

RESPOSTAS À PANDEMIA E A ESTRATÉGIA BRASILEIRA

RESPONSES TO THE PANDEMIC AND THE BRAZILIAN STRATEGY

Carlos Luiz Strapazgon¹

RESUMO: Uma das coisas aprendidas com a pandemia do coronavírus é que nenhum país pode negligenciar investimentos em políticas públicas e instituições aptas a ajudar governos e sociedade em situações emergenciais, não podem hesitar nos investimentos contínuos em ciência, tecnologia e conhecimento, orientações da ciência e da OMS – Organização Mundial da Saúde. O caso da resposta brasileira também ensina muito. Na primeira parte, este trabalho apresenta e discute as estratégias da Coreia do Sul, da Alemanha e da Suécia. Depois, são analisados atos normativos editados pela União Federal, na forma de Emendas à Constituição, Leis Complementares, Leis Ordinárias, Medidas Provisórias e Decretos em busca de compreensão quanto às principais linhas de ação adotadas pelo Brasil. Os dados e fatos analisados neste estudo mostram que o governo federal do Brasil tem uma estratégia de resposta à pandemia. As linhas gerais das ações adotadas pelo Ministério da Saúde mostram que a resposta brasileira é bem diferente das adotadas pela Coreia do Sul, pela Alemanha e pela Suécia. A estratégia brasileira de resposta à pandemia priorizou a segurança social de renda e não as ações de serviços e produtos de saúde.

Palavras-chave: covid19; política pública de segurança social; Brasil.

ABSTRACT: One of the things learned from the coronavirus pandemic is that no country can neglect investments in public policies and institutions able to help governments and society in emergency situations, can not hesitate in continuous investments in science, technology and knowledge, guidelines from science and WHO - World Health Organization. The case of the Brazilian response also teaches a lot. In the first part, this work presents and discusses the strategies of South Korea, Germany and Sweden. Afterwards, normative acts edited by the Federal Union are analyzed, they are Amendments to the Constitution, Complementary Laws, Ordinary Laws, Provisional Measures and Decrees with the aim of understanding the main lines of action adopted by Brazil. The data and facts analyzed in this study shows the federal government of Brazil has a strategy to respond to the pandemic. The broad lines of action show that it is quite different from those adopted by South Korea, Germany and Sweden. Brazil's pandemic response strategy has prioritized income social security rather than health services and products.

Keywords: covid19; public policy on social security; Brazil.

¹ Pós-Doutor em Direitos Fundamentais pela PUC-RS. Doutorado em Direito pela UFSC. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito (Doutorado e Mestrado) da UNOESC (Chapecó/SC). Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito (Mestrado) da Universidade Positivo.

1 INTRODUÇÃO

As análises comparadas da evolução da pandemia da COVID19 mostram que algumas estratégias oferecem melhores resultados do que outras. No momento do fechamento da pesquisa que deu origem a este trabalho (30 de julho de 2020) as evidências² conhecidas do primeiro semestre de 2020, baseadas em dados fornecidos pelos países, mostram que havia 36 países que mereciam atenção, pois durante a primeira onda adotaram medidas adequadas e sociedade respondeu bem.

Numa visão panorâmica, podemos dividi-los em dois grupos. Um é formado por 17 países que tiveram pleno êxito em lidar, rápida e consistentemente, com a crise. Todos apresentaram curvas com baixo índice de novas contaminações diárias e com indicação de tendência de estabilidade: Brunei, Dominica, Estônia, Finlândia, Hungria, Islândia, Irlanda, Jamaica, Latvia, Ilhas Mauricio, Nova Zelândia, Nigéria, Noruega, San Marino, Taiwan, Tailândia, Timor Leste.

Havia um segundo grupo³ formado por 19 países que deu sinais de controle da situação. A evolução de casos e óbitos respondeu muito bem, embora não tão rapidamente quanto o primeiro grupo. Destacaram-se: Bielorrússia, China, França, Alemanha, Itália, Paquistão, Catar, Coreia do Sul, Portugal e Suécia.

Todos os demais países estavam atrasados e tiveram dificuldades especiais para controlar a circulação do vírus e a taxa de mortalidade. Dentre estes, houve alguns casos extremos, mais preocupantes, por diferentes razões. O caso da Austrália, porque enfrentou antes uma grande segunda onda de novas contaminações; o do Brasil e dos EUA, pelo menosprezo presidencial e pelas crises políticas entre Presidência da República, agências de saúde e imprensa.

Dentre os países que merecem atenção e estudo, elegi a Coreia do Sul, a Alemanha e a Suécia. Parece-me que as diferentes respostas desses países, o contexto e também algumas semelhanças com o Brasil, podem ser úteis para pensar o modelo de resposta do Brasil. O critério que adotei para selecionar esses 3 países foi o seguinte: aprendizado com tragédias passadas, bom uso da tecnologia da informação, da ciência e de um sistema público de saúde e, por fim, competência para preparar um país inteiro para lidar eficientemente com uma grave crise de escala nacional, sem abrir mão de fundamentos da democracia e de liberdades individuais.

Antes da COVID19, a Coreia do Sul teve uma experiência traumática com a epidemia MERS, em 2005. E aprenderam muito com a tragédia. A resposta da Coreia do Sul à pandemia da COVID19 ensina a importância de adaptações e mudanças na política pública de saúde. A Alemanha é outro país com aprendizado duríssimo de enfrentamento a emergências nacionais. Desde que se recuperou dos estragos monumentais da II Guerra, mantém protocolos nacionais de resposta a situações emergenciais. A resposta da Alemanha ensina que todos os países devem estar prontos para emergências de grande escala. A resposta da Suécia ensina a ver como uma resposta bem-sucedida pode depender – e muito – da cultura local, dos costumes e da forma como governo e sociedade dialogam e tentam evitar, a todo o custo, restrições a liberdades individuais.

Uma das coisas aprendidas na análise desses três casos é que todos eles assumem

2 Ver End Coronavirus. Disponível em: <https://www.endcoronavirus.org/countries>. Acesso em: 30 jul. 2020.

3 Ver End Coronavirus. Disponível em: <https://www.endcoronavirus.org/countries>. Acesso em: 30 jul. 2020.

que um país não pode negligenciar investimentos em políticas públicas e instituições aptas a ajudar os governos e a sociedade em situações emergenciais; não podem hesitar nos investimentos contínuos em ciência, tecnologia e conhecimento, nem as orientações da ciência, e também que devem colaborar com a OMS – Organização Mundial da Saúde em momentos de crise global.

O caso da resposta brasileira também ensina muito. Na primeira parte deste trabalho, apresento e discuto as estratégias da Coreia do Sul, da Alemanha e da Suécia. Depois, analiso os atos normativos editados pela União Federal, na forma de Emendas à Constituição, Leis Complementares, Leis Ordinárias, Medidas Provisórias e Decretos em busca de compreensão quanto às principais linhas de ação adotadas pelo Brasil.

O problema principal da pesquisa que deu origem a este trabalho pode ser formulado com a seguinte pergunta: afinal, qual é a estratégia brasileira de enfrentamento à pandemia da COVID19? Não se trata, portanto, de um estudo da eficácia da estratégia. Antes é um esforço para entender se existe alguma estratégia por detrás das ações efetivamente tomadas pelo Ministério da Saúde do Brasil durante o primeiro semestre de 2020.

Toda a pesquisa deste trabalho baseia-se na coleta de dados e informações primárias disponíveis na internet. Trata-se do resultado parcial de um amplo estudo de mapeamento e comparação de estratégias de enfrentamento da pandemia. A explicação da estratégia brasileira decorre da análise direta das informações diárias disponibilizadas pela página oficial do Ministério da Saúde, particularmente notícias e discursos oficiais dos Ministros da Saúde. O estudo se apoia também em informações disponibilizadas por *sites* especializados na observação nacional e internacional da pandemia, em análise de normas jurídicas editadas pelo Estado brasileiro e em relatórios técnicos. A interpretação dos dados e informações é inédita e não coincide, necessariamente, com a versão oficial do Estado brasileiro.

2 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA COREIA DO SUL

A OMS anunciou que havia epidemia na China, que era algo sério e o governo Coreano iniciou a tomada de decisões preventivas. Ativaram, imediatamente, a emergência para controle de entrada de turistas e cidadãos vindos da China. Além disso, ativaram o sistema público de saúde para o nível de emergência. A Coreia do Sul conta com um estruturado sistema nacional de saúde para ações preventivas e hospitais para acolher doentes de pandemias. Depois, incrementaram investimentos e cuidados com testes em larga escala, liberaram autorização e kit de testes coletivos assumindo que não adianta testar individualmente quem chega no hospital. A preocupação com esse tipo de testagens era entender, o mais rápido possível, o movimento das pessoas e a progressão das infecções. Até criaram um padrão próprio para testes e evitaram a dependência de dispositivos ou insumos importados.

Um outro aspecto destacado do modelo coreano de enfrentamento da pandemia diz respeito às liberdades individuais. Diminuíram as liberdades individuais, porém, sem *lockdown*. A política pública foi baseada em intensa orientação para manter distanciamento social, com apoio na tecnologia de informação produzida por empresas nacionais. Criaram e usaram *APPS* que foram baixados para aparelhos celulares e com isso conseguiram mapear, meticulosamente, a mobilidade humana. A política de distanciamento gerou conflitos, obviamente. Um deles foi com líderes de igrejas (especialmente da *River of Grace Community Church*) que insistiu em fazer cultos com aglomerações. Não houve proibição a cultos, mas as igrejas tiveram de informar quem os frequentava para que o rastreamento pudesse ser realizado como previsto. Depois o governo divulgou o número de infectados vinculados a essa igreja.

Assumiram também que uma epidemia precisa de informações precisas e bem difundidas, em larga escala. Para isso, cuidaram, muito, da liberdade de imprensa e da boa relação entre governo e imprensa.

