletrônico, lançado no domingo, dia 7 de junho, a partir das informações prestadas pelas secretarias estaduais de saúde (SES)<sup>9</sup>. Praticamente ao mesmo tempo, um consórcio de veículos de comunicação também passou a coletar e divulgar os dados informados pelas SES.

As posturas adotadas pela Presidência da República não contribuíram para o reforço de um discurso único e forte em favor das medidas que deveriam ter sido adotadas desde o início. Sua preocupação, manifestada reiteradas vezes pela imprensa, sempre foi com os aspectos econômicos negativos que uma paralização geral das atividades poderia acarretar. A par disso, passou a propalar que havia medicamentos eficazes não só para tratar, mas também para prevenir a doença, na contramão dos pareceres da OMS e das sociedades científicas brasileiras. A postura ambígua do Conselho Federal de Medicina reforçou as dúvidas da população, pois que, ao contrário de contraindicar uma terapêutica sem comprovada eficácia, deixou a prescrição à discricionariedade do médico assistente, desde que com a anuência do paciente. Assim, em um país onde o trabalho informal tem forte peso no sustento das famílias, não é difícil imaginar que as pessoas tenham sido atraídas pela ideia de que um distanciamento social, com interrupção das atividades comerciais não essenciais, não era a melhor opção.

O Congresso Nacional aprovou a Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre “medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”<sup>11</sup>. Além disso, votou, em tempo recorde, leis que permitiram ao Governo Federal socorrer os cidadãos com ajudas financeiras temporárias, de pequena monta, bem como repassar a estados e municípios recursos financeiros para auxiliá-los a dotarem-se dos meios de combate à doença e a manter a máquina pública em funcionamento, severamente afetada com a queda na arrecadação de impostos advinda com a paralização das atividades. Todavia, até o momento, a execução orçamentária ainda está muito abaixo do pretendido, e isso tem sido objeto de queixas de estados e municípios.

## **Vigilância, identificação de casos e medidas não farmacológicas de controle**

### *Medidas de prevenção e distanciamento social*

Desde o princípio, as orientações do MS à população foram claras no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus, tais como: a lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel; a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; o distanciamento social; o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e o hábito de manter a ventilação nos ambientes. A partir de abril de 2020, passou também a orientar sobre a conveniência do uso de máscaras de tecido, para atuarem como barreira à propagação do SARS-CoV-2<sup>4</sup>. Entretanto, como já salientado, a falta de uma coesão maior entre os governos federal, estaduais e municipais fez com que medidas fossem adotadas isoladamente por estados e municípios, muitos deles seguindo as recomendações da OMS e do MS, e outros não. A questão do distanciamento social, por exemplo, causou grande controvérsia, que culminou com a destituição de um ministro da saúde que o defendia como medida necessária, em colisão com o que pregava insistentemente o Presidente da República. Assim, houve estados e municípios que lograram boa adesão da população ao isolamento social, enquanto outros, mesmo com medidas judiciais que o impuseram, não obtiveram o sucesso pretendido. Fato é que, do ponto de vista da comunicação institucional, o Governo Federal, incluído o MS, nunca fez uma campanha midiática de incentivo ao distanciamento social.

Diante da indefinição do nível federal, Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) publicaram, no dia 25 de junho, o documento intitulado “Estratégia de Gestão – Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local”, destinado a orientar estados e municípios na avaliação de risco para a “adoção de medidas de saúde pública, no sentido de reduzir a velocidade de propagação da doença, para evitar o esgotamento dos serviços de saúde, especialmente de terapia intensiva”<sup>12</sup>.

### *Vigilância Epidemiológica*

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, criado em 2000 pelo MS, tinha como escopo inicial o monitoramento do vírus influenza, por meio da Vigilân-

cia Sentinela de Síndromes Gripais (SG). Em 2009, com a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, foi implantada a Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A partir da declaração, em 20 de março de 2020, de transmissão comunitária em todo o território nacional, optou-se por adaptar este sistema para “orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”<sup>13</sup>.

