

SAÚDE

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise



Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes



Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação (substituto)

João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

POLÍTICAS SOCIAIS acompanhamento e análise Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial

Alexandre Arbex Valadares
Helder Rogério Santana Ferreira
José Aparecido Carlos Ribeiro
Luana Simões Pinheiro (editora)
Luciana Mendes Santos Servo
Marcelo Galiza Pereira de Souza (editor)
Marco Antônio Carvalho Natalino
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Sandro Pereira Silva

Colaboradores

Saúde

Carlos Octávio Ocké-Reis
Edvaldo Batista de Sá
Fabiola Sulpino Vieira
Luciana Mendes Santos Servo
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Sérgio Francisco Piola

SAÚDE¹

1 APRESENTAÇÃO

A pandemia de Covid-19, doença causada por um novo coronavírus, o Sars-COV-2, impôs enormes desafios aos países nos campos econômico e social. O desconhecimento inicial sobre a evolução da doença, a inexistência de medicamentos antivirais e de vacinas efetivos contra o vírus, o desenvolvimento da forma grave da enfermidade em parte dos casos, bem como a rápida propagação da infecção, são fatores que em conjunto tornaram esse evento um dos mais importantes em saúde pública desde a pandemia de gripe espanhola do começo do século XX.

Resultados preliminares do desempenho econômico em escala mundial sinalizam grande impacto da pandemia sobre as economias nacionais, ao que tudo indica, independentemente da adoção ou não pelos países de medidas restritivas à circulação das pessoas e à realização de atividades econômicas. Contudo, o desempenho deles, medido em termos de óbitos por 1 milhão de habitantes, parece mostrar um retrato mais favorável daqueles que empreenderam maiores esforços para reduzir a propagação do coronavírus, protegendo, assim, a vida de seus cidadãos.

No campo social, políticas de proteção ao emprego e garantia de renda mínima se fizeram necessárias a fim de mitigar os efeitos da queda da atividade econômica sobre a população. Essas políticas contribuíram para tornar mais efetivas as medidas de distanciamento social implementadas, as quais tiveram como objetivo principal retardar a transmissão da infecção para que o sistema de saúde tivesse condições de se preparar e atender a todos os casos que necessitassem de cuidados hospitalares. Isso exigiu rápida preparação e concentração de esforços para fazer frente à demanda por atendimento, que cresceu aceleradamente no início da primeira onda da epidemia em cada país.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vivenciou fortemente os efeitos da pandemia e teve que se organizar em curto espaço de tempo para responder à demanda crescente por leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e para a articulação das ações e dos serviços de vigilância em saúde, em um contexto nacional de alta dependência da importação de equipamentos, medicamentos, *kits* diagnósticos e

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bps28/saude>

materiais médico-hospitalares, e de escassez internacional desses produtos. Ademais, a crise política que se prolonga há alguns anos constituiu elemento a mais a desafiar a capacidade de resposta do sistema, já limitada por fatores outros, anteriores ao surgimento do novo coronavírus, tais como o financiamento e a oferta de serviços de média e alta complexidade insuficientes.

Considerando esse contexto, o objetivo deste capítulo é analisar a resposta brasileira no campo da saúde à pandemia de Covid-19 e as perspectivas para o período pós-Covid nesta área, tendo por recorte temporal o período compreendido entre fevereiro de 2020, quando o primeiro caso da doença é registrado no Brasil, e a primeira quinzena de dezembro de 2020, quando se intensifica o debate em torno de um plano nacional de imunização anticovid. O texto está dividido em três seções principais, além desta apresentação. Na seção 2, discutem-se a situação pré-pandemia e alguns fatores que condicionaram a resposta do SUS no enfrentamento da doença no período recente. Na seção 3, apresentam-se as principais medidas adotadas internacionalmente e analisa-se a resposta brasileira à pandemia, à luz dos fatores condicionantes pré-covid destacados e da conjuntura política atual. E, por fim, na seção 4, discutem-se algumas perspectivas futuras para o período pós-pandemia.

2 CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-COVID

2.1 Teto de gastos e o financiamento federal do SUS

Desde 2017, por determinação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a despesa primária² do governo federal não pode aumentar mais do que a inflação, até o ano de 2036. Ou seja, os gastos primários do governo ficam congelados em termos reais no valor de 2016, uma vez que só serão corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O congelamento das despesas primárias (pagas e dos restos a pagar pagos) foi chamado de Novo Regime Fiscal (NRF) ou, de forma mais simplificada, teto de gastos. Além da ancoragem da despesa fiscal, de não ter restringido o crescimento do gasto tributário e o pagamento de despesas financeiras, toda a receita adicional ao teto não poderá ser utilizada no financiamento de políticas públicas. O piso da saúde foi desvinculado da Receita Corrente Líquida (RCL), conforme ficara estabelecido pela EC nº 86/2015, e o piso para a educação também foi desvinculado de sua base, ficando ambos congelados (Ipea, 2018). Ainda que a sua vigência seja até 2036, a própria EC nº 95/2016 estabelece que, a partir de 2026, pelo menos o indexador do teto

2. Também conhecida como despesa não financeira, corresponde ao conjunto de gastos que possibilita a oferta de serviços públicos à sociedade, deduzidas às despesas financeiras. Ver: <<https://bit.ly/258Cp11>>. Acesso em: 30 set. 2020.

poderá ser modificado por lei complementar (LC).³ De qualquer forma, é pelo menos uma década de constringimento severo do gasto público.

Estudos iniciais alertaram para os problemas decorrentes do prolongado congelamento dos gastos públicos para o funcionamento da máquina estatal, para os programas sociais e para os investimentos públicos de uma forma geral (Vieira e Benevides, 2016; Dweck, Oliveira e Rossi, 2018). Uma consequência mais imediata, identificada nesses e em outros trabalhos, foi o aumento da competição entre as diferentes áreas governamentais por recursos que se tornarão cada vez mais escassos, diante do aumento das necessidades sabidamente crescentes em algumas áreas, como saúde, educação, previdência e assistência social, ciência e tecnologia, e da pressão daquelas onde o peso político das corporações se faz de forma mais pronunciada, como as áreas vinculadas à segurança pública e à defesa nacional.

Nos três primeiros anos de aplicação da EC nº 95/2016, as despesas foram contidas dentro dos tetos anualmente estipulados por meio de diversos expedientes, como cortes de recursos para algumas áreas – por exemplo, habitação, saneamento e investimentos de forma geral (Santos e Vieira, 2018) –, além da manutenção de valores significativos de restos a pagar na área da saúde.⁴ Os gastos do governo federal com saúde e educação, por circunstâncias especiais, tiveram o início do congelamento das aplicações mínimas adiado em um ano. Para a saúde, esse adiamento, associado ao fato de que a EC nº 95/2016 antecipou para o ano de 2017 o percentual de aplicação de 15% da RCL, previsto somente para 2020 pela EC nº 86/2015, propiciou algum crescimento em 2017. Como pela EC nº 86/2015 a aplicação mínima seria de 13,7% da RCL naquele ano, a antecipação do percentual previsto para 2020 representou, pelas novas regras, um ganho no exercício.⁵

3. EC nº 95/2016, art. 108: "O presidente da república poderá propor, a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal, projeto de lei complementar para alteração do método de correção dos limites a que se refere o inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias" (Brasil, 2016).