Outro pilar da estratégia coreana foi estimular a solidariedade: pediram doações de máscaras para apoiar o trabalho dos profissionais da saúde e a sociedade respondeu. Um lema difundido na Coreia do Sul é que a saúde de todos vem em primeiro lugar.

Algumas particularidades da Coreia do Sul favorecem essa estratégia. A tolerância com o mapeamento meticuloso de dados pessoais e uma população dotada de habilidades e recursos para lidar com novas tecnologias. Além disso, um sistema de saúde dotado de poderosa capacidade de armazenar e analisar dados que orientam a tomada de decisões, em especial as decisões preventivas, mas também suficiente para orientar a reabertura e a retomada da normalidade, sem riscos graves de novas ondas de contaminação.

O número diário de óbitos por COVID19 nunca chegou a 15 num só dia. O máximo de óbitos diários registrados na Coreia do Sul foi de 13, no meio de dezembro. Nunca foi maior do que 11, de 01 de março a 13 de dezembro.

A Coreia do Sul venceu a epidemia da MERS e estão vencendo a da COVID19. Reconhecem, porém, que a luta contra epidemias não acabou. Estão se preparando para outras.⁴

3 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA ALEMANHA

O caso da Alemanha também é importante de ser analisado, sobretudo porque é um país que, como Brasil, adota a forma federativa de Estado, com 16 unidades subnacionais autônomas e aproximadamente 400 unidades locais de governo.

A Alemanha não tomou medidas extraordinárias para lidar com a pandemia da COVID19. Durante o primeiro semestre, revelou-se um país preparado para situações de emergências, com protocolos nacionais claros, com sistema hospitalar eficiente e com recursos financeiros, humanos e tecnológicos adequados. Apenas aplicou seu protocolo padrão, o Plano Nacional de enfrentamento a pandemias para lidar com emergências desse tipo. A estratégia de resposta foi baseada em alto nível de testagens⁵, o maior da Europa, com atenção especial a pessoas idosas – o que explica a baixa letalidade nesse público – e uso eficiente do sistema hospitalar. A gestão centralizada de dados e informações, a partir do *Robert Koch Institute*⁶ (RKI) e uma rede de instituições parceiras, favoreceu o processo de tomada de decisões, como, por exemplo, a mobilização de laboratórios públicos e privados para elevar o nível de testagens, particularmente a testagem do tipo PCR – que foi a mais importante na estratégia da Alemanha. Foi muito importante a comunicação eficiente com o público, seja dos diagnósticos, seja das medidas adotadas, que foram muito diferentes nas diferentes regiões do país.

Em abril a Alemanha viveu o pico de contaminação com mais de 100 óbitos por dia, chegando a 248 óbitos no dia 21 de abril. A partir maio os números foram reduzidos e 18 de maio de 2020 começou a registrar menos de 50 óbitos por dia, e a partir de 08 de junho,

4 Mais detalhes sobre a estratégia coreana, ver, Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS, *Our World in Data*, University of Oxford. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-koreaver>. Acesso em: 15 jul. 2020. Ver também, Korea's national response to COVID-19 outbreak. Disponível em: <http://www.korea.net/Government/Current-Affairs/National-Affairs?affairId=2034>. Acesso em: 15 jul. 2020.

5 Ver ECKNER, C. How Germany has managed to perform so many Covid-19 tests. *The Spectator*. April 6, 2020. Disponível em: <https://www.spectator.co.uk/article/how-germany-has-managed-to-perform-so-many-covid-19-tests>. Acesso em: June 1, 2020.

6 Ver Robert Koch Institute. *Contribution to the COVID-19 response*. Disponível em: https://www.rki.de/EN/Content/Institute/International/COVID_ZIG_en/COVID_ZIG_node_en.html. Acesso em: 6 jun. 2020.

menos de 20 óbitos por dia. Até 15 de outubro não houve mudanças. O quadro começou a piorar a partir 04 de novembro, quando os óbitos diários voltaram a superar a casa de 100, indicando a chegada de uma preocupante segunda onda. Esse quadro permitiu à Alemanha retornar à normalidade a partir de maio. O plano de volta foi estruturado em monitoramento de dados e informações epidemiológicas a partir do *RKI*, entidade frequentemente citada pela Chanceler Angela Merkl, a fim de controlar os riscos de segunda onda de contaminações. Muito embora a segunda onda tenha impactado mais gravemente do que o esperado, ainda assim o caso da Alemanha é exemplar⁷, dada a dimensão populacional (aproximadamente 80 milhões de habitantes) e a complexidade do sistema político (democracia parlamentar e um estado federativo).

4 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA SUÉCIA

Na Suécia os números⁸ de infecções e óbitos cresceram mais do que o esperado até fins de abril, começando a cair, lentamente, a partir de maio e junho. Os mais atingidos foram idosos. Para responder à evolução da pandemia, restrições importantes de mobilidade humana foram estabelecidas, como no caso de viagens de estrangeiros para a Suécia, com algumas exceções para países selecionados, junto com a proibição de visitas sociais a locais onde vivem pessoas em situação especial de risco, como lares de idosos e enfermarias. Foram proibidas aglomerações com mais de 500 pessoas e, em seguida, com mais de 50 pessoas⁹. Sempre com a lembrança de que “é crime espalhar doença”. O governo também intensificou advertências a idosos com mais de 70 anos, para que ficassem em casa e evitassem contatos sociais.

O caso das escolas é um dos mais controversos e interessantes. A Suécia considerou uma parte muito importante de sua estratégia a decisão de não interromper atividades de escolas infantis e de educação primária. Quanto ao ensino médio, determinou restrições de distanciamento nas escolas e fechamento parcial de universidades. No caso das escolas infantis e de educação primária, a razão para não impedir o funcionamento é o seguinte.

Muito cedo descobrimos que crianças na faixa etária de frequentar jardim da infância e ensino primário não são os agentes transmissores desta pandemia. Elas não ameaçam a saúde de seus pais ou de adultos que as cercam porque não expõem vírus como ocorre, por exemplo, no caso da influenza. É por isso que decidimos orientar a educação infantil e a educação primária para permanecerem abertas¹⁰.

Empresas permaneceram em funcionamento com os cuidados sanitários e – se possível – com trabalho remoto, particularmente nas áreas de maior nível de incidência do vírus. Todo o setor de alimentos e bebidas foi autorizado a operar, mas sem aglomerações, sob pena de serem fechados. Quanto aos cidadãos em geral, a recomendação foi para que permanecessem

7 Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment. *Our World in Data*, University of Oxford, Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>. Acesso em: 25 jul. 2020.

8 Ver, University of Oxford. *Our World in Data*. Emerging COVID-19 success story: Sweden: Coronavirus Pandemic Country Profile. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/sweden?country=~SWE>. Acesso em: 28 jul. 2020.

9 Polimap Covid19. Interventions to reduce virus transmissions (Flatten the curve): Sweden. Disponível em: <https://polimap.org/sweden/>. Acesso em: 27 jul. 2020

10 Esta afirmação consta do vídeo *The Swedish strategy against Covid-19*, apresentado por Johan Carlson, Diretor Geral da Agência de Saúde Pública da Suécia, exibido em 12 de junho de 2020, durante a explicação da estratégia sueca de resposta à pandemia. O comunicado de Johan Carlson pode ser visto a partir do minuto 2:06, logo após a apresentação da Ministra da Saúde e assuntos sociais, Lena Hallengren. Disponível em: <https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-information-on-the-new-coronavirus>. Pode ser visto no YouTube também, em: <https://www.youtube.com/watch?v=svlHD2mpk9k>. Acesso em: 01 ago. 2020.

em casa, realizando os cuidados de higiene pessoal, mesmo no caso de sintomas leves.

Em avaliação mais recente, reconheceram que estavam falhando em relação às casas de asilo, mas não em relação à estratégia de reação lenta, flexível, de monitoramento preciso e de corresponsabilidade. A Suécia buscou, a todo custo, medidas que evitassem o *lockdown*. A legislação proíbe *lockdown* e aprovar leis que mudem isso, por lá, é mais difícil do que mudar a Constituição no Brasil.

De 02 de abril a 23 de maio, a Suécia registrou mais de 50 óbitos diários, chegando a 98 no dia 15 de abril. De 24 de maio até 29 de julho, os óbitos diários caíram progressivamente da casa dos 50 para 3. E até 10 de novembro não houve retrocessos. Só no início de dezembro, durante a segunda onda, os óbitos diários voltaram a subir, mas não chegaram a 70.

A Suécia tem uma tradição de responsabilidade individual, confiança nas agências de Estado e abundância de hospitais. Além disso, as autoridades sanitárias emitem comunicados diários sobre o comportamento social e os dados da pandemia.

5 O CASO DO BRASIL: UMA TEIA DE FATOS QUE INDICAM UMA PROVÁVEL ESTRATÉGIA

A análise que ofereço a seguir é a primeira versão de um esforço interpretativo progressivo de atos normativos e comunicados oficiais publicados pela União Federal em resposta à pandemia do coronavírus. Ainda não é uma análise detalhada de todos os aspectos jurídicos desses atos ou das informações disponíveis. O que foi possível apresentar aqui são os resultados parciais da pesquisa em andamento sobre Segurança Social e o direito na pandemia que desenvolvo no PPG da Unoesc e também no PPG da Universidade Positivo. Minha análise é baseada nos atos e decisões oficiais adotadas a partir de fevereiro de 2020 até 30 de julho de 2020.

04.01

OMS RECONHECE O NOVO CORONAVIRUS

Primeiro Comunicado¹¹ da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o novo coronavírus.

10.01

ACIONADO O COMITÊ DE MONITORAMENTO

O Ministério da Saúde do Brasil acionou o Comitê de Monitoramento do novo coronavírus. Nessa mesma data a China divulga¹² o código genético do novo Coronavírus.