Assim, em 4 de abril, foi publicada a primeira versão do Guia de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de “orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação, notificação, registro, coleta de amostras, investigação laboratorial, manejo e medidas de prevenção e controle” para os vírus respiratórios “durante o período de abril a setembro de 2020”, com destaque para as definições operacionais para a vigilância da covid-19, como as definições de caso (SG e SRAG) e critérios para confirmação<sup>13</sup>.

Todavia, orientações mais claras relacionadas com os períodos de isolamento para cada caso – e, em especial, para a identificação, o rastreamento e o monitoramento de contatos –, só vieram a ser publicadas em 5 de agosto, com a publicação de nova versão, o Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019<sup>14</sup>. Nessa edição, também ocorreu uma ampliação dos critérios para confirmação de casos, incluindo-se, além de critério laboratorial e clínico-epidemiológico, situações que permitiriam a confirmação por critério clínico e de imagem ou somente clínico<sup>14</sup>.

Destaca-se que uma orientação clara em relação à vigilância de contatos teria sido fundamental já no início da pandemia, especialmente naquelas regiões onde ainda estavam ocorrendo os primeiros casos e que não poderiam ter sido caracterizadas em 20 de março como tendo transmissão comunitária<sup>7</sup>, de forma administrativa e sem base epidemiológica.

### *Vigilância Laboratorial*

Foram grandes as dificuldades com a testagem em massa da população, o que, atualmente, ainda não atingiu os níveis desejados. Inicialmente, houve falta de testes nos mercados nacional e internacional; de outro lado, ficaram patentes as deficiências dos laboratórios centrais das secretarias estaduais de saúde (Lacen), tanto em matéria de instalações e pessoal quanto pela ausência de estoques de materiais, máquinas e

reagentes necessários. Apesar das dificuldades relacionadas com a aquisição de insumos básicos, tanto para coleta dos exames como para a etapa inicial de processamento nos laboratórios (extração do material genético viral), dos mais de 2,1 milhões de testes realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até 15 de agosto, praticamente 72% foram realizados pelos laboratórios centrais de saúde pública, mantidos pelas SES ou por unidades de apoio sob sua coordenação<sup>i</sup>.

Para esse fim, foram mobilizados profissionais para reforço às equipes dos laboratórios; e em diversos estados, adquiridos equipamentos para sua automatização.

Tentou-se minimizar tais obstáculos com a instalação de centrais de testagem pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e por contratação do setor privado, mas ainda assim o volume de testes continua longe de ser o ideal.

Nos primeiros dias do mês de julho, a imprensa brasileira noticiava que

Mesmo contabilizando testes rápidos, ineficazes para o controle da epidemia de covid-19, o Brasil aplicou menos testes para detectá-la do que países menos afetados pela doença causada pelo novo coronavírus. Até a semana passada, segundo o Ministério da Saúde, o país realizou 13,7 testes para cada mil habitantes.

O Chile, que tem dez vezes menos mortes, testou quatro vezes mais. A Eslováquia, que notificou 28 mortes até agora, testou quase três vezes que o Brasil. A taxa de 13,7 testes por mil habitantes informada pelo ministério leva em conta, além dos testes rápidos, os exames do tipo RT-PCR — os mais adequados, que identificam a presença do vírus no organismo — processados em laboratórios públicos e privados.<sup>15</sup>

A despeito do progressivo, porém lento, aumento da testagem, os números disponíveis no portal eletrônico do MS, na data de 1º de setembro, são de 6.372.644 testes RT-PCR em um universo de pouco mais de 14,3 milhões de testes realizados<sup>16</sup>. Portanto, cerca de 8 milhões são representados por testes rápidos<sup>16</sup>, que não são o padrão-ouro para a identificação da doença. A consequência é que, sem testagem adequada, medidas precoces de isolamento, rastreamento e monitoramento de contatos ficam seriamente comprometidas em sua eficácia.