4. Para a educação e a saúde, os pisos continuaram sendo apurados pela despesa empenhada, fase inicial do processamento das despesas orçamentárias. Já na avaliação do teto de gastos como um todo, leva-se em conta a fase final – despesas pagas, incluindo os restos a pagar. Na prática, o governo acaba cumprindo as aplicações mínimas constitucionais porque elas são apuradas pelo estágio de empenho das despesas. Contudo, parte das despesas empenhadas não são pagas durante o exercício financeiro e são roladas para o ano seguinte na forma de restos a pagar. Como o teto de gastos é apurado pelo estágio de pagamento, se menos despesas são pagas no exercício com saúde e educação, maior é o espaço que resta para pagamento de outras despesas primárias. Esse procedimento dificilmente se sustenta por muito tempo, porque mais cedo ou mais tarde os restos a pagar terão que ser pagos e, caso sejam cancelados, os valores correspondentes terão de ser repostos como determina a LC nº 141/2012, para o caso da saúde, ainda que o controle externo não tenha atuado de forma incisiva sobre esta questão. De todo modo, esse mecanismo pode ser utilizado por alguns anos, fazendo com que a despesa efetiva com saúde (paga) seja menor que a aplicação mínima. Para mais detalhes sobre este tema, ver Vieira, Piola e Benevides (2018).

5. Na verdade, a antecipação do percentual de 15% da RCL para servir de piso para 2017 se impôs diante do fato da área já ter, em 2016, uma execução superior ao piso estabelecido para 2017 pela então vigente EC nº 86/2015. A queda das receitas governamentais ao longo do exercício de 2016 aumentou a despesa em ASPs em termos percentuais da RCL, de forma que o valor executado ao longo do ano, que representava no início do exercício percentual ligeiramente acima do mínimo de 13,2% da RCL, chegou ao final do ano a quase 15% da RCL já em 2016.

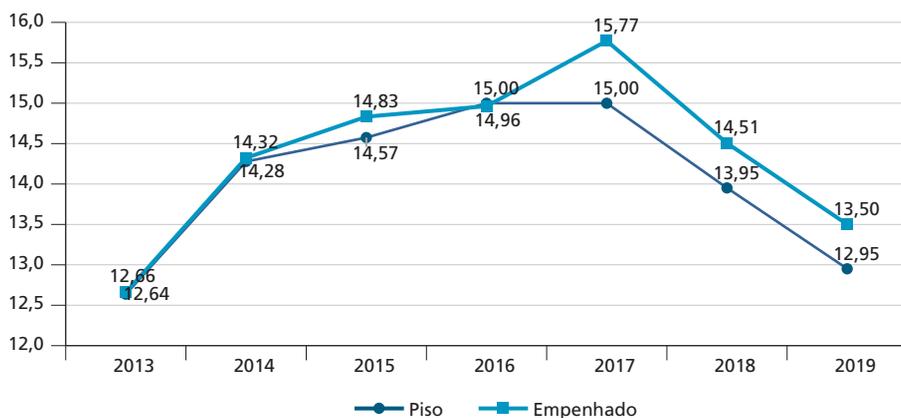
Nos dois anos subsequentes, mesmo recebendo valores superiores à simples correção do aplicado no ano anterior pela inflação,⁶ a saúde deixou de receber R\$ 17,6 bilhões em 2018 e 2019, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019, caso prevalecesse o disposto no artigo da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que determinava que 15% da RCL fossem aplicados em saúde pelo governo federal. Considerando os recursos autorizados no início de 2020, de quase R\$ 5 bilhões abaixo do piso anterior, a perda estimada entre 2018 e 2020 é de R\$ 22,5 bilhões (Moretti, Funcia e Ocké-Reis, 2020). De acordo com estudo de Benevides, Ocké-Reis e Funcia (2020 *apud* Santos e Funcia, 2020), o valor empenhado para o piso da saúde correspondeu a 15,77% da RCL em 2017, 14,51% em 2018 e 13,54% em 2019. Como se pode constatar, o teto de gastos impôs grande restrição orçamentária ao Ministério da Saúde (MS) e representava importante barreira ao financiamento das ações e dos serviços necessários ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 em todas as áreas de políticas públicas. Razão pela qual ele teve que ser temporariamente flexibilizado com o reconhecimento da situação de calamidade pública em março de 2020 (Coelho *et al.*, 2020), como se discutirá adiante neste capítulo.

2.2 Execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2019

Quanto à execução orçamentária do MS em 2019, foram empenhadas despesas no valor de R\$ 122,3 bilhões, R\$ 5,0 bilhões acima do piso de R\$ 117,3 bilhões. Em comparação com a regra de vinculação anterior, introduzida pela EC nº 86/2015, o que se observa é uma redução ano a ano, tanto do piso, que chegou a 13,0% da RCL, quanto da sua execução orçamentária, cujo valor empenhado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) equivale a 13,5% da RCL (gráfico 1). Pela regra da EC nº 86/2015, em 2019, o piso deveria ser de 14,5% da RCL do ano. Isso demonstra a perda de recursos imposta à saúde pela revogação dos dispositivos da EC nº 86/2015 sobre a aplicação mínima federal com a aprovação da EC nº 95/2016.

6. Em 2017, o piso foi fixado em R\$ 109,1 bilhões e o gasto com ASPS foi de R\$ 114,7 bilhões; em 2018, o piso foi de R\$ 112,4 bilhões e o gasto alcançou R\$ 116,8 bilhões; em 2019, o piso foi de R\$ 117,3 bilhões e o gasto atingiu R\$ 122,3 bilhões.

GRÁFICO 1
Despesa empenhada e piso em ASPS – Brasil (2013-2019)
(Em % da RCL)



Fonte: Ocké-Reis, Benevides e Fúncia (2021).

No que se refere à execução orçamentária por modalidade de aplicação, a participação das transferências intergovernamentais na despesa empenhada em ASPS aumentou para 66,0% em 2019 (R\$ 80,7 bilhões), após registrar 62,8% em 2017 e 63,9% em 2018. O valor transferido para os municípios foi de R\$ 60,1 bilhões, ou 49,1% da aplicação em ASPS, após 46,3% em 2017 e 47,5% em 2018, enquanto os governos estaduais receberam 16,9% do valor empenhado em ASPS. Esses números revelam ampliação da parcela de recursos federais executados descentralizadamente pelos estados e municípios e indicam mudanças introduzidas nos arranjos de implementação de políticas, programas e serviços no SUS.