27.01

PRIMEIRO CASO SUSPEITO

Primeiro caso suspeito¹³ no Brasil é detectado no estado de Minas Gerais

30.01

OMS DECLARA EMERGENCIA INTERNACIONAL

A Organização Mundial da Saúde declarou¹⁴ situação de Emergência Internacional

11 Ver WHO. #China relatou à OMS um grupo de #pneumonia casos —sem mortes— em Wuhan, província de Hubei Bandeira da China. As investigações estão em andamento para identificar a causa desta doença, 04.01.2020. Disponível em: <https://twitter.com/WHO/status/1213523866703814656?s=20>. Acesso em: 06 jul. 2020.

12 Ver, Center for Infectious Disease Research and Policy. China releases genetic data on new coronavirus, now deadly. University of Minnesota. Disponível em: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/china-releases-genetic-data-new-coronavirus-now-deadly>. Acesso em: 26 jul. 2020.

13 Ver *Revista Veja*. Ministério da Saúde investiga caso suspeito de coronavírus em Minas, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/ministerio-saude-investigacao-coronavirus/> Acesso em: 23 jul. 2020.

14 Ver https://www.who.int/diagnostics_laboratory/EUL/en/. Acesso em: 25 jul. 2020.

03.02

BRASIL DECLARA EMERGÊNCIA

Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020¹⁵ do Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)

05.02

COMEÇAM REUNIÕES ENTRE MS, CONASS E CONASEMS

Ministério da Saúde se reúne com secretários estaduais de saúde para analisar primeiras ações sobre o novo coronavírus.

06.02

LEI GERAL DA PANDEMIA

Lei nº 13.979¹⁶, de 6 de fevereiro de 2020, dispôs sobre medidas que podem ser adotadas pela União, Estados e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública

13.02

PLANO DE CONTINGÊNCIA

Ministério da Saúde publica o Plano¹⁷ de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID

25.02

PRIMEIRO CASO EM SÃO PAULO

Identificado o primeiro¹⁸ caso de coronavírus, em São Paulo, no Hospital Albert Einstein.

27.02

VACINAÇÃO INFLUENZA

Ministério da Saúde decide antecipar a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza

28.02

COMEÇA A CAMPANHA PREVENTIVA COVID19

Inicia campanha publicitária de prevenção ao coronavírus

29.03

FLUXOGRAMA ESPECIAL NA REDE SUS

Foi criado um novo fluxo¹⁹ de dados sobre COVID, partindo de Municípios para Estados e Ministério da Saúde

15 Ver, União Federal. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 25 jul. 2020.

16 Ver, União Federal. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 28 jul. 2020.

17 Ver, União Federal. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. fev. 2020. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

18 União Federal. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020.

19 União Federal. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46459-ministerio-da-saude-adota-novo-fluxo-de-consolidacao-de-casos-de-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020.

02.03

COMEÇA A TESTAGEM

SUS anuncia distribuição de 30 mil kits para teste de COVID19.

10.03

REDE SUS CAPACIDA UNIDADES DE SAÚDE

SUS anuncia²⁰ 42 mil postos de saúde capacitados para atender COVID19, dentre as quais, 6.700 seriam unidades com atendimento 24h.

11.03

OMS ANUNCIA A PANDEMIA

A OMS declarou²¹ que o surto de coronavírus era, a partir desta data, considerada uma pandemia. Havia registro de 118.000 casos em 114 países e 4.291 mortes.

5.000 MÉDICOS NO BRASIL

Ministério da Saúde anuncia²² que vai convocar 5.000 médicos para a atenção primária (preventiva) em saúde pública.

17.03

PRIMEIRO ÓBITO NO BRASIL

Nesta data foi registrado o 1º (primeiro) óbito²³ de Covid19 no Brasil, no município de São Paulo, SP. É o 22º dia desde a notícia do primeiro contágio. Para simplificar a análise progressiva de casos e óbitos, elaborei a Tabela 1, a seguir, que informa datas em que se verificaram dobragens de casos e óbitos, com algumas anotações sobre a crise sucessória de Ministros da Saúde.

TABELA 1. BRASIL. CASOS E ÓBITOS, mar./jul. 2020

DATA	CASOS	ÓBITOS	
17.03		1	
21.03	1.000		
24.03	2.000		
28.03		98	Começa a atualização de dados em plataforma on line do Ministério da Saúde
29.03	4.000	125	
02.04		250	
03.04	8.000		

20 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46522-90-dos-casos-de-coronavirus-podem-ser-atendidos-nos-postos-de-saude>. Acesso em: 25 jul. 2020.

21 Ver, WHO. 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>. Acesso em: 25 jul. 2020.

22 Ver, <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministerio-da-saude-vai-convocar-5-mil-medicos-para-atencao-basica-1-24298892>. Acesso em: 25 jul. 2020.

23 Ver *Jornal "O GLOBO"*. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/sao-paulo-registra-primeira-morte-por-covid-19>. Acesso em: 15 jul. 2020.

06.04		500	Imprensa divulga ameaça de exoneração do Min. da Saúde, Luiz Henrique Mandetta
09.04	16.000		
10.04		1.000	
16.04			Exoneração de Luiz Henrique Mandetta do cargo de Ministro da Saúde
17.04	32.000	2.000	Nelson Teich toma posse como o Ministro da Saúde
25.04		4.000	
27.04	64.000		
06.05		8.000	
07.05	128.000		
09.05		10.000	
15.05			Nelson Teich pede exoneração do cargo de Ministro da Saúde
16.05			General Eduardo Pazuello assume, interinamente, as funções de Ministro da Saúde
18.05	256.000		
21.05		20.000	
31.05	512.000		
11.06		40.000	
19.06	1.024.000		
18.07	2.048.000		
20.07		80.000	
30.07	2.610.583	91.310	General Eduardo Pazuello permanece, interinamente, nas funções de Ministro da Saúde

Fonte: <https://www.dadostransparentes.com.br/index.php>. Acesso em: 30 jul. 2020. Elaborado pelo autor.

18.03

EXAMES RT-PCR EM 26 LACEN

Ministério da Saúde anuncia²⁴ que todos os laboratórios centrais (LACEN) do país estão aptos realizar exame para COVID19.

18.03

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE E LIMITES PARA GASTOS PÚBLICOS (I)

Mensagem²⁵ n.93 do Presidente da República ao Congresso Nacional pede reconhecimento da situação de Calamidade para fins de flexibilizar as regras fiscais que limitam as despesas correntes e de capital previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal (LCp 101, 04 maio 2000).

20.03

TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA

Portaria n. 454 do Ministério da Saúde declarou²⁶ o estado de transmissão comunitária nacional.

24 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46555-todos-os-laboratorios-publicos-do-pais-podem-realizar-exame-para-coronavirus>. Acesso em: 24 jul. 2020.

25 Ver, União Federal. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2239602>. Acesso em: 22 jul. 2020.

26 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Portaria 454, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 21 jul. 2020.

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE E LIMITES PARA GASTOS PÚBLICOS (II)

O Congresso Nacional reconheceu, nessa mesma data, a situação de calamidade para fins da Lei de Responsabilidade Fiscal e foi publicado o Decreto Legislativo n.6.²⁷

COMPRAS PÚBLICAS EMERGENCIAIS

Nessa data, o Presidente da República também editou a MP n. 926, que alterou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos especiais de compras públicas de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Editou também o Decreto Presidencial n.10.282²⁸, para definir serviços públicos e atividades essenciais.

23.03

INFLUENZA. INÍCIO DA VACINAÇÃO MASSIVA DE IDOSOS

Nesse dia foi publicada a Medida Provisória n. 928, que alterou a Lei de Transparência²⁹. Autorizou autoridades públicas a priorizar respostas a informações sobre COVID19, suspendeu prazos para respostas de outros temas e gerou grande polêmica.

26.03

PROTOCOLO DE VELÓRIOS E ENTERROS

Ministério da Saúde publicou o protocolo³⁰ de velórios e enterros em caso de COVID19.

27.03

FIOCRUZ

Fiocruz recebeu R\$144 milhões para ampliar Centro Hospitalar com 200 leitos especializados para COVID19.

28.03

BASES DE DADOS

Começa a atualização de dados em plataforma on line, mantida pelo Ministério da Saúde. Número de óbitos: 98 confirmados.

30.03

INFLUENZA

Ministério da saúde divulga que 8,7 milhões de idosos foram vacinados.

02.04

MÁSCARAS

Ministério da Saúde recomenda fazer máscaras³¹ em casa e sair de máscara.

27 Ver União Federal. Congresso Nacional. Decreto Legislativo n.6. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 21 jul. 2020.

28 Ver União Federal. Presidência da República. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

29 Ver União Federal. Presidência da República. Medida Provisória nº 928, de 23 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv928.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

30 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus, Brasília/DF Versão 1. Publicada em 25/03/2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

31 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contra-o-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020.

MAIS DE 5.000.000 DE PROFISSIONAIS DA SAUDE

Ministério da Saúde anuncia que 5 milhões³² de profissionais de saúde, de 14 áreas de atuação, seriam cadastrados e capacitados para enfrentar a pandemia. O Ministério da Saúde também publicou a Portaria nº 639³³, de 31 de março de 2020, que dispôs sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).

Em 30 de julho de 2020, o número de profissionais da saúde oficialmente registrados na base “Covid19 – Profissionais da Saúde”, do SUS/MS indicava a existência de 996.989 profissionais da saúde atuantes. Indicava também que foram efetuadas 476 contratações de profissionais pelos meios criados pela Portaria 639/2020. Constava do site também que existiam 366.834 profissionais da saúde à disposição. O site informava também que existiam 16.038 profissionais da saúde integrados ao programa “Mais Médicos” e 4.815 vinculados ao “Mais Médicos Covid19”.