### *Sistematização das informações relativas ao progresso da pandemia*

Uma dificuldade encontrada na sistematização das notificações e na investigação dos casos suspeitos de covid-19 foi a utilização, no transcorrer da pandemia, de três sistemas para a vigilância epidemiológica em nível nacional, bem como a existência de

---

i. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Pública. Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Apresentação realizada em reunião técnica em 01/09/2020.

sistemas próprios desenvolvidos em alguns estados federados. A fim de evitar duplicidades e inconsistências, as SES têm coordenado o processo de sistematização e revisão dos dados, para o monitoramento dos casos e óbitos, além de apoiarem tecnicamente os municípios. O Conass também mantém, com base no estudo e método desenvolvidos pela organização global de saúde pública Vital Strategies, desde 3 de agosto, o “Painel sobre Excesso de Mortalidade por Causas Naturais”<sup>17</sup>. Elaborado a partir de estudo preparado por especialistas em epidemiologia, professores e pesquisadores de universidades, para acompanhamento dos impactos provocados pela pandemia da covid-19 no Brasil, a partir de seus efeitos diretos e indiretos, o painel relaciona o quantitativo de óbitos por causas naturais disponibilizado pelo Portal da Transparência do Registro Civil com a expectativa de óbitos para 2020 calculada a partir da série histórica de óbitos informados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre 2015 e 2019.

### *Planejamento das estratégias de vacinação*

O presidente da República assinou, no dia 6 de agosto, Medida Provisória (MP) que viabiliza recursos para a produção e aquisição da vacina contra a covid-19, produzida pelo laboratório AstraZeneca e pela Universidade de Oxford. A proposta prevê um crédito orçamentário extraordinário de R\$ 1,9 bilhão para que a Fiocruz possa dar início à produção do imunobiológico, em regime de transferência de tecnologia<sup>18</sup>. Estados e municípios, por meio da representação de seus gestores de saúde (Conass e Conasems), participam das discussões em conjunto com o MS visando ao estabelecimento dos grupos populacionais prioritários, e quanto ao planejamento e organização das estratégias de armazenagem, distribuição e aplicação da vacina, quando esta estiver disponível.

## **Aspectos assistenciais**

### *A atenção primária à saúde*

O início da pandemia cursou com a indisponibilidade de EPI para os profissionais de saúde na maioria dos municípios brasileiros, especialmente para aqueles que trabalham em serviços de atenção primária. Assim, assistiu-se a uma retração das atividades nesses serviços, com a recomendação de que as pessoas acometidas pela covid-19 em grau leve permanecessem em casa. Entretanto, progressivamente, à medida que esses equipamentos foram obtidos, os serviços retomaram seu ritmo de funcionamento. Po-

rém, havia a necessidade de capacitação dos profissionais, especialmente dos agentes comunitários de saúde, sobre medidas de proteção individual, transporte dos pacientes, como fazer encaminhamentos para redes de atenção especializada, e até como cuidar dos pacientes com doenças crônicas, durante período da pandemia. O Conass e o Conasems, mais uma vez, tomaram a liderança do processo e lançaram, em maio, o “Guia Orientador de Enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde”<sup>19</sup>, que compila rotinas e protocolos do MS, em uma linguagem clara e acessível, e que já se encontra em franca utilização em praticamente todo o território nacional.

É importante referir a contribuição da iniciativa Todos pela Saúde<sup>20</sup> (<https://www.todospelasaude.org/>), do setor privado, que contribuiu com o fornecimento de EPI, ventiladores, testes, e com oxímetros de pulso para as equipes de atenção primária em todo o Brasil, em um volume que superou a casa dos 110 mil aparelhos. Equipes de saúde voltadas especificamente à saúde indígena também foram contempladas, assim como as instituições de longa permanência para idosos.

### *Capacitação profissional*

Várias iniciativas de reforço do capital humano, quantitativa e qualitativamente, foram empreendidas, graças ao esforço do MS e das SES, especialmente por meio de suas escolas de Saúde Pública. Há que se destacar as parcerias com o Hospital do Coração, de São Paulo, que promoveu treinamentos e capacitação profissional para o manuseio de respiradores (ventilação mecânica), e com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nos cursos de prevenção e controle de infecções causadas pelo novo coronavírus, cuidados paliativos nas síndromes respiratórias agudas graves (SRAG), e doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes.