Veja-se que as despesas empenhadas na subfunção de atenção hospitalar e ambulatorial (302) totalizaram R\$ 58,8 bilhões em 2019, aumento real de 5,2% em relação a 2018⁷ e de 1,1% em relação a 2017, passando a representar 48,1% da despesa em ASPS.⁸ Já na atenção básica (subfunção 301) foram empenhados R\$ 26,3 bilhões, aumento real de 0,4% em relação ao ano anterior e de 3,9% na comparação com 2017, representando 21,5% da despesa total em ASPS no ano de 2019. A transferência de recursos para os entes subnacionais aumentou nessas duas subfunções em 2019 em relação aos anos imediatamente anteriores.

As transferências a estados, Distrito Federal e municípios a título de Incremento do Piso de Atenção Básica (Incremento PAB) e Incremento de Média e Alta

7. Valores atualizados para 2019 pela variação anual média do IPCA, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

8. A comparação das despesas em atenção básica (subfunção 301) e assistência hospitalar e ambulatorial (subfunção 302) no ano de 2019 com os anos anteriores considera nessas subfunções os valores empenhados na ação 4525 (apoio à manutenção de unidades de saúde), que entre 2013 e 2018 foram classificados na subfunção 122 (administração geral), conforme detalhado em Benevides (2021).

Complexidade (Incremento MAC), realizadas a partir de 2015, aumentaram sua participação no orçamento do MS ano a ano de forma expressiva, passando de 0,4% para 1,2% em 2016, 3,7% em 2017, 5,7% em 2018 e 8,7% em 2019.⁹ Esses incrementos foram instituídos em decorrência da aprovação do orçamento impositivo pela EC nº 86/2015, que determina que valor equivalente a 0,6% da RCL seja alocado à saúde por emendas parlamentares para financiamento de despesas em ASPS. Não se trata de recurso adicional, mas de parcela dos recursos que são contabilizados para o piso da saúde que é alocada pelos parlamentares e que tem execução compulsória. Dado o subfinanciamento crônico do SUS, seria inviável que esses recursos fossem totalmente destinados à realização de investimentos, pois o custeio posterior dos serviços não estaria garantido. Dessa forma, a solução encontrada pelo MS foi de que eles constituíssem incrementos ao custeio da atenção básica (Incremento PAB) e da média e alta complexidade (Incremento MAC). Esse tipo de alocação preocupa por seu potencial de gerar maiores desigualdades de recursos entre os entes da Federação (Piola e Vieira, 2019).

Interessante notar que até 2018 os incrementos PAB e MAC eram alocados por emendas parlamentares e que, em 2019, houve uma mudança de procedimento – apenas 46,6% das despesas empenhadas foram destinadas por emendas parlamentares (R\$ 4,94 bilhões) e a maior parte dos recursos, 53,4% (R\$ 5,65 bilhões), foi alocada pelo próprio MS, conforme critério definido pelo gestor federal. Em 2019, havia um teto para recebimento de Incremento PAB – correspondente a 100% do valor recebido no ano anterior nos PABs Fixo e Variável – e de Incremento MAC – correspondente a 100% do faturamento de serviços de saúde aprovados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no ano anterior. As razões do MS para a ampliação dos incrementos mencionados com recursos sob sua própria programação precisam ser investigadas, uma vez que esses incrementos geralmente não beneficiam a todos os estados e municípios.

Com relação aos restos a pagar, ao final do exercício de 2019 foram inscritos R\$ 20,2 bilhões, dos quais R\$ 16,5 bilhões em ASPS de empenhos posteriores a 2013¹⁰ (LC nº 141). Segundo o *Relatório Anual de Gestão* de 2019 do MS, o percentual da despesa do orçamento de 2019 inscrita em restos a pagar foi de 8,9% (R\$ 11,0 bilhões), redução de 0,6 ponto percentual (p.p.) em relação ao ano anterior. Apesar desta redução, o percentual permanece em patamar elevado,

9. Até 2018, os incrementos PAB e MAC eram empenhados na ação 4525 (Apoio à manutenção de unidades de saúde), classificada na subfunção 122 (administração geral). A partir de 2019, passaram a ser empenhados nas subfunções de atenção básica (301) e atenção hospitalar e ambulatorial (302), respectivamente nas ações 2E89 (Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção básica para cumprimento de metas) e 2E90 (Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para cumprimento de metas).

10. A LC nº 141/2012 prevê a necessidade de reposição dos restos a pagar cancelados de ASPS de despesas empenhadas a partir de 2013.

o que mostra que parte importante das despesas com ASPS não são liquidadas e pagas dentro do exercício financeiro. São roladas para liquidação e pagamento nos exercícios subsequentes, ou seja, não se transformam em bens e serviços de saúde para a população no ano em que são empenhadas.

Esse é o retrato da execução orçamentário-financeira do MS no ano anterior ao de surgimento do novo coronavírus no Brasil. Ele explicita as condições prévias do financiamento federal para o SUS, as quais precisaram ser rapidamente modificadas para enfrentamento da pandemia no país.

2.3 Coordenação federativa

Outro importante fator condicionante da resposta brasileira à Covid é a coordenação federativa do SUS, que já vinha sendo fragilizada no período recente, conforme demonstram as tratativas para mudança de um de seus mais importantes instrumentos, a indução federal de políticas, programas e serviços via transferência condicionada de recursos aos entes subnacionais (Ipea, 2018). Sob a vigência da EC nº 95/2016, tentou-se implementar a transferência global dos recursos federais, sem vinculações a finalidades específicas, com total apoio do MS à iniciativa (Jaccoud e Vieira, 2018).

A definição de valores e a operação dos repasses federais aos entes subnacionais sempre demandaram algum nível de negociação mais ativa com o MS. Como exemplo, as transferências para financiamento dos serviços de MAC nos estados e municípios dependiam, em parte, da habilitação prévia pelo MS das unidades de saúde públicas ou privadas vinculadas à gestão estadual ou municipal. Em um contexto de restrição orçamentária crescente em virtude do teto de gastos, maiores pressões seriam dirigidas pelos estados e municípios à União. De um lado, seria conveniente ao MS realizar transferência global dos recursos aos entes subnacionais ao invés de transferências por linhas de repasse em blocos de financiamento, pois isso reduziria sobre o governo federal a pressão por mais recursos para financiar áreas específicas. E, de outro lado, a transferência global também interessava a esses entes, especialmente aos municípios, que há muito se queixam do que consideram tutela federal, que se concretiza na definição de muitas regras para realização dos repasses.¹¹

A proposta de transferência global dos recursos encontrou forte resistência na equipe de planejamento e orçamento do governo federal, que a julgou ilegal, porque se assim fosse feito não haveria observância da finalidade da