TABELA 2 – Brasil. Profissionais da saúde, 30 jul. 2020

PROFISSIONAIS DA SAÚDE - SUS	STATUS	SUL	SUDESTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	NORTE	TOTAL
Covid19 – Profissionais da Saúde		185.660	493.950	183.651	82.502	51.226	996.989
BR Conta Comigo	Contratados		-	-	-	476	476
BR Conta Comigo	à disposição	62.983	165.690	76.326	35.952	25.883	366.834
Mais Médicos – Profissionais da saúde		2.234	4.383	6.049	1.255	2.117	16.038
Mais Médicos – Profissionais da saúde	COVID19	756	1.485	1.722	450	402	4.815

Fonte: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_RH/DEMAS_C19Insumos_RH.html.
Elaborado pelo autor.

AUXÍLIO EMERGENCIAL

Nessa data foi publicada a Lei 13.982³⁴, que criou o Auxílio emergencial de R\$ 600,00 e alterou a política pública nacional da Assistência Social, prevista na Lei n. 8.742/1993.

AUXÍLIO FEDERATIVO

Começa a ajuda financeira a Estados e Municípios: Presidente da República edita MP 939³⁵ para liberar crédito extraordinário de R\$16 bi ao Fundo de Participação dos Municípios e ao Fundo de Participação dos Estados.

03.04

EMPREGOS

Publicada a Medida Provisória n. 944³⁶, criando o Programa Emergencial de suporte a empregos, com crédito a empresas a fim de manter a capacidade de pagar a folha de salários. Total de R\$34 bi foram liberados ao BNDES para repassar a bancos com projetos.

32 Ver *Jornal O Estado de São Paulo*. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-busca-cinco-milhoes-de-profissionais-de-saude-de-outras-areas-para-combate-ao-coronavirus,70003258614>. Acesso em: 28 jul. 2020.

33 União Federal. Ministério da Saúde. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/04/2020&jornal=515&pagina=76&totalArquivos=167>. Acesso em: 28 jul. 2020.

34 Ver União Federal. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso em: 27 jun. 2020.

35 Ver União Federal. Medida Provisória nº 939, de 2 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv939.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

36 Ver União Federal. Medida Provisória nº 944, de 3 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv944.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

09.04

TESTAGEM

Até essa data, 1 milhão de testes rápidos foram distribuídos a Estados e Municípios, sendo que 451,4 mil eram testes RT-PCR.

11.04

POVOS INDÍGENAS

Publicado o Plano³⁷ de Contingência Nacional para Povos Indígenas.

15.04

TELEMEDICINA

Entra em vigor a Lei 13.989³⁸, sobre o uso da telemedicina durante a crise.

16.04

CAI O MINISTRO DA SAÚDE

Exoneração³⁹ do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta.

17.04

NOVO MINISTRO

Nelson Teich toma posse como o novo Ministro da Saúde.⁴⁰

23.04

FLEXIBILIZA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

Publicada a MP 927⁴¹, autorizando flexibilização do direito do trabalho, autorizando negociações individuais entre empregadores e empregados, prorrogação do prazo para recolhimento do FGTS dos meses de março a maio, o teletrabalho e a prorrogação temporária de acordos coletivos e antecipação de férias. Gerou muita polêmica e recebeu 1.082 emendas na Câmara dos Deputados.

27.04

AUXÍLIO EMERGENCIAL⁴²

Primeiro dia de saques de R\$ 600,00.

07.05

EMENDA CONSTITUCIONAL DO REGIME FISCAL DE GUERRA

Entra em vigor a Emenda à Constituição n. 106⁴³, de iniciativa da Câmara de Deputados, que instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento

37 Ver, Plano de Contingência Nacional para Povos Indígenas. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1ti4y0weLDsJYdLR3r2FuxDf8XWDn20>. Acesso em: 30 jun. 2020.

38 Ver, Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

39 *Portal UOL*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/16/exoneracao-de-mandetta-e-publicada-no-diario-oficial-e-teich-e-anunciado.htm>. Acesso em: 27 jul. 2020.

40 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46747-nelson-teich-toma-posse-como-ministro-da-saude>. Acesso em: 27 jul. 2020.

41 Ver, União Federal, Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em: 26 jul. 2020.

42 Ver, *Portal UOL*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-brasil/2020/04/27/saque-de-auxilio-emergencial-comeca-a-ser-liberado-hoje.htm>. Acesso em: 28 jul. 2020.

43 Ver, União Federal. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc106.htm. Acesso em: 30 jul. 2020.

de calamidade pública nacional decorrente de pandemia.

15.05

CAI O SEGUNDO MINISTRO

O Ministro da Saúde, Nelson Teich, pede exoneração.

16.05

MINISTRO INTERINO – CARGO PROVISÓRIO

General Eduardo Pazuello assume, interinamente, as funções de Ministro da Saúde.

29.05

COVID NAS FAVELAS

Ação em aglomerados subnormais (favelas). Portaria nº 1.444/GM/MS⁴⁴, institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento da Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional.

02.06

ORÇAMENTO ESPECIAL E COMITÊ DE SUPERVISÃO

Publicada a Lei nº 14.008⁴⁵, de 2 de junho de 2020, por meio da qual o Congresso Nacional autoriza gastos de R\$343,6 bi para enfrentamento da COVID19, a ser utilizado pelo governo federal e transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios.

Resolução nº 6. Comitê de crise para supervisão e monitoramento dos impactos da covid-19: Institui Grupo de Trabalho⁴⁶ para a Consolidação das Estratégias de Governança e Gestão de Riscos do Governo federal em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da covid-19.

06.06

MUDANÇAS NO SITE COM DADOS DIÁRIOS DE CASOS E ÓBITOS

Ministério da Saúde retirou do site o número acumulado de óbitos e todos os demais gráficos de acompanhamento.

08.06

MINISTÉRIO DA SAÚDE CORRIGE DADOS PUBLICADOS

Ministério da Saúde corrige⁴⁷ boletim sobre COVID-19.

09.06

OMISSÃO DE DADOS

O ministro interino da Saúde, Eduardo Pazuello, afirmou durante videoconferência com a Comissão Externa da Câmara dos Deputados, que “nunca houve, não há e nunca haverá

44 Ver, União Federal, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-13-de-julho-de-2020-266574834>. Acesso em: 25 jul. 2020.

45 Ver União Federal. Lei nº 14.008, de 2 de junho de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14008.htm. Acesso em: 26 jul. 2020.

46 Ver União Federal. Resolução nº 6, de 2 de junho de 2020. Comitê de crise para supervisão e monitoramento dos impactos da covid-19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/res-6-20-pr.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.

47 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47026-ministerio-da-saude-corrige-boletim-sobre-covid-19>. Acesso em: 27 jul. 2020.

omissão de dados”.

12.06

NOVA PLATAFORMA DE DADOS

O Ministério da Saúde anuncia nova plataforma para divulgar o cenário de casos e óbitos relacionados à Covid-19. O novo modelo permite acompanhar a análise de casos e mortes de forma regionalizada e por municípios, entre outras informações. O objetivo é ter uma ferramenta mais precisa sobre o cenário atual da doença e permitir ao Poder Público adequar ações e agir com mais efetividade na proteção e assistência à população.

17.06

NOVAS ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE DO SUS

O novo protocolo⁴⁸ é para orientar no atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. O documento traz informações básicas sobre diagnósticos (tipos), sobre sintomas típicos, fatores de risco, exames laboratoriais, fluxograma para atender pacientes de casos leves, moderados e sérios, atenção a crianças, gestantes, indígenas, prevenção e controle, classificação de imagens de pneumonia.

NOVAS ORIENTAÇÕES SOBRE CLOROQUINA NO TRATAMENTO PRECOCE

O Ministério da Saúde divulgou novas orientações⁴⁹ para uso de medicamentos, mantendo o uso da cloroquina ou da hidroxicloroquina, no tratamento precoce de pacientes com Covid-19, no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de agora, foi ampliado o uso desses medicamentos, inclusive para gestantes e crianças e adolescentes, que passaram a fazer parte dos grupos de risco. Transcrevo as partes das Considerações introdutórias, para que entendam os pressupostos que embasam a nova decisão do governo federal de recomendar, precocemente, um medicamento que a Sociedade Brasileira de Infectologia⁵⁰ orientou que fosse proibido para casos leves e tratamentos precoces.

Considerando que alguns estados, municípios e hospitais da rede privada já estabeleceram protocolos próprios de uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da COVID-19;

Considerando a necessidade de uniformização da informação para os

48 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-OrientaesManejoPacientes.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

49 Ver União Federal, Ministério da Saúde, Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

50 A SBI publicou o seguinte:

Diante dessas novas evidências científicas, É URGENTE E NECESSÁRIO que:

a) a hidroxicloroquina seja abandonada no tratamento de qualquer fase da COVID-19;
b) os agentes públicos, incluindo municípios, estados e Ministério da Saúde reavaliem suas orientações de tratamento, não gastando dinheiro público em tratamentos que são comprovadamente ineficazes e que podem causar efeitos colaterais;
c) que o recurso público seja usado em medicamentos que comprovadamente são eficazes e seguros para pacientes com COVID-19 e que estão em falta, tais como anestésicos para intubação orotraqueal de pacientes que precisam ser submetidos à ventilação mecânica, bloqueadores neuromusculares para pacientes que estão em ventilação mecânica; em aparelhos que podem permitir o diagnóstico precoce de COVID grave, como oxímetros para o diagnóstico de hipóxia silenciosa; em testes diagnósticos de RT-PCR da nasofaringe para pacientes sintomáticos; leitos de Unidade de Terapia Intensiva, bem como seus recursos humanos (profissionais de saúde) e respiradores.