### *Assistência hospitalar*

No período de fevereiro a junho, houve um crescimento médio de 32,3% dos leitos clínicos, de acordo com os dados oficiais<sup>21</sup>. Em 11 Estados, o aumento foi maior do que média registrada no período. Em Pernambuco, Sergipe, Alagoas e Roraima, a variação foi superior a 50%. No mesmo período, houve um aumento médio de 51,5 % dos leitos de terapia intensiva adultos e infantis, sendo que, em 17 estados, o aumento foi superior à média. Até o mês de julho, mais de 21 mil leitos de terapia intensiva des-

tinados ao tratamento de pacientes com SRAG/covid-19 estavam em funcionamento, o que sinaliza um forte investimento tanto em estrutura quanto em equipamentos e recursos humanos.

Com a decisiva participação dos hospitais de excelência que integram o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), foi possível apoiar as equipes de saúde, sobretudo em ambiente hospitalar, por meio da telemedicina, em todo o Brasil, mas de modo especial nas regiões mais longínquas e com menor disponibilidade de recursos humanos.

### *Assistência farmacêutica*

Além da polêmica acerca do uso de drogas de eficácia não comprovada – tais como a cloroquina, a hidroxicloroquina e a ivermectina –, que acarretou e ainda mantém acesos debates acalorados sobre a matéria, em que pesem a falta de evidências científicas de seus benefícios e as notas oficiais de sociedades de especialidades médicas nacionais contraindicando seu emprego, seja na profilaxia, seja no tratamento, o país foi confrontado a um grave problema adicional: o da falta de medicamentos para a intubação orotraqueal necessários nas terapias intensivas e centros cirúrgicos. Desde o mês de abril, as SES alertaram o MS sobre as dificuldades na aquisição dos produtos; e, a despeito das ações empreendidas, tanto em nível nacional quanto internacional, ainda persistem a escassez e a insegurança quanto a ter estoques estáveis e suficientes, tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada.

## **Aspectos sociais, culturais e econômicos**

### *A resposta da comunidade científica nacional*

A comunidade científica nacional não se furtou, desde os primeiros momentos, em endossar e reforçar as orientações gerais da OMS e da Opas. Manifestou-se, em diferentes momentos, e por diversas formas, sobre a necessidade de que as decisões e práticas fossem baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Ao mesmo tempo, percebeu-se um incremento importante na pesquisa sobre a covid-19, sobretudo no âmbito das universidades públicas e instituições de pesquisa em saúde. Merecem destaque: i) a rapidez em estudar o genoma do SARS-CoV-2, ao mesmo tempo que estudos similares eram realizados por pesquisadores norte-americanos, europeus e asiáti-

cos, o que possibilitou a melhoria da acurácia de testes diagnósticos e o desenvolvimento de estratégias tecnológicas para novos testes; ii) os inquéritos sorológicos regionais e nacionais, fundamentais para conhecer o comportamento da pandemia no território brasileiro; iii) os diversos modelos matemáticos utilizados para a estimação de casos e de óbitos; iv) o trabalho de grande número de epidemiologistas no assessoramento dos gestores de saúde nas três esferas de governo; v) as pesquisas nas áreas das ciências humanas e sociais, que contribuíram para a compreensão de aspectos culturais associados a fatores de risco, as desigualdades econômicas, os fatores psicossociais relacionados com a pandemia e abordagens relativas à comunicação em saúde; vi) a pesquisa clínica, por meio de ensaios nacionais e internacionais em busca de medicamentos e produtos comprovadamente seguros e eficazes; vii) o desenvolvimento de protótipos de equipamentos de suporte ventilatório pelas áreas de engenharia em diferentes universidades e institutos tecnológicos<sup>6</sup>.

### *O impacto sobre a saúde indígena*

É reconhecida a vulnerabilidade da população indígena à pandemia, especialmente nos grupos isolados ou de contato mais recente. Isso demandou a adoção de medidas urgentes por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena do MS (Sesai), em articulação com estados e municípios e outros organismos, entre os quais, a Fundação Nacional do Índio (Funai), o Ministério da Cidadania e o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, especialmente depois do exigido pelo Supremo Tribunal Federal, em decisão unânime, no dia 5 de agosto. Isso configurou-se como um marco histórico, pois, pela primeira vez, os povos indígenas puderam propor uma ação judicial diretamente, por intermédio de uma associação<sup>22</sup>.