11. As críticas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) em parte são procedentes, já que o MS acaba criando uma série de regras que podem dificultar a aplicação dos recursos. Contudo, naquele momento, houve exagero na narrativa sobre as amarras impostas pelo governo federal. O Conasems chegou a alegar que as transferências federais corriam em mais de oitocentas linhas de repasse, quando na realidade elas não passavam de 75 e somente faziam jus a esse montante os maiores municípios. Em 2016, a mediana foi de 22 linhas de repasse considerando todos os municípios do país (Benevides, 2018).

aplicação dos recursos prevista no orçamento da União. Como naquele momento a sua implantação era inviável, criou-se uma solução, em tese, intermediária.¹² Os recursos passaram a ser transferidos em dois blocos de financiamento, custeio e investimentos, estando os entes livres para aplicá-los conforme a necessidade durante o exercício financeiro. Mas permaneciam obrigados a prestar contas de sua aplicação no montante transferido, de acordo com as ações do orçamento federal das quais são provenientes por meio do *Relatório Anual de Gestão* (Jaccoud e Vieira, 2018). Recentemente, nova mudança foi feita e os blocos foram denominados de Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2020a). Essa alteração possibilita que recursos destinados à manutenção das ASPS sejam aplicados na realização de reparos e adaptações das unidades de saúde.

O que a mudança na forma de realizar as transferências revela é que antes da pandemia já havia certa propensão do MS a abrir mão de sua prerrogativa de induzir prioridades nacionais via alocação dos recursos, o que também se observou com o aumento da participação da execução de recursos federais para a saúde por emendas parlamentares (Piola e Vieira, 2019). Resulta desse quadro a fragilização desse mecanismo de coordenação federativa do SUS, mecanismo esse que foi fundamental para a implementação de políticas e programas de saúde de abrangência nacional com grande sucesso (Viana e Machado, 2009).

2.4 Organização da rede regionalizada de saúde

Outro fator relevante para a resposta à pandemia de Covid-19 é a rede regionalizada de saúde. A mudança do financiamento federal do SUS pela EC nº 95/2016 trouxe implicações para sua organização, pois se os investimentos para a ampliação da oferta de serviços já eram baixos antes dela, sob a vigência dessa emenda tendem a ser menores. Inicialmente, a organização da prestação de serviços foi baseada em um processo de forte indução à descentralização das ações e dos serviços de saúde aos municípios. Esse processo promoveu avanços na organização da atenção básica. Contudo, resultou em importantes limitações quando a questão passa a ser a integralidade da atenção à saúde.¹³ A densidade e a complexidade exigidas para a oferta de determinados tratamentos, associadas ao fato de o Brasil ser um país continental, constituído por quase 4 mil municípios de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes), apontam para a necessidade de se pensar diferentes escalas territoriais para a sua garantia. Além disso, a CF/1988 estabelece que o SUS deve ser organizado na forma de uma rede regionalizada de ações e serviços públicos

12. Sem um efetivo meio para acompanhamento da prestação de contas dos entes da Federação, não há como se verificar se a finalidade da aplicação dos recursos federais transferidos está sendo respeitada.

13. A integralidade é uma diretriz constitucional do direito à saúde no Brasil que diz respeito à garantia de acesso à população a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta).

de saúde (Brasil, 1988). Embora alguns estados tenham iniciado a regionalização da atenção à saúde antes de 2000, somente a partir desse ano é que esse processo ganha contornos de uma proposta nacional (Carvalho *et al.*, 2017; Servo, Andrade e Amaral, 2019).

A organização dessa rede ainda se apresenta como um dos maiores desafios do sistema de saúde brasileiro. Desde a criação do SUS até o momento, os avanços ocorreram de forma muito diferenciada no país, tanto em termos de organização quanto em termos de resultados (Lima *et al.*, 2012; Servo, 2020). Estados que já possuíam alguma estrutura de oferta de serviços, maior participação das secretarias estaduais de saúde no processo de regionalização e melhores condições socioeconômicas avançaram mais rapidamente no começo da organização do sistema em seus territórios. Porém, mesmo estes, tiveram avanços apenas marginais em anos recentes. Outros estados, como os da região Norte, avançaram em meados dos anos 2000, mas também apresentaram limitações para continuar progredindo nesse processo. A regionalização ainda é muito condicionada pela estrutura de oferta de serviços e é pouco pautada por um planejamento nacional baseado nas necessidades de saúde.

Em 2017, foram elaboradas propostas de alteração da regionalização da saúde, consolidadas em duas resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A principal mudança foi o estabelecimento de um planejamento regional integrado (PRI) a partir da definição ou da revisão das macrorregiões de saúde. Nos estados onde as macrorregiões já estiverem consolidadas, o processo envolve a avaliação da necessidade de revisão de sua estrutura e governança. Em alguns casos, é necessário instituir macrorregiões, o que é decidido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O PRI seria instituído e coordenado pelo estado, com apoio dos municípios e a participação da União, devendo expressar as responsabilidades dos gestores de saúde.

Além da identificação das necessidades em saúde, da capacidade instalada, dos vazios assistenciais e dos fluxos de acesso, o PRI deve definir as prioridades sanitárias, a organização dos pontos de atenção da rede e a elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), com definição dos investimentos necessários para tornar a rede resolutiva naquele território. A PGASS incluiria os quantitativos físicos e financeiros dos recursos para as ASPS na macrorregião. Assim, o PRI substituiria instrumentos anteriores da regionalização como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI). Além disso, exceto para os estados da região Norte, foi definido que as macrorregiões devem ter no mínimo 700 mil habitantes e garantir

a resolutividade da rede de atenção, deslocando-se o espaço de planejamento da (micro)região para a macrorregião de saúde (Brasil, 2018).¹⁴

Ademais, serão instituídos Comitês Executivos de Governança das redes de atenção à saúde (RAS) no espaço macrorregional com a finalidade de “monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde” (Brasil, 2017a).

Apesar dessas mudanças, alguns pressupostos básicos e condicionantes do processo de regionalização ainda se fazem presentes: i) necessidade de recursos para investimento e estruturação da oferta em uma rede resolutiva; ii) capacitação dos três entes da Federação para a elaboração do PRI; e iii) necessidade de coordenação federativa para fazer avançar o processo de regionalização.

Assim, o país chega a 2020 com uma regionalização da saúde definida a partir de 450 regiões de saúde e 118 macrorregiões, incluindo o Distrito Federal, que é ao mesmo tempo região e macrorregião de saúde. Essas regiões apresentam grandes desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde de atenção especializada, de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, com importantes vazios assistenciais.¹⁵ Entre 2008 e 2015, houve aumento da evasão para internações de média complexidade fora das regiões de saúde de residência dos usuários e, também, da distância média percorrida para atendimento fora dessas regiões (Servo, Andrade e Amaral, 2019). Essas desigualdades se mantiveram em 2018, com distâncias médias percorridas para alta complexidade em torno de 155 km, mas podendo ser superior a 400 km em algumas regiões (IBGE, 2020). Além disso, permanece no SUS a dependência da oferta privada para vários serviços de MAC, sem uma regulação assistencial bem estabelecida, e a ausência de investimentos para estruturar uma rede de serviços regionalizada, a fim de aumentar a eficiência e reduzir as desigualdades de acesso. Considerando o histórico subfinanciamento do SUS, as restrições orçamentárias impostas em períodos mais recentes e a redução da participação federal no financiamento do sistema, não se vislumbram mudanças importantes nesse processo no médio prazo.