A Sociedade Brasileira de Infectologia é uma sociedade médica científica, sem fins lucrativos, que congrega médicos infectologistas de todo o país. Para mais informações, ver em: https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/principal/2020/07/SBI_Informe_16_HCQ_precoce.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
Considerando a existência de diversos estudos sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19;
Considerando a larga experiência do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do SUS e a inexistência, até o momento, de outro tratamento eficaz disponível para a COVID-19;
Considerando a necessidade de orientar o uso de fármacos no tratamento precoce da COVID-19, incluindo a cloroquina ou a hidroxicloroquina, no âmbito do SUS pelos médicos;
Considerando que doses baixas de cloroquina são usadas para profilaxia da malária na gravidez;
Considerando que diversas instituições, tanto internacionais quanto nacionais, preconizam o uso da cloroquina ou da hidroxicloroquina em pacientes com diagnóstico de COVID-19;
Considerando que o artigo científico publicado pela Escola de Saúde Pública de Yale (New Haven, Connecticut, EUA), que avaliou cerca de 300.000 doentes infectados, através de 5 estudos, incluindo 2 ensaios clínicos controlados, demonstrou uma eficácia significativa no tratamento ambulatorial com uso de hidroxicloroquina e concluiu que a hidroxicloroquina deve estar amplamente disponível e distribuída imediatamente para prescrição médica;
Considerando que a hidroxicloroquina não apresenta contraindicações absolutas durante a gestação;
Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19 (Processo-Consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020);

18.06

NOVO MODELO DE BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO⁵¹

19.06

RETORNO SEGURO À NORMALIDADE

O Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº 1.565, que estabelece orientações gerais à prevenção, o controle e à mitigação da transmissão da Covid-19. As orientações também são voltadas à promoção da saúde física e mental da população. O objetivo é apoiar as estratégias locais para retomada segura das atividades e do convívio social, respeitando as especificidades e características de cada setor ou ramo de atividade. Caberá às autoridades locais e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, quanto a retomadas das atividades. A Portaria traz um anexo. Destaco, a seguir, um fragmento que é bastante indicativo de sua finalidade.

Retomar as atividades e o convívio social são também fatores de promoção da saúde mental das pessoas, uma vez que o confinamento, o medo do adoecimento e da perda de pessoas próximas, a incerteza sobre o futuro, o desemprego e a diminuição da renda, são efeitos colaterais da pandemia pelo SARS-COV-2 e têm produzido adoecimento mental em todo o mundo. Porém, a retomada das atividades deve ocorrer de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica, considerando as especificidades de cada setor e dos territórios, de forma a preservar a saúde e a vida das pessoas. Para isso, é essencial a observação e a

51 Ver em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Boletim-epidemiologico-COVID-2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

avaliação periódica, no âmbito loco-regional, do cenário epidemiológico da COVID-19, da capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, dos aspectos socioeconômicos e culturais dos territórios e, principalmente, das orientações emitidas pelas autoridades locais e órgãos de saúde. É importante que os setores de atividades elaborem e divulguem protocolos específicos de acordo com os riscos avaliados para o setor, considerando os ambientes e processos produtivos, os trabalhadores, os consumidores e usuários e a população em geral.

23.06

MAIS RECURSOS PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ministério da Saúde anunciou que 105 milhões de brasileiros são atendidos pelos serviços das equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atendem a população nos postos de saúde. O Governo federal disponibilizou para esta ação do programa saúde da família, que foi denominado de Previne Brasil, mais de R\$ 400 milhões a todos os municípios brasileiros. São R\$ 8,9 mil para cada uma das cerca de 45 mil equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária. Anuncia que a busca por melhores resultados dos indicadores de saúde será feita a partir da avaliação das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, progressivamente, com base em 21 indicadores. Para este ano, são sete indicadores no âmbito da saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas e gestantes. São avaliados, por exemplo, número de consultas de pré-natal e vacinação. A cada quatro meses, as equipes são avaliadas para definição dos valores de repasse aos municípios. Já o incentivo às ações e estratégias do Ministério da Saúde incluem os seguintes programas: Saúde na Hora; Informatização; Formação e residência médica e multiprofissional; Saúde Bucal; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório de Prótese Dentária; Unidade Odontológica Móvel; Saúde na Escola; Academia de saúde; Consultório na Rua; Equipes Ribeirinhas; UBS Fluviais; Microscopistas; Equipes prisional e Saúde do Adolescente.

24.06

TESTAR 25% DA POPULAÇÃO, INCLUINDO CASOS LEVES - PCR

Cerca de um quarto (22%) da população brasileira será testada para a doença. Com a ampliação da doença para o interior do país, o Ministério da Saúde anunciou⁵² que começará a investir mais na Atenção Primária para a coleta e diagnóstico dos casos leves da doença. As unidades sentinelas, que apoiam a vigilância no país, passarão a realizar o teste RT-PCR (molecular) em 100% dos casos de Síndrome Gripal (SG). Antes, eram coletadas cinco amostras respiratórias por semana nessas unidades de monitoramento, além da rotina de coleta dos hospitais e outras unidades de saúde. Todos os Centros credenciados de Atendimento à Covid-19 também poderão coletar amostras de todos os casos leves.

26.06

FORÇA TAREFA PARA ORGANIZAR COMPRAS E DISTRIBUIÇÃO

A Portaria nº 1.587, do Ministério da Saúde instituiu a Força Tarefa de Fundamentação que passa a coordenar todos os processos de aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos. A equipe deve organizar e administrar a infraestrutura e capacidade

⁵² Ver em Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47113-saude-passa-a-testar-100-dos-casos-leves-de-covid-19>. Acesso em: 29 jul. 2020.

logística para recebimento de ventiladores pulmonares para pacientes graves da doença. O órgão também vai monitorar frequentemente a equipe profissional multidisciplinar habilitada para a operação em leitos.

27.06

VACINA – PARCERIA COM EMPRESA BRITÂNICA. R\$ 500 milhões

O governo federal anunciou⁵³ que enviou resposta à embaixada Britânica e ao presidente do laboratório AstraZeneca aceitando a proposta de acordo de cooperação no desenvolvimento tecnológico e acesso do Brasil à vacina para Covid-19. O anúncio informa que o “acordo prevê a compra de lotes da vacina e da transferência de tecnologia. Se demonstrada eficácia, serão 100 milhões de doses à disposição da população brasileira. O acordo, quando celebrado, prevê a transferência de tecnologia de formulação, o envase e o controle de qualidade. Será utilizada a previsão legal de encomenda tecnológica prevista na lei nº 10.973, de 2004, e amparada na lei de licitações, a 8.666, de 1.993”. Segundo o que foi noticiado, o acordo começa com uma encomenda em que o Brasil assume também os riscos da pesquisa. Efetua investimento na pesquisa, mesmo que não haja resultado efetivo. Caso a vacina se mostre eficaz e segura, será comprada. Na fase inicial, de risco, serão investidos U\$ 127 milhões, incluídos os custos de transferência da tecnologia e do processo produtivo da Fiocruz, estimados em U\$ 30 milhões.

04.07

COVID AFETA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Até o dia 4 de julho de 2020, 173.440 casos de Síndrome Gripal (SG) foram confirmados para a Covid-19 em profissionais da área da saúde de todo o país. Casos graves da doença de Covid-19, que necessitaram de internação hospitalar, foram 697 casos.

Técnicos ou auxiliares de enfermagem: 248 casos.

Médicos: 150 casos.

Enfermeiros: 130 casos.

Óbitos: 138 entre os profissionais de saúde.

PESSOAS RECUPERADAS E CURADAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE ANUNCIA PELA ÚLTIMA VEZ O NÚMERO DE PESSOAS RECUPERADAS.⁵⁴ A partir desta data, a comunicação institucional vai usar o termo “*peessoas curadas*”, muito embora não haja, até 30 de julho de 2020, cura para a COVID19.

06.07

TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde determinou a realização, até o dia 15 de julho, de Pregão Eletrônico 18/2020⁵⁵ para contratação de fábrica de software, para desenvolvimento de sistemas para o Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é assegurar o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação que possibilitem a disseminação de dados, informações e conhecimento.

53 Ver em Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47132-brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contra-covid-19>. Acesso em: 01 ago. 2020.

54 Ver em Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47167-coronavirus-876-359-pessoas-estao-recuperadas-no-brasil>. Acesso em: 30 jul. 2020.

55 Ver em: <http://www.comprasnet.gov.br/aceso.asp?url=/edital-250110-5-00018-2020>. Acesso em: 30 jul. 2020.

02.07

RESULTADOS DE PESQUISA NACIONAL SOBRE COVID19

Nessa data foi anunciado o resultado do estudo sobre a Covid-19 no Brasil, “Evolução da Prevalência de Infecção por Covid-19 no Brasil: Estudo de Base Populacional”, financiado pelo Ministério da Saúde. O estudo foi coordenado pelo Centro de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A coleta de dados foi feita por profissionais do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) nos domicílios de 133 do Brasil. Houve três fases de coleta de dados (entrevistas e testes) entre maio e junho de 2020: a primeira com 25.025 (75,2%); a segunda com 31.165 (93,7%); e a terceira com 33.207 (99,9%).

07.07

PRESIDENTE DOENTE

Presidente Jair Bolsonaro declara ter COVID19

PESQUISA CIENTÍFICA SOBRE SUS E PANDEMIA

Anúncio de 90 projetos de pesquisa⁵⁶ selecionados, no valor total de R\$ 45,5 milhões, entre 2.219 propostas enviadas para avaliação por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Na avaliação das propostas, analisou-se como as ideias poderiam ser aplicadas ao SUS. O conjunto temático mostra, igualmente, as fragilidades de conhecimentos da política pública de Saúde no Brasil. Chama a atenção que 50% dos temas não tem relação direta com a pandemia: são eles, a avaliação de modelos de vigilância em saúde, efetividade de intervenções farmacológicas, cumprimento de medidas de prevenção e controle, uso de EPI, avaliação da atenção em saúde e Comunicação e prevenção de notícias falsas. Os 12 temas de interesse prioritário da chamada de projetos foram os seguintes:

1. Alternativas terapêuticas
2. Desenvolvimento de vacinas preventivas e/ou terapêuticas
3. Novos testes diagnósticos
4. Acurácia de testes diagnósticos
5. Avaliação da patogênese e história natural da doença
6. Avaliação da carga de doença
7. Avaliação da atenção à saúde nos três níveis de complexidade
8. Uso de EPI
9. Cumprimento de medidas de prevenção e controle
10. Comunicação e prevenção de notícias falsas
11. Avaliação dos modelos de vigilância em saúde
12. Efetividade de intervenções não farmacológicas

POVOS INDIGENAS

Publicado o Plano⁵⁷ Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas.