### *O impacto sobre as populações mais desfavorecidas e populações vulneráveis*

Estudos apontam uma maior letalidade entre negros quando comparada a pessoas brancas, em que pesem as falhas de registro do quesito raça/cor nos serviços de saúde. As desigualdades sociais entre os brasileiros têm-se refletido em um excesso de mortes entre os mais pobres e em populações vulneráveis, o que mantém estreita relação com determinação social do processo saúde-doença e na desigualdade de acesso a leitos hospitalares nas diferentes regiões do país<sup>6</sup>.

O percentual de pessoas desocupadas, subocupadas ou em trabalho informal cresceu e teve um severo impacto no comportamento da pandemia, dificultando sua adesão às diversas formas de quarentena, tão necessárias para mitigar os efeitos da pandemia. As medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas por um grupo enorme de brasileiros, representados pelos trabalhadores informais (cerca de 40 milhões), pelos desempregados (aproximadamente 13% da população), por trabalhadores autônomos (domésticas, carpinteiros, bombeiros, pintores, jardineiros, camelôs), entre outros. São milhões de brasileiros que, em geral, moram em grandes conglomerados, de casas precárias, nas periferias das grandes cidades, com grande dificuldade em ficar em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para comprar alimentos, pagar aluguel, água, energia elétrica etc. Por isso a importância da garantia de uma renda mínima, capaz de assegurar a subsistência dessas pessoas pelo tempo que for necessário.

### *Os impactos econômicos*

A pandemia não é, evidentemente, um problema exclusivo do setor da saúde, mas atinge e envolve todos os demais setores do governo, assim como a sociedade civil e os segmentos da economia. Estes não terão como garantir a renda do trabalho, impedido pelas medidas de distanciamento social e pelo adoecimento da população em diferentes proporções a depender da situação geográfica. Cabe, pois, ao Estado assegurar a manutenção de auxílios emergenciais acessíveis a todos que dele necessitem. Assim, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que estabelece os critérios para a concessão de auxílio financeiro emergencial durante o período da pandemia<sup>23</sup>.

Além disso, o isolamento social não provoca apenas repercussões sociais e psicológicas, mas também impacta fortemente o setor econômico. Além de cuidar do auxílio emergencial dos que dele necessitam, deve haver uma ampliação substancial dos gastos públicos capazes de garantir a assistência à saúde da população, especialmente quando sabemos do subfinanciamento crônico a que se encontra submetido o SUS<sup>24</sup>.

Neves et cols<sup>25</sup>, ao analisarem as repercussões econômicas e a eficácia das Medidas Provisórias de números 927 e 936, afirmam que

A grave crise econômica causada pela pandemia do novo coronavírus tem exigido uma atuação mais contundente do Estado, tanto na (re)organização e (re)orientação das atividades produtivas quanto para a manutenção do emprego e da renda nacional. O governo brasileiro vem tomando algumas medidas emergenciais, contudo – até o momento – tais

ações não indicaram haver um planejamento mais contundente e sistêmico para o enfrentamento da crise. Sobretudo, não foram anunciadas medidas efetivas voltadas para o setor produtivo. Em um primeiro momento, a postura adotada pelo governo brasileiro priorizou a geração de lucros das empresas, além de preservar relativa obsessão pelo “equilíbrio” orçamentário, conquistado por meio dos cortes do gasto público. Contudo, por não haver um planejamento mais abrangente, que pudesse conduzir a uma integração das áreas e/ou mesmo, a uma reorientação das atividades produtivas, o país segue sem rumo no enfrentamento da crise. No caso das medidas propostas pelas MP nº 927 e nº 936, pode-se dizer que elas têm facilitado a execução de diversas tarefas por trabalhadores de maneira remota, contribuindo para a manutenção do isolamento social. Contudo, as medidas também colaboram para promover a individualização das negociações entre empregadores e trabalhadores, o que pode gerar a precarização das relações de trabalho. Além de permitir a quebra de contrato de trabalho, redução salarial, retirada de comissões e insegurança do trabalhador, entre outros, o resultado destas medidas impacta diretamente sobre a massa de salários, que sofrerá redução e poderá condicionar à diminuição do consumo interno nacional. Contribui-se, portanto, para o estabelecimento de um círculo vicioso: em que o aumento do desemprego se traduz na queda da renda do consumidor que, por sua vez, gera redução no consumo, provocando menor nível da atividade econômica. O desfecho dessa dinâmica tende ser a depressão econômica, já estimada pelas principais organizações econômicas.<sup>25</sup>

A crise econômica e política que se abate sobre o Brasil, desde 2014, minou nosso potencial de crescimento e desmanchou os processos organizativos que davam a povo brasileiro uma ponta de esperança em dias melhores. Foi nesse cenário que a pandemia nos encontrou.