14. As regiões de saúde são o “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a). Pode haver regiões de saúde compostas por municípios limítrofes de mais de um estado, mas cada município só pode compor uma região de saúde. Além da organização em regiões, a regionalização da saúde pode ser feita em nível macrorregional, que envolve serviços de mais alta complexidade. A macrorregião de saúde deve conter a maior parte das ações e dos serviços de saúde capazes de garantir a integralidade da atenção (da atenção básica a alta complexidade). Em 2018, foi definido que as macrorregiões seriam o espaço regional ampliado onde deve ser garantida a resolutividade das redes de atenção à saúde.

15. Vazios assistenciais são espaços em que não há oferta de um determinado serviço de saúde onde ele deveria existir, ou seja, onde há gargalo ou insuficiência de oferta. A definição desse espaço como vazio assistencial depende de parâmetros estabelecidos pelas políticas públicas de saúde.

2.5 Recursos humanos em saúde

Outro condicionante da resposta brasileira à pandemia de Covid-19 é a disponibilidade e a qualificação dos recursos humanos em saúde. A implantação do SUS ampliou a demanda por profissionais de saúde de várias especialidades em todo território nacional, para garantia da universalidade e, também, da integralidade do cuidado. O modelo proposto na implementação do SUS para organizar a atenção da saúde é o da atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada preferencial da rede regionalizada. Mudou-se o foco do modelo centrado no hospital para um modelo mais descentralizado, no qual a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se a iniciativa de APS priorizada para indução pelo governo federal em pactuação com estados e municípios. Em pouco tempo houve aumento da cobertura da atenção básica no país com a indução federal dessa estratégia, que tinha por base as equipes de saúde da família (eSFs), compostas por médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Rapidamente a demanda por esses profissionais aumentou, gerando discussões sobre a necessidade de ampliação da formação de profissionais em nível superior e técnico, bem como sobre a distribuição desses profissionais no território nacional. O que se observou foi uma rápida ampliação da formação em nível de graduação de médicos e enfermeiros, da oferta de cursos técnicos, assim como da contratação de ACS.

No caso dos ACS, esses viram seu papel e sua inserção na APS se modificar ao longo do tempo. Quando da implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e, posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, esses trabalhadores eram recrutados diretamente da comunidade (território) onde atuavam as eSFs e eram contratados informalmente. Ao longo do tempo, lutaram para serem reconhecidos, alcançando, no começo dos anos 2000, o reconhecimento da profissão, que veio a ser regulamentada em 2006. Essa regulamentação impulsionou a formalização dos vínculos, cuja contratação se deu por meio de processo seletivo público, expressando-se em contratos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Paralelamente, houve a aprovação de um piso salarial em 2014 (Morosini e Fonseca, 2018). Esses processos, particularmente a aprovação do piso, geraram pressões e disputas orçamentárias que se tornaram ainda mais claras com a aprovação do piso salarial em 2018. Naquele momento, os municípios questionaram a aprovação e o valor do piso, sendo os seus argumentos sumarizados pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Essa confederação reconheceu a importância dos ACS, mas foi contra a aprovação do piso por seu impacto sobre o orçamento municipal (CNM, 2018a). Além disso, posicionou-se contrária à Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB 2017), argumentando que esta política: i) focava apenas em um profissional (o ACS) e não contemplava a multiprofissionalidade; ii) interferia na autonomia

municipal, ao definir e regulamentar uma profissão relacionada a empregados públicos municipais; iii) gerava também impacto financeiro para a União, estimado à época em R\$ 3,2 bilhões; e iv) importaria cortes em outros serviços, visto que a EC nº 95/2016 estabelece limite ao crescimento dos gastos e, com isso, qualquer aumento de despesa implicaria em remanejamento de recursos de uma área para outra (CNM e Conasems, 2018). Os argumentos da CNM e do Conasems, juntamente com a flexibilização dos tipos de equipe previstas na PNAB 2017, que prevê dois modelos: as eSFs e um modelo denominado de equipe de atenção básica (eAB), no qual a inclusão de ACS e agentes de combate a endemias (ACE)¹⁶ é opcional, e com a pressão da gestão por resultados contribuíram para a compartimentalização das atribuições dos membros da equipe, com especial prejuízo para a interação dos ACS com os outros membros da ESF (Morosini e Fonseca, 2018).

Com relação aos profissionais de nível superior, o aumento do número de concluintes de graduação em enfermagem se deu de forma mais acelerada que a de médicos. Outros indicadores, como a remuneração média por hora entre profissionais de nível superior, mostram crescimento mais acelerado da remuneração de médicos quando comparado com a dos engenheiros e advogados, mas não com a de enfermeiros (Vieira e Servo, 2013). Sobre a escassez de profissionais de saúde, os estudos acabam discutindo e reforçando a necessidade de políticas voltadas à ampliação e/ou à redistribuição da oferta de médicos no SUS, que é considerada mais crítica.

Por essa razão, uma iniciativa que ganhou grande visibilidade foi o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, que, entre seus objetivos, visava ampliar a oferta de médicos na APS. Após sucessivas tentativas de contratar médicos brasileiros para áreas remotas, o programa acabou por recorrer, também, à contratação de profissionais formados no exterior, sem registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), com destaque para o acordo de cooperação firmado entre o governo brasileiro e o governo cubano, intermediado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esse programa levou médicos para várias regiões do país e reduziu os problemas relacionados à escassez desses profissionais em áreas remotas ou em áreas desassistidas de centros urbanos, onde vive a população em situação de vulnerabilidade social. Todavia, o PMM foi objeto de muita resistência, o que levou a mudanças em seu desenho, como será discutido a seguir.

16. O ACE atua no controle de endemias, devendo trabalhar de forma articulada às equipes de saúde da família. Mantém contato direto com a população, realizando vistorias para buscar focos endêmicos, aplicação de larvicidas e inseticidas, orientação quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas, entre outras atividades. A esse respeito, ver Torres (2009).

2.6 Mudanças no Programa Mais Médicos e no financiamento da atenção primária à saúde

No âmbito da APS, entre 2018 e 2019, outras duas importantes mudanças aconteceram e condicionaram a resposta brasileira à Covid-19 – o encerramento do PMM e a alteração do modelo de financiamento da APS. A primeira trouxe novamente a questão de como reduzir a escassez de médicos sem recorrer a profissionais estrangeiros. A segunda está relacionada aos impactos que atuais propostas de mudança no modelo de financiamento da APS podem ter para a possibilidade desse nível de cuidado ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no país e ordenadora da rede de atenção à saúde.