56 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/07/Chamada-COVID-19-coletiva-resultado-final-07julho2020.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

57 Ver União Federal. Presidência da República. *Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas*. Disponível em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2020/julho/governo-federal-cria-plano-emergencial-para-enfrentamento-a-covid-19-nos-territorios-indigenas-1>. Acesso em: 28 jul. 2020.

10.07

VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

O Ministério da Saúde informou que a Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe alcançou 90,2% do público-alvo, ultrapassando a meta de 90%. Entre os grupos prioritários, os idosos foram os que tiveram melhor desempenho, com cobertura de 119,72%. Os estados e municípios receberam um total de 79,9 milhões de doses da vacina. Desse total, 81,18% foram aplicadas.

16.07

AÇÃO EM FAVELAS⁵⁸

O Ministério da Saúde credenciou 57 Centros Comunitários de Referência (CCR) para Enfrentamento da Covid-19 em 746 favelas (aglomerados urbanos subnormais, na classificação do IBGE) em 19 Municípios de 15 Estados. Os CCR reforçarão a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia, com a identificação e tratamento precoce de casos leves da doença. A ação receberá R\$ 18 milhões de apoio financeiro.

A Tabela abaixo apresenta a distribuição das favelas de acordo com os Estados e Regiões. É notável, como se pode ver, a concentração de ações na região sudeste, particularmente no estado do Rio de Janeiro, que recebeu 2/3 de todas as ações. Quando somadas as ações nos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, nota-se que 85% das ações estão concentradas ali.

Chama a atenção que a região nordeste tenha recebido ações para, apenas, 5 dos 13 Estados. Além disso, com exceção de Pernambuco e Alagoas, todos os demais (Bahia, Ceará e Paraíba), receberão apoio especial em apenas 1 (um) desses aglomerados urbanos subnormais, popularmente conhecidos como favelas. Assim, vê-se que o Estado de Santa Catarina receberá mais ações em favelas do que a soma das ações destinadas aos Estados da Bahia, Ceará e Paraíba.

A Portaria 1.742 não explicita os critérios adotados para realizar a distribuição com essas importantes diferenças regionais.

TABELA 3 - BRASIL. FAVELAS COM POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIAL EM SAÚDE - COVID19				
RS	1	0,13%	SUL	7
SC	6	0,80%		
				0,94%
SP	29	3,89%	SUDESTE	683
RJ	461	61,80%		
MG	181	24,26%		
ES	12	1,61%		
				91,55%
BA	1	0,13%	NORDESTE	24
CE	1	0,13%		
PE	11	1,47%		
PB	1	0,13%		
AL	10	1,34%		
				3,22%

58 Ver União Federal. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-13-de-julho-de-2020-266574834>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PA	12	1,61%		
AM	4	0,54%		
AP	14	1,88%	NORTE	32
AC	2	0,27%		
				4,29%
	746	100%		
Fonte. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Tabela elaborada pelo autor (02 ago. 2020)				

21.07

TESTAGEM

O Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.792, que torna obrigatória a notificação à pasta de todos os resultados de testes diagnóstico para detecção da Covid-19. A partir dessa data, deverão ser notificados ao Ministério da Saúde todos os resultados de testes diagnóstico realizados, sejam positivos, negativos, inconclusivos e correlatos, em qualquer que seja a metodologia de testagem utilizada. Os resultados de exames laboratoriais feitos pelos laboratórios públicos já adotavam essa prática. A mudança ocorre no caso dos laboratórios privados, que tem até 04 de agosto de 2020 para se adequar para disponibilizar resultados aos gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS).

24.07

POVOS INDÍGENAS

O Ministério da Saúde apresentou as ações realizadas de enfrentamento à Covid-19 em comunidades indígenas. O plano emergencial foi publicado em 07 de julho de 2020 e as ações foram as seguintes:

- a) Reforço médico em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- b) Investimento de R\$ 1,1 milhão em pesquisas com foco no enfrentamento da Covid-19 na população indígena;
- c) Distribuição de medicamentos e insumos médicos;

O governo do Brasil informa a existência de 755.898 indígenas em 5.852 aldeias. São 305 povos indígenas, que falam 274 línguas. A política especial para povos indígenas os divide em 34 Distritos Sanitários especiais, com 367 Polos Bases, 67 Casas de Saúde Indígena (CASAI) e 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI).

De acordo com os dados oficiais, há 14.200 profissionais integrando 800 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, em um território de 950.122 km²

O boletim epidemiológico atualizado até 30.07 informa a existência de 15.800 indígenas doentes (2,09%), 285 óbitos (1,8%) e 10.500 recuperações (66,4%).

30.07

TESTES

Ministério da saúde informa que o Brasil alcançou a marca de 17.871 testes realizados por dia para detectar a Covid-19. Em março eram efetuados 1.148 testes diários. De 5 de março até 25 de julho de 2020 foram distribuídas 5.015.252 de reações de RT-PCR para os 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) em todo o país.

5. A ESTRATÉGIA BRASILEIRA DE RESPOSTA À COVID19

Observados os fatos acima, bem como a produção normativa selecionada, pode-se afirmar que o Ministério da Saúde adotou, sim, uma linha estratégica de ação. As certezas do

atual ministro da Saúde interino, Eduardo Pazuello, são poucas. Ele tem declarado isso em muitas ocasiões. As linhas de ação, abaixo, foram reunidas a partir das decisões efetivamente adotadas e registradas na cronologia apresentada anteriormente. Tendo isso em conta, proponho a interpretação de que, até 30 de julho de 2020, as linhas estratégicas de ação do Ministério da Saúde podem ser assim organizadas.

5.1. A cura na linguagem formal da estratégia

A primeira medida que chama a atenção é a linguagem da cura. Muito embora não exista (até 30 de julho de 2020) cura para a doença COVID19 causada pelo novo coronavírus, o Ministério da Saúde afirma, constantemente em seus informativos diários, que os brasileiros estão sendo CURADOS⁵⁹ da referida doença. Ao proceder assim, deixa a impressão de que o Brasil tem a CURA para essa doença. Contudo, ao analisar os boletins epidemiológicos e o conjunto de outras informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, nota-se que o próprio governo federal faz uso indevido desse termo, pois compara números de “curados” do Brasil com os de “recuperados” de outros países.

No informativo de 23 de julho de 2020, o Ministério da Saúde moderou a linguagem para explicar como calcula os índices de recuperação e evitou a palavra *curados*. O número de casos recuperados é estimado por um cálculo que considera os registros de casos e óbitos com confirmação de Covid-19, informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e o número de pacientes hospitalizados registrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEPGripe).

O verbo CURAR tem sido usado de modo exagerado⁶⁰ nos informativos do Ministério da Saúde. Nos painéis informativos de dados, porém, o verbo *curar* não é usado, exceto nos dados dos povos indígenas, onde aparece um indicador de quantidade de *cura clínica*⁶¹. Afora isso, a expressão corrente é *recuperados* ou... *em recuperação*. Nos últimos 60 dias, nas notícias publicadas no site do MS, predominam o verbo *curar* e o adjetivo *curados*. São os termos preferidos da comunicação oficial e, de longe, mais frequentes do que o adjetivo *recuperados*,

5.2. Conduta precoce dos cidadãos aos centros de atendimento do SUS

A conduta precoce é o modo como o Ministério da Saúde chama a orientação formal para que “qualquer brasileiro que apresente sintomas procure a unidade básica de saúde”. A *conduta precoce*, diz ele, “é a melhor solução que podemos ter e a solução definitiva virá somente com a *vacina*”. O Ministério da Saúde informa que o SUS-Sistema Único de Saúde faz acompanhamento de todos os casos de Covid-19, sendo leves, moderados ou graves e recomenda que todas as pessoas com sintomas (até de gripe) procurem os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoce⁶². No informativo de 21 de julho de 2020 (atualizado em 22 de julho de 2020), o Ministro afirmou o seguinte: “Nós avaliamos o que deu certo e o que não deu certo, mudamos várias orientações, alteramos protocolos e hoje podemos resumir da seguinte forma: o tratamento ideal é o

59 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47275-covid-19-brasil-registra-1-787-419-casos-de-pessoas-curadas>. Acesso em: 30 jul. 2020.

60 Ver, por exemplo: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47237-covid-19-brasil-ultrapassa-1-5-milhao-de-curados>. Acesso em: 30 jul. 2020.

61 Ver União Federal, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 29 jul. 2020.

62 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47277-conduta-precoce-nos-casos-de-covid-19-evita-agravamento-e-mortes>. Acesso em: 29 jul. 2020.

tratamento precoce dos pacientes com Covid-19.”⁶³

Segundo Pazuello, o diagnóstico precoce pode salvar vidas. “É o médico que dará o diagnóstico para a Covid-19. Mesmo que o diagnóstico clínico possa ser aprofundado por exames laboratoriais ele será efetivado pelo médico. Essa notificação é a base estatística que será usada. Essa é a orientação do Ministério da Saúde”

5.3. Relação seletiva com os Conselhos de Saúde

O SUS-Sistema Único de Saúde é uma complexa estrutura de órgãos, fundos e conselhos que envolvem sociedade e Estado na tomada de decisões.