O SUS é subfinanciado desde a origem, e vê-se agora ainda mais ameaçado com o advento da Emenda Constitucional 95/2016 (Novo Regime Fiscal), que congelou o teto dos gastos por 20 anos, determinando que a correção do orçamento da saúde se dê apenas pela inflação do período, sem levar em conta o crescimento e o envelhecimento populacional, o incremento tecnológico e a inflação da saúde, sempre acima da média inflacionária. Segundo Fúncia<sup>26</sup>, “dependendo do cenário de projeção adotado, os recursos federais para o SUS cairão de 1,7% do PIB para 1% até 2036”.

O SUS é uma experiência exitosa de atuação interfederativa, que dispõe de instrumentos que permitem fazer uma gestão colegiada e participativa, com resultados positivos nessas três décadas de existência. Entretanto, do ponto de vista do financiamento, a retração continuada por parte do Governo Federal tem sacrificado estados e municípios, obrigando-os, na prática, a financiar a saúde com valores bem superiores ao determinado pela Constituição Federal (as receitas dos Estados (12%) e dos Municípios (15%) devem ser destinadas à saúde). A soma dos recursos dos entes subnacionais para a manutenção do SUS já ultrapassa 56% dos gastos públicos totais, retardando o crescimento do sistema de saúde e pondo em riscos programas exitosos. David Stucker afirma que “cortar despesas em saúde em tempos de recessão é um desastre tanto do ponto de vista humano quanto do financiamento. Os cortes aprofundam os

riscos de mais mortes, mais epidemias, surtos e infecções e mais desestruturação do país afetado”<sup>27</sup>.

Sabedores da necessidade do fortalecimento do SUS e para fazer frente ao enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, decorrente do coronavírus, o governo brasileiro enviou uma Medida Provisória ao Congresso Nacional, prontamente acatada pela casa legislativa; e criou uma ação orçamentária específica para alocação de recursos (ação 21CO). Essa alocação se deu por créditos extraordinários, e foi da ordem de R\$ 41,2 bilhões. Até a data de 25 de outubro de 2020, já havia sido utilizado (empenhamento e despesas) o montante de R\$ 31 bilhões (75,3%). Nesse mesmo período, o montante de R\$ 28,3 bilhões (68,7%) foi efetivamente gasto para o desenvolvimento das ações propostas.

## **Os desafios presentes e futuros para a redução das desigualdades**

Restam vários desafios, tanto no presente quanto no futuro. Urge superar a fragmentação das ações de enfrentamento à pandemia, por meio de um discurso único e de uma coordenação nacional efetiva, de modo sinérgico, cooperativo e solidário entre as esferas federal, estadual e municipal, contando também com o concurso imprescindível da sociedade civil organizada; é necessário otimizar o funcionamento e a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde; é preciso incrementar a capacidade dos laboratórios de saúde pública tanto para esta pandemia quanto para outras situações similares que certamente virão. Além disso, essa ação cooperativa entre os governos e sociedade deve ocupar-se da retomada do processo de fortalecimento do SUS, começando por organizar estratégias de incorporação da estrutura adicionada à existente, que, em boa hora, veio para suprir deficiências conhecidas até então.

Em consequência, no campo assistencial, é preciso planejar o funcionamento do SUS no pós-pandemia, quando haverá um enorme contingente de procedimentos a serem realizados, em função da suspensão de atividades ambulatoriais e hospitalares decorrentes da emergência de saúde pública instalada. Cabe destacar uma preocupação crescente com relação ao orçamento da saúde para 2021, em razão dos elementos já apontados, bem como do subfinanciamento crônico do SUS e da sobrecarga sobre estados e municípios no seu custeio cotidiano. Por fim, resta talvez a maior das empreitadas: aquela de combater as desigualdades sociais e econômicas, geradoras de situações de adoecimento, que impõem um pesado fardo às parcelas mais vulneráveis da população.