Em relação ao PMM, o total de médicos cubanos atuando no programa, que foi de quase 11,5 mil no primeiro semestre de 2017 (Brasil, 2017b), reduziu-se para 8,1 mil profissionais no final de 2018. Nesse mesmo ano, havia 3,3 mil intercambistas de outros países e cerca de 4,5 mil médicos com registro no CRM no Brasil (brasileiros e profissionais de outras nacionalidades com diploma habilitado no país), totalizando, aproximadamente, 16 mil médicos. Após sucessivas críticas ao programa e à atuação dos cubanos por parte do candidato eleito à Presidência da República, o governo de Cuba comunicou ao governo brasileiro que encerraria o acordo (19 de novembro de 2018) e que os 8 mil médicos deixariam o país ao final do ano (2018). Mesmo com o lançamento de editais para tentar atrair médicos com registro no Brasil, no ano de 2019, houve redução significativa desses profissionais na APS, com especial dificuldade para sua alocação em distritos sanitários indígenas e municípios de pequeno porte ou remotos. Nas estimativas apresentadas pelo Conasems, 611 municípios corriam o risco de ficar sem médicos e o presidente desse conselho alertou para a possibilidade de não se conseguir substituir os cubanos por médicos com registro no Brasil, dado o comportamento observado em editais anteriores (Mais de 600..., 2018). A CNM estimou um número bem mais elevado de municípios em risco, visto que 1.479 deles só tinham médicos cubanos atuando nas equipes (CNM, 2018b). Mesmo no estado de São Paulo, no segundo semestre de 2019, afirmava-se que 50% dos municípios que ficaram sem os médicos do programa ainda não tinham conseguido repô-los (Cosems/SP, 2019).

Em agosto de 2019, por meio de Medida Provisória (MP) nº 890/2019, o governo lançou o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) para substituir o PMM gradualmente, começando o processo em 2020 e terminando em 2022. Em novembro, o PMpB foi aprovado pelo Congresso e sancionado pelo presidente da República (Brasil, 2019a).

A proposta do PMpB se baseou também em críticas da corporação médica, que afirmava haver interesse dos profissionais com CRM no Brasil em participar do PMM, mas que o governo brasileiro estava privilegiando os médicos cubanos.

Além disso, criticava a ausência de garantias contratuais no programa (CFM, 2018). Assim, a principal proposta do PMpB era atrair médicos com CRM no país, após um período de transição de dois anos (2020-2021). Nos primeiros anos do programa, os médicos receberiam bolsa no valor de R\$ 12 mil, mais adicionais de R\$ 3 mil e R\$ 6 mil, a depender da localidade de atuação. Ingressariam para a formação em medicina de família e comunidade, algo que já fazia parte do PMM. A diferença é que, após a aprovação nessa especialização, seriam contratados via CLT para atuar nas unidades onde realizaram a formação, com remuneração-base de R\$ 14 mil, com quatro níveis, chegando a R\$ 24 mil. Essas, somadas às gratificações, poderiam totalizar R\$ 30 mil após um período de três anos, a depender da localidade de atuação (TCU, 2020a).

Essa proposta estava associada à autorização para criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps) na lei que instituiu o PMpB. A Adaps foi criada como um serviço social autônomo de direito privado, com prerrogativa para estabelecer contrato de gestão com o MS visando à contratação de médicos para o PMpB (Brasil, 2020b). Como esses processos ainda estão em fase de implementação, o que tem sido feito por meio de sucessivos editais é buscar atrair médicos estrangeiros, brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado no Brasil e médicos cubanos que permaneceram no país após o encerramento do PMM (Brasil, 2020c).

A criação da Adaps foi criticada por especialistas e estudiosos da APS no Brasil. Uma das críticas refere-se ao fato de a agência ter autorização por lei para estabelecer contratos com o setor privado, o que indicaria uma possível ampliação da atuação desse setor na atenção primária, que até o momento é fortemente baseada em unidades públicas, geridas por municípios. A preocupação com a contratação privada considera, também, os problemas já observados na relação público-privada em saúde no país: várias portas de entrada,¹⁷ foco no indivíduo e perda de referência ao território e à comunidade, dificuldade de obtenção de informações para gestão do sistema de saúde, entre outros (Giovannella, Franco e Almeida, 2020; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Outra alteração importante com impactos sobre a APS diz respeito ao seu financiamento, cuja modificação começou a ser discutida no MS antes mesmo do fim do PMM e da criação da Adaps, resultando na aprovação de um novo modelo em novembro de 2019, que foi denominado de Previne Brasil (Brasil, 2019b). Foram definidos novos critérios de transferência de recursos fundo a fundo, baseados em três blocos (quadro 1). Os incentivos às ações estratégicas

17. É comum que os estabelecimentos privados de saúde prestem serviços tendo diferentes fontes pagadoras: o SUS, planos privados de saúde e o próprio paciente, por desembolso direto. São distintas portas de entrada que acabam gerando desigualdades de atendimento de acordo com a fonte pagadora, entre outros problemas.

passaram a congregar todos os incentivos que antes faziam parte dos critérios para transferências fundo a fundo para a APS e foram criados outros dois – a capitação ponderada e o pagamento por desempenho.

A capitação ponderada muda o critério de transferências *per capita* que não considera mais somente o total da população, mas o total de pessoas efetivamente cadastradas nas unidades básicas de saúde, o perfil demográfico, as vulnerabilidades socioeconômicas e um critério geográfico. O perfil demográfico dá um peso maior para municípios com crianças (abaixo de 5 anos) e idosos (acima de 65 anos). A vulnerabilidade dá um peso maior para inscritos no Programa Bolsa Família (PBF) e a beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da Previdência Social com benefícios inferiores a dois salários mínimos. O critério geográfico dá um peso maior para moradores de áreas remotas. Por fim, o pagamento por desempenho criou um incentivo para a adoção de ações voltadas à ampliação do desempenho na APS. Indicadores de processo e resultados serão definidos pelo MS e pactuados na CIT para sua avaliação.

Antes dessa mudança, o PAB Variável era composto por incentivos federais a modelos que organizaram a APS desde a criação do Programa Saúde da Família até a sua conversão em Estratégia de Saúde de Família. Entre eles, o incentivo para as eSFs e, posteriormente, para a inclusão de novas modalidades de equipes, como equipes de saúde bucal, ribeirinhas, de atenção à saúde prisional, de consultório na rua, núcleos de apoio à saúde da família, entre outras. Todas essas modalidades passaram a compor os critérios de transferências por incentivo às ações estratégicas (quadro 1).