Nesse semestre, e particularmente depois da exoneração de Nelson Teich, o Ministério da Saúde parece ter recorrido aos órgãos colegiados para tomar decisões. Adotou medidas que envolveram diálogos com secretários de saúde (de Estados e Municípios), sobretudo por via do CONASS e do CONASEMS, que são Conselhos de Secretários de Saúde (de Estados e de Municípios). Na estrutura orgânica do Ministério da Saúde existe também o Conselho Nacional de Saúde, órgão misto, formado por representantes de organizações da sociedade civil, não necessariamente vinculados às profissões da saúde. Esse Conselho, praticamente, tem sido deixado de lado na tomada de decisões pelo Ministério da Saúde. Ao contrário dos outros, o CNS não foi citado em nenhum dos informativos diários do Ministério da Saúde.

5.4. Intransparência de dados

A falta de transparência tem sido uma das mais importantes críticas da sociedade ao modo como a política de resposta à pandemia vem se realizando. Recentemente (julho) as informações básicas relacionadas à ajuda do Ministério da Saúde aos estados e municípios, bem como o cenário de transmissão da doença no país, passaram a ser disponibilizadas pelo site <https://localizasus.saude.gov.br/>.

Consta do site do Ministério da Saúde que a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), plataforma nacional de integração de dados em saúde é um projeto estruturante do Conecte SUS, programa do Governo Federal para a transformação digital da saúde no Brasil. Ela foi criada com base nas diretrizes da Estratégia da Saúde Digital, construída a partir da Política Nacional de Informática e Informações em Saúde (PNIIS) e no documento Estratégia e-Saúde para o Brasil.⁶⁴

5.5. Apoio a Estados e Municípios

Dada a autonomia de Estados e Municípios para decidir como agir em razão das circunstâncias locais, conforme decisão do STF, o Ministério da Saúde posicionou-se para atuar como centro de apoio das decisões de Estados e Municípios. Para isso, vem mobilizando a estrutura orgânica do SUS e alguns dos programas da política pública em saúde, tais como o Fundo Nacional de Saúde e a transferência fundo a fundo de recursos, diálogo regular com CONASS e CONASEMS.

O estudo das decisões tomadas pelo Ministério da Saúde e pelo Governo Federal

63 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47235-em-visita-a-porto-alegre-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-acoes-contr-a-covid-19-no-estado>. Acesso em: 29 jul. 2020.

64 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47230-portaria-torna-obrigatoria-notificacao-de-resultados-de-testes-da-covid-19>. Acesso em: 29 jul. 2020.

mostram que as ações de apoio se concentram no seguinte:

- a) logística: atendendo demandas de movimentação de bens e pessoas, conforme os pedidos gerados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde;
- b) recursos financeiros: transferência de recursos via Fundo Nacional de Saúde (SUS) ou diretamente às Secretarias de Fazenda Estadual;
- c) bases normativas: neste item, nota-se uma clara atuação diferenciada de parte do Poder Executivo e do Poder Legislativo. Ambos tem produzido normas jurídicas importantes para a atuação da União Federal, todavia, a Presidência da República tem agido, prioritariamente, por meio de Medidas Provisórias e Decretos, enquanto as iniciativas de Emendas à Constituição e Leis têm sido predominantes entre a Câmara de Deputados e o Senado Federal;
- d) compras centralizadas e fornecimento de insumos: atendendo demandas geradas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, o MS passou a realizar, excepcionalmente, a aquisição centralizada de alguns itens e insumos para adequação da distribuição, de acordo com a evolução da doença. Assim, envia medicamentos, ventiladores pulmonares, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), testes de diagnóstico e outros insumos que são utilizados pelos profissionais de saúde nos hospitais, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS);

As Superintendências⁶⁵ Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS) têm exercido papel de acompanhamento e controle. São elas que acompanham o cenário local e apoiam as ações e entregas do Governo Federal em auxílio aos estados e municípios.

5.6. Ações observadas de apoio a estados e municípios

As iniciativas e ações estratégicas são desenhadas conforme a realidade e necessidade de cada região, junto com estados e municípios⁶⁶. De acordo com o Ministro da Saúde interino, a decisão sobre as ações a serem adotadas no combate à doença cabe aos estados e municípios, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF).

5.6.1. Testagem

12,5 milhões de testes de diagnóstico para Covid-19.

5.6.2. Compra centralizada de medicamentos em falta

O Ministério da Saúde informou na notícia de 23.07, que a compra de medicamentos é feita pelos estados e municípios. A União Federal passou a realizar compras centralizadas quando os governos subnacionais começaram a apontar a falta de medicamentos. O Ministério da Saúde passou a coordenar as ações com produtores, CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) para prover estoque de emergência. A compra centralizada, com participação direta dos produtores e de estados e municípios pode garantir estabilidade de preços.

65 Ver União Federal, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47200-superintendencias-estaduais-de-saude-reforcam-combate-a-covid-19>. Acesso em: 27 jul. 2020.

66 Ver o relato das visitas aos Estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47238-em-visita-a-santa-catarina-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-aco-es-contra-a-covid-19-no-estado>. Acesso em: 28 jul. 2020; e <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47244-em-visita-ao-parana-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-aco-es-contra-o-coronavirus>. Acesso em: 28 jul. 2020; e <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47235-em-visita-a-porto-alegre-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-aco-es-contra-a-covid-19-no-estado>. Acesso em: 28 jul. 2020.

De acordo com o Ministério da Saúde, para a aquisição dos medicamentos em falta, o Ministério da Saúde implementou três ações simultâneas. A requisição imediata do estoque excedente da indústria farmacêutica, iniciada em 22 de junho. Iniciar o processo de licitação feito via Sistema de Registro de Preços (SRP). E a cotação para realizar compra internacional por meio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). Realizou também a aquisição bilateral Brasil-Uruguai com intermédio da embaixada brasileira, em Montevideu⁶⁷.

Até 30 de julho de 2020, foram comprados 15,9 milhões de unidades de medicamentos e 79,9 milhões de doses da vacina contra a gripe

5.6.3. UTI

Até 30 de julho de 2020, 11.084 leitos de UTI habilitados para casos graves e gravíssimos, 8.449 ventiladores pulmonares e 208,5 milhões de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

5.6.4. Centros de atendimento

Até 30 de julho de 2020, 2.422 Centros de Atendimento em 2.069 municípios, em todos os estados. Os Centros de Atendimento são estruturas complementares, que servem para identificação precoce dos casos, com atendimento adequado das pessoas com síndrome gripal e Covid-19 com sintomas leves, e que recebem financiamento federal.

5.6.5. Transferência de dinheiro

O repasse de recursos financeiros a estados e municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, está indicado nas tabelas 4 e 5 abaixo. Algumas coisas chamam a atenção na execução orçamentária, como se pode ver. Em primeiro lugar, nota-se que o volume mais importante de pagamentos está concentrado na política de assistência social (Tab. 4), especificamente, nas ações de pagamento do auxílio emergencial de R\$600,00 (Tab. 5).

A transferência direta de recursos a Estados e Municípios não parece ter sido bem conduzida até 30 de julho de 2020. Das 6 ações previstas, há 4 com dotação orçamentária aprovada e ainda nada transferido. Só duas parecem ter tido execução orçamentária adequada ao momento. Todavia, faltam relatórios analíticos que expliquem as causas da realização parcial para 2 ações e da realização nula para 4.

Uma situação grave como da pandemia do coronavírus, com 91.000 óbitos até o final, deveria ser marcada pela resposta eficiente do Estado, notadamente quando tem recursos disponíveis e quanto tem os canais institucionais apropriados para transferi-los com segurança. A eficiência, nesse caso, tem dois lados: o do gasto eficiente (no tempo certo e para ações certas) e a comunicação eficiente, quando recursos aprovados pelo Congresso Nacional sequer são movimentados.

TABELA 4. 2020. Prioridades Orçamentárias da União Federal, por ação e dotação. Até 31 jul. 2020.

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19	254.240.000.000,00	197.895.029.947,00	167.415.345.728,00	65,8%

⁶⁷ Ver <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47217-brasil-compra-medicamentos-para-intubacao-do-uruguai>. Acesso em: 25 jul. 2020.

Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19	60.189.488.452,00	60.189.488.453,00	30.074.457.129,00	50,0%
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51.641.629.500,00	51.546.521.578,00	18.236.207.413,00	35,3%
Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	44.785.793.107,00	32.567.198.623,00	21.652.187.367,00	48,3%
Concessão de Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	34.000.000.000,00	17.000.000.000,00	3.910.003.151,00	11,5%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação	16.000.000.000,00	16.000.000.000,00	9.864.311.702,00	61,7%
Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos - FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000,00	5.000.000.000,00	5.000.000.000,00	25,0%
Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	100,0%
Financiamento da Infraestrutura Turística Nacional	5.000.000.000,00	787.434.059,00	388.467.676,00	7,8%
Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	3.037.598.000,00	3.037.598.000,00	369.285.445,00	12,2%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Apoio Emergencial do Setor Cultural devido à Pandemia da Covid-19	3.000.000.000,00	-	-	0,0%
Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)	900.000.000,00	900.000.000,00	900.000.000,00	100,0%
Ativos Cíveis da União	320.112.746,00	320.112.746,00	4.739.149,00	1,5%
Auxílio Emergencial às Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, Devido à Pandemia da COVID-19	160.000.000,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729,00	-	-	0,0%
Benefícios Obrigatórios aos Servidores Cíveis, Empregados, Militares e seus Dependentes	18.147.908,00	18.147.908,00	-	0,0%

Manutenção de Contrato de Gestão com Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	20.000.000,00	20.000.000,00	-	0,0%
	255.038.878.577,00	203.286.501.367,00	106.299.659.032,00	41,7%

Considerando o lado das dotações orçamentárias (Tab. 4), nota-se que o orçamento da resposta à pandemia segue a seguinte ordem de prioridades:

- a) em primeiro lugar, é uma política de segurança de renda das famílias (R\$257,4 bi);
- b) depois, orienta-se para a segurança econômica das empresas (R\$127,4 bi);
- c) em terceiro lugar, orienta-se para o financiamento de ações em saúde (R\$124 bi), seja pelo apoio financeiro a Estados e Municípios (R\$ 79,1 bi), seja por gastos diretos em bens e serviços de saúde (R\$44,8 bi);

Considerando agora os valores efetivamente pagos (Tab. 5), isto é, aqueles para os quais o governo foi mais eficiente em liberar recursos, temos que a ordem de prioridades é a seguinte:

- a) Segurança de renda de empresas;
Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe);
Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002);
- b) Segurança de renda de pessoas em situação de vulnerabilidade social;
Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19;
- c) Sistema de Saúde;
- d) Apoio financeiro a Estados e Municípios;
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação;
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19;
- e) Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do Coronavírus;
- f) Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda;
- g) Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos - FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito;

TABELA 4. 2020. Prioridades Orçamentárias da União Federal, por ação e pagamento. Até 31 jul. 2020.