## Referências

1. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 18];23: e200032. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>.
2. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 18];395(10228):931-4. Available from: [https://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
3. Santos JV, Fachin P. Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck. *IHU On-Line* [Internet]. 2020 [citado 2020 abr. 8]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>
4. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 18];29(2):e2020044. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. ISSN 2237-9622.
5. Tavares AB, Silveira F, Paes-Sousa F. Proteção social e COVID-19: a resposta do Brasil e das maiores economias da América Latina. *Nau Soc* [Internet]. 2020 [citado 2020 set. 1];11(20)111-29. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36599/21017>
6. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Entidades apresentam Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19 ao Ministério da Saúde e ao Conass [Internet]. *Abrasco*, 24 jul 2020 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/entidades-apresentam-plano-nacional-de-enfrentamento-a-covid-19-ao-ministerio-da-saude-e-ao-conass/50587/>
7. 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.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass Covid-19 [Internet]. [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

10. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: [http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_15.12.2016/art\\_18\\_.asp](http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_18_.asp).
11. 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.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estratégia de Gestão – Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2020 ago.18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Estrate%cc%81gia-de-Gesta%cc%83o-Covid-19-1.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019 - Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas, Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Brasília: DF; 3 abr. 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas - COVID-19. Brasília: DF; 5 ago. 2020.
15. Pessoa GS. Mesmo inflando dados, Brasil é um dos países que menos testa para covid-19 [internet]. Notícias UOL; 3 jul. 2020 [citado 2020 ago. 18]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/03/mesmo-com-testes-rapidos-brasil-testa-menos-que-paises-menos-afetados.htm>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Covid-19 – Testes [Internet]. [citado 2020 set. 10]. Disponível em: [https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19Insumos\\_TESTES/DEMAS\\_C19Insumos\\_TESTES.html](https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_TESTES/DEMAS_C19Insumos_TESTES.html)
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020 [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Presidente assina Medida Provisória que garante produção de vacina contra a Covid-19 [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47321-presidente-assina-medida-provisoria-que-garante-producao-de-vacina-contr-a-covid-19>.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde [Inter-

net]. Brasília; 2020 [citado 2020 ago. 19]. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>

20. Brasil. Todos pela Saúde [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em <https://www.todos-pelasaude.org/>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [citado 2020 ago. 19]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

22. Brasil. Terra de Direitos. Em julgamento histórico no STF, indígenas conquistam direito à saúde para enfrentar a pandemia [Internet]. Assessoria de comunicação Terra de Direitos; 5 ago 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/em-julgamento-historico-no-stf-indigenas-conquistam-direito-a-saude-para-enfrentar-a-pandemia/23441>

23. Brasil. Lei 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 2 ab. 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>

24. Fernandes GAAL, Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Rev Adm Pública [internet]. 2020 [citado 2020 ago. 20];54(4):595-613. ISSN 1982-3134. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81875>

25. Neves EF, Oliveira SV, Pauli RIP. As medidas governamentais de enfrentamento ao desemprego no Brasil em razão da Covid-19 [Internet]. Universidade Federal de Santa Maria, Observatório Socioeconômico da Covid-19; 9 jul 2020 [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: <https://www.ufsm.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/820/2020/07/Textos-para-Discussao-11-Medidas-de-Enfrentamento-ao-Desemprego.pdf>

26. Funcia FR. Efeitos negativos da Emenda Constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 no Ministério da Saúde. Domingueira [Internet]. 7 fev 2020 [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-07-fevereiro-2018?lang=pt>

27. Biderman I. 'Austeridade em saúde é uma falsa economia', diz professor de Oxford [Internet]. Folha de São Paulo. 2020 jun. 17 [citado 2020 ago. 29]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2016/06/1782506-austeridade-em-saude-e-uma-falsa-economia-diz-professor-de-oxford.shtml>