QUADRO 1

Previne Brasil: novos critérios para o financiamento da atenção primária em saúde

Critérios	Descrição	Detalhamento
Capitação ponderada	Incentivo para a APS nos municípios, calculado a partir da população cadastrada para acompanhamento pelas equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Considera, também, a vulnerabilidade socioeconômica, bem como o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada e a classificação geográfica definida pelo IBGE.	Estabelece pesos diferenciados para vulnerabilidade ou perfil demográfico (peso 1,3) e geográfico (1, 1,45 e 2): vulnerabilidade: Cadastro no PBF, BPC ou recebimento de benefício previdenciário de até dois salários mínimos; demográfico: proporção de pessoas com até 5 anos ou com mais de 65 anos de idade; e geográfico: município urbano (peso 1); município intermediário adjacente (peso 1,45); município rural adjacente (peso 1,45); município intermediário remoto (peso 2); município rural remoto (peso 2). Estabelece limites para cadastramento por equipes variando de 1,5 mil a 4 mil pessoas: Pontuação do município ou Distrito Federal = [(população cadastrada que se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica ou no perfil demográfico x 1,3) + (população cadastrada que não se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica nem no perfil demográfico x 1)] x peso da classificação geográfica.

(Continua)

(Continuação)

Critérios	Descrição	Detalhamento
Pagamento por desempenho	Incentivo que irá considerar o desempenho das equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ele considerará indicadores previamente definidos pelo MS e pactuados na CIT.	Desempenho irá considerar indicadores de processo e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde e indicadores globais da APS – a ser transferido mensalmente e recalculado a cada quatro competências financeiras.
Incentivo às ações estratégicas	Nesse critério foram incluídos todos os incentivos anteriores que compunham o PAB Variável.	I - Programa Saúde na Hora. II - Equipe de saúde bucal (eSB). III - Unidade odontológica móvel (UOM). IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). VI - Equipe de consultório na rua (eCR). VII - Unidade básica de saúde fluvial (UBSF). VIII - Equipe de saúde da família ribeirinha (eSFR). IX – Microscopista. X - Equipe de atenção básica prisional (eABP). XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. XII - Programa Saúde na Escola (PSE). XIII - Programa Academia da Saúde. XIV - Programas de apoio à informatização da APS. XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional. XVI - Estratégia de agentes comunitários de saúde. XVII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Fonte: Brasil (2019b).

Como há municípios que perdem recursos com esses novos critérios, previu-se um período de transição de doze meses a partir da publicação da portaria que os institui (Brasil, 2019b). Os municípios terão os repasses federais assegurados nesse período, após o qual haverá uma redistribuição entre eles. Alguns receberão mais recursos, outros menos.

Com relação ao cadastro da população, a equipe que instituiu o Previne Brasil no MS afirmou que ele não representava a realidade, com o repasse por equipe cadastrada desconsiderando as múltiplas contagens de pessoas (Sellera *et al.*, 2020). A partir da multiplicação de uma média de 3,45 mil pessoas por equipe, estimava-se, anteriormente, que as equipes de saúde da família existentes alcançavam uma cobertura de 148 milhões de pessoas, ou 71% da população brasileira. Após fazer uma análise e limpeza dos registros, o MS passou a afirmar que haveria 86 milhões de pessoas efetivamente cadastradas no final de 2018. Com o incentivo ao cadastramento, esperavam alcançar 149 milhões de pessoas até o final de 2020. Quanto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), os idealizadores do Previne Brasil reconheceram como avanço do programa a introdução da cultura avaliativa na atenção básica, mas consideraram

que carecia de mudanças. As principais críticas estavam relacionadas à ausência de medidas comparáveis internacionalmente e a problemas na construção dos instrumentos avaliativos. Para eles, os novos critérios do Previne Brasil responderiam a essas críticas, sendo construídos a partir de padrões internacionais, com foco nas pessoas e em resultados de saúde, e não somente em processos (Sellera *et al.*, 2020).

Vários atores não governamentais e alguns governamentais têm criticado esse novo modelo. As principais críticas referem-se ao que consideram indução a um modelo focado no cuidado individual, sem uma base territorial e comunitária, em virtude das mudanças potenciais nas equipes multiprofissionais e da diminuição do número de ACS, o que poderia comprometer a universalidade e a equidade no acesso aos serviços. Além disso, manifestaram preocupação com a privatização da APS via Adaps e com a redução dos recursos para seu financiamento (Giovanela, Franco e Almeida, 2020; Massuda, 2020; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020; Cosems/SP, 2019; Cosems/RJ, 2020).

Diante da cobertura alcançada pela APS no Brasil, no início da pandemia, publicações internacionais consideravam a atuação a partir desse nível de atenção como algo muito importante no controle da doença. O que se verificou, no entanto, foi, de certa forma, uma subutilização desse recurso por falta de uma condução unificada nacionalmente e pela falta de equipamentos de proteção individual que viabilizassem o trabalho de orientação que poderiam ter, por exemplo, os mais de 282 mil agentes comunitários de saúde que atuavam no SUS.

As mudanças no PMM e no financiamento da APS têm relação com pressões econômicas e políticas para maior controle do gasto público – que também culminaram com a aprovação da EC nº 95/2016 – e com decisões para se avançar nos processos de descentralização do SUS. No conjunto, elas condicionaram a capacidade de resposta do sistema durante a pandemia de Covid-19.

2.7 Planos de saúde

No âmbito da saúde suplementar, alterações se operaram em anos recentes e também contribuíram para o condicionamento da resposta brasileira à Covid-19. As duas primeiras décadas do século XXI trouxeram mudanças significativas para o mercado de planos de saúde no Brasil. Essas mudanças foram marcadas por um paradoxo: os avanços do SUS, pautado pela universalidade e integralidade, não implicaram diminuição do setor privado, uma vez que um processo não ocorreu em detrimento do outro, caracterizando uma trajetória repleta de contradições (Ocké-Reis, 2012).

Os recursos aplicados no SUS em relação ao produto interno bruto (PIB) mantiveram-se estáveis, ao passo que o gasto tributário em saúde¹⁸ se ampliou (Ocké-Reis, 2018), fato que acabou reproduzindo, a um só tempo, o mercado de serviços de saúde e o sistema de saúde duplicado¹⁹ no Brasil. A partir de 2014, entretanto, a tentativa de mercantilização do SUS e privatização do sistema se acentuou, especialmente após a recessão (2015-2016) e a aprovação do teto de gastos em 2016. Essa medida reduziu em termos reais os recursos alocados pelo governo federal na saúde (Moretti, Funcia e Ocké-Reis, 2020), minando os objetivos do SUS e abrindo espaço para o mercado de planos ocupar espaços abandonados pelas políticas de saúde.