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19	254.240.000.000,00	197.895.029.947,00	167.415.345.728,00	65,8%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19	60.189.488.452,00	60.189.488.453,00	30.074.457.129,00	50,0%

Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	44.785.793.107,00	32.567.198.623,00	21.652.187.367,00	48,3%
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51.641.629.500,00	51.546.521.578,00	18.236.207.413,00	35,3%
Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	100,0%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação	16.000.000.000,00	16.000.000.000,00	9.864.311.702,00	61,7%
Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos - FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000,00	5.000.000.000,00	5.000.000.000,00	25,0%
Concessão de Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	34.000.000.000,00	17.000.000.000,00	3.910.003.151,00	11,5%
Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)	900.000.000,00	900.000.000,00	900.000.000,00	100,0%
Financiamento da Infraestrutura Turística Nacional	5.000.000.000,00	787.434.059,00	388.467.676,00	7,8%
Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	3.037.598.000,00	3.037.598.000,00	369.285.445,00	12,2%
Ativos Cíveis da União	320.112.746,00	320.112.746,00	4.739.149,00	1,5%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Apoio Emergencial do Setor Cultural devido à Pandemia da Covid-19	3.000.000.000,00	-	-	0,0%
Auxílio Emergencial às Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, Devido à Pandemia da COVID-19	160.000.000,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729,00	-	-	0,0%
Benefícios Obrigatórios aos Servidores Cíveis, Empregados, Militares e seus Dependentes	18.147.908,00	18.147.908,00	-	0,0%

Manutenção de Contrato de Gestão com Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	20.000.000,00	20.000.000,00	-	0,0%
	537.700.846.095,00	422.164.824.027,00	291.277.497.030,00	54,2%
Fonte: Senado Federal. IFI Brasil. Disponível em: https://datastudio.google.com/reporting/12071674-bd8c-4949-af82-504ce236bd5d/page/HxxQB , acesso em 02.8.2020. Não há destaques no original. Elaborada pelo autor.				

6. CONCLUSÕES

O Art. 194⁶⁸ da Constituição do Brasil estabelece a obrigação do Estado de atuar de modo integrado nos temas de saúde, de seguro de renda e de assistência social. Durante os debates na Assembleia Nacional Constituinte emergiu um consenso quanto à necessidade de o Brasil mudar seu modelo anterior de direitos e políticas de segurança de renda e de cuidados médicos. O modelo anterior era de alcance restrito a trabalhadores formais urbanos. Tanto o seguro de renda (pensões e aposentadorias) quanto os serviços médicos prestados em unidades públicas de saúde. Por isso, a Constituição vigente ampliou as formas de proteção social da renda. A segurança *social* é modalidade de segurança dos meios de vida que se realiza com esforços de todos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, e para benefício de cada um (por meio do seguro social de renda ou da assistência social de renda). Além disso, a Constituição universalizou os serviços de atenção médica preventiva e curativa. De 1988 em diante, todos os trabalhadores rurais e urbanos, de algum modo, passaram a ser cobertos por esse novo e complexo sistema *social* de segurança de renda e de saúde.

A segurança *social* da renda assumiu duas modalidades nesse novo sistema: contributiva e não contributiva. O regime geral de previdência foi a solução encontrada para ampliar o *seguro social* da renda de trabalhadores urbanos e rurais. Dado que é um tipo de seguro, então cobre todas as pessoas físicas que contribuem de algum modo, muito embora o dever de contribuir não se restrinja aos beneficiários (pessoas jurídicas privadas e Estado também contribuem para sustentar o sistema). E a política de assistência social (não confundir com *assistencialismo populista*) foi instituída para, por um lado, assegurar renda básica de um salário mínimo a alguns grupos em situação de extrema vulnerabilidade social (caso de idosos e de pessoas com deficiência em situação de insuficiência de meios econômicos para prover a subsistência) e por outro, para prestar serviços, como os de acolhimento de pessoas em situação de exclusão social e de sua integração ao mercado de trabalho, de cuidados especiais de crianças e adolescentes em situação de pobreza econômica, de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência.

Os serviços de saúde foram universalizados e tornaram-se gratuitos. O claro propósito do Art. 194 foi introduzir no Brasil os padrões mínimos do direito a segurança social, reconhecidos pelo direito internacional desde 1952 (OIT, Convenção 102): cuidados médicos, segurança de renda em caso de doença, de desemprego, de idade avançada, de acidente de trabalho, de família e filhos, de maternidade, de invalidez, de morte, e de serviços assistenciais. O tripé saúde, assistência e previdência social correspondem, portanto, aos direitos que compõem o âmbito de proteção do direito humano a segurança social.

Em 05 de abril de 2020, o Brasil registrou o primeiro dia com 50 óbitos por COVID19. Em 27 de abril de 2020, foram 300 óbitos. Em 11 de maio de 2020, foram 600 óbitos. Em 04 de junho de 2020, batemos a marca de 1.000 óbitos. Só em 28 de agosto de 2020, os óbitos

68 Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

diários começaram a cair para menos de 900 óbitos. Em 11 de outubro de 2020, caíram para menos de 600 óbitos. Em 05 de novembro de 2020, chegaram novamente a 300 óbitos. A partir daí não reduziu mais. As mortes diárias voltaram a subir. Mais de 600 óbitos, de novo, a partir de 07 de dezembro de 2020.

Os dados e fatos analisados neste estudo mostram que o governo federal do Brasil adotou uma estratégia de resposta à pandemia já no primeiro semestre de 2020. As linhas gerais de ação analisadas anteriormente mostram que se trata de uma estratégia bem diferente das adotadas pela Coreia do Sul, pela Alemanha ou pela Suécia. A estratégia brasileira de resposta à pandemia priorizou a segurança de renda e o apoio logístico a estados e municípios. Serviços preventivos de difusão da doença não foram a prioridade na estratégia de ação do Ministério da Saúde.

Tudo indica, até aqui, que a estratégia brasileira de priorizar a segurança de renda poderia ter boas justificativas no contexto do modelo brasileiro de segurança social, particularmente em face dos efeitos desproporcionais que a recessão econômica provoca numa sociedade marcada pela desigualdade estrutural de renda. Todavia, toda escolha gera uma renúncia. E renunciar a prioridade de conter o avanço da epidemia em nome da segurança de renda é algo que deveria ser muito bem justificado do ponto de vista constitucional. É adequado dizer “deveria”, porque nenhuma justificativa jurídico-política foi encontrada nos pronunciamentos institucionais que pudesse respaldar a estratégia efetivamente implementada e seus gravíssimos resultados em mortes.

REFERÊNCIAS

Center for Infectious Disease Research and Policy. China releases genetic data on new coronavirus, now deadly. *University of Minnesota*. Disponível em: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/china-releases-genetic-data-new-coronavirus-now-deadly>. Acesso em: 26 jul. 2020.

HOW, Eckner C. Germany has managed to perform so many Covid-19 tests. *The Spectator*. April 6, 2020. Disponível em: <https://www.spectator.co.uk/article/how-germany-has-managed-to-perform-so-many-covid-19-tests>. Acesso em: 06 jun. 2020.

KOREA.NET. Korea's national response to COVID-19 outbreak. Disponível em: <http://www.korea.net/Government/Current-Affairs/National-Affairs?affairId=2034>. Acesso em: 15 jul. 2020.

Polimap Covid19. *Interventions to reduce virus transmissions (Flatten the curve)*: Sweden. Disponível em: <https://polimap.org/sweden/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

Revista Veja. Ministério da Saúde investiga caso suspeito de coronavírus em Minas, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/ministerio-saude-investigacao-coronavirus/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Robert Koch Institute. *Contribution to the COVID-19 response*. Disponível em: https://www.rki.de/EN/Content/Institute/International/COVID_ZIG_en/COVID_ZIG_node_en.html. Acesso em: 06 jun. 2020.

União Federal. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 28 jul. 2020.

União Federal. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. fev. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

União Federal. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 25 jul. 2020.

University of Oxford. Our World in Data. *Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-koreaver>. Acesso em: 01 jun. 2020.

University of Oxford. Our World in Data. *Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>. Acesso em: 25 jul. 2020.

University of Oxford. Our World in Data. *Emerging COVID-19 success story: Sweden: Coronavirus Pandemic Country Profile*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/sweden?country=~SWE>. Acesso em: 28 jul. 2020.

WHO. *Regulation and Prequalification*. Disponível em: <https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/eul>. Acesso em: 28 jul. 2020.

Recebido em: 22.10.2020

Aprovado em: 15.12.2020

Como citar este artigo (ABNT):

STRAPAZZON, Carlos Luiz. Respostas à pandemia e a estratégia brasileira. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, Belo Horizonte, n.42, p.136-165, set./dez. 2020. Disponível em: <<https://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2021/01/DIR42-09.pdf>>. Acesso em: dia mês. ano.