Vale dizer, o debate sobre o funcionamento do mercado se intensificou entre 2014 e 2018, uma vez que, dados o desenho da política regulatória e o aumento acentuado dos preços dos planos de saúde, a crise econômica acabou expulsando pouco mais de 3 milhões de usuários de planos, no contexto do aumento do desemprego e da queda da renda (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2019).²⁰ Por sua vez, as operadoras de planos médico-hospitalares faturaram R\$ 192,1 bilhões em 2018. Esse resultado positivo, em sentido oposto à estagnação econômica, reforça a importância de se acompanhar o desempenho das operadoras para se aperfeiçoar os mecanismos regulatórios, visto que, à primeira vista, a taxa de sinistralidade diminuiu e o lucro líquido *per capita* desse mercado aumentou antes mesmo da pandemia.

Em particular, cabe destacar que, desde a implementação da regulação da saúde suplementar (Lei nº 9.656/1998) e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei nº 9.961/2000), a política de reajuste dos planos individuais, que deixou de fora os planos coletivos, provocou um aumento generalizado do nível de preços dos planos. Entre 2000 e 2018, considerando o IPCA, constatou-se que a taxa de inflação acumulada de 382% dos planos foi superior à taxa de inflação geral (208%) e à da saúde (180%), o que acabou afetando consumidores e empregadores no longo prazo, bem como problematizando a antiga metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais e familiares de saúde, definida pela ANS.

Ao final de 2018, a explicitação desse problema resultou na aprovação de mudança do reajuste dos planos individuais, que passou a ter uma nova metodologia

18. Segundo a Receita Federal, gastos tributários "são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao Sistema Tributário de Referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte". Eles são provenientes de situações que "promovem isenções, anistias, presunções creditícias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações de natureza tributária" (Brasil, [s.d.]).

19. Diz-se que um sistema de saúde é duplicado quando "serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público (seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social)" (OCDE, 2004 *apud* Santos, 2011, p. 2744).

20. A maioria dos contratos na saúde suplementar é da modalidade de planos coletivos empresariais que, no geral, são oferecidos pelas empresas aos seus empregados. Se as pessoas perdem seus empregos, dificilmente poderão manter esse plano, ainda que seja possível, uma vez que terão de arcar com o pagamento integral do benefício. Ver IESS (2017) e ANS ([s.d.]).

de cálculo do índice da ANS de reajuste máximo,²¹ a ser aplicada para o ciclo seguinte de maio de 2019 a abril subsequente (Fiuza, Marinho e Ocké-Reis, 2020). Apesar dos riscos de captura pelo poder econômico na administração da nova metodologia, o importante agora é perguntar se tal metodologia mudará a tendência de aumento continuado dos planos de saúde, que prejudica consumidores e empregadores, ou se fracassará do mesmo modo que a metodologia anterior. Essa questão se torna particularmente importante com a recessão econômica causada pela pandemia, pois é provável que parte da população que possui plano de saúde deixe de tê-lo, seja pelo aumento do desemprego, seja pela redução de sua renda. Com isso, pode perder a cobertura privada em momento de crise sanitária, aumentando ainda mais a pressão sobre o SUS.

3 AÇÕES E REFLEXÕES DESENCADEADAS PELA PANDEMIA NO CAMPO DA SAÚDE

Há muitos desafios em se apresentar e discutir ações e reflexões desencadeadas por uma pandemia que ainda está em curso. Esses desafios incluem não se ter total clareza sobre a efetividade das medidas adotadas e de ainda ocorrer alta incidência da doença (novos casos) e crescimento da prevalência (casos acumulados ao longo do tempo), após a curva de prevalência e de óbitos ter passado por estabilização e posterior redução. Esses movimentos têm sido denominados de ondas e estão sendo vivenciados por vários países do mundo. Assim, o que se pode fazer é um relato das ações e reflexões da pandemia em momentos, deixando claro o período a que se referem as informações. A história natural da Covid-19 ainda está sendo escrita quando concluímos esse texto em dezembro de 2020. Dessa forma, o relato das experiências internacionais é datado, fica rapidamente desatualizado, mas sintetiza informações que nos auxiliam no presente, podem servir de lições e nos permitir, no futuro, analisar com mais clareza o que aconteceu em 2020 e nos anos seguintes.

3.1 Experiência internacional

O surgimento de epidemias normalmente resulta em perdas humanas e econômicas e em dificuldades políticas. Assim, cabe aos governos organizarem uma resposta coordenada a seus complexos e multidimensionais impactos, sendo responsabilidade dos serviços de saúde controlar ou preferivelmente prevenir seu surgimento. No dia 11 de março, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a existência de uma pandemia, que é uma epidemia em escala global, e, desde então, os países adotaram diversas medidas para controlar a disseminação do vírus e tratar a população

21. A nova metodologia considera no cálculo do reajuste o índice de valor das despesas assistenciais (IVDA), com peso de 80%, e o IPCA sem o subitem *plano de saúde*, com peso de 20%. O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde e o IPCA incide sobre custos de outras despesas (exemplo, despesas administrativas). Ver ANS ([s.d.]).

infectada. Esta subsecção baseia-se em Sá (2020) e documenta as medidas adotadas de controle da pandemia em uma perspectiva internacional.

Ainda no final de dezembro de 2019, médicos na cidade de Wuhan, na China, começaram a expressar preocupação com pacientes sofrendo de um tipo pouco comum de pneumonia. No dia 20 de janeiro foram identificados os primeiros casos de transmissão humana do novo coronavírus (Sars-COV-2) na cidade. Líderes de países asiáticos agiram rapidamente para controlar a disseminação do vírus, possivelmente pela proximidade com a China e devido à experiência com as crises anteriores ocorridas na região.²² Por sua vez, apesar dos indícios do aumento do risco de pandemias²³ e dos sinais vindos da China, muitos países demoraram a responder e rapidamente o número de casos cresceu em todo o mundo como veremos a seguir.

A OMS publica regularmente recomendações atualizadas, as quais consideram os avanços no conhecimento sobre o vírus e a doença por ele causada, para ajudar os países a desenvolverem sua capacidade de resposta à pandemia, com controle da transmissão do Sars-COV-2 e redução da mortalidade associada à Covid-19. As medidas de saúde pública incluem medidas de proteção pessoal (higiene das mãos, etiqueta respiratória),²⁴ ambientais, de distanciamento físico e as relacionadas a deslocamentos e viagens. As medidas de distanciamento físico são aplicadas a indivíduos (isolamento de casos e quarentena dos contatos) ou a comunidades, segmentos específicos da população ou toda a população. Medidas adicionais em larga escala de saúde pública e social, incluem a restrição de movimento, o fechamento de escolas e empresas, as quarentenas localizadas em determinadas áreas geográficas e as restrições a viagens internacionais (WHO, 2020a; 2020b). Contudo, como alerta a OMS, os países devem ajustar essas recomendações às suas circunstâncias, pois em geral os fatores de transmissão variam de acordo com o agente patógeno, a densidade populacional, a composição etária, a distribuição de renda,

22. Um exemplo é a epidemia de Severe Acute Respiratory Syndrome causada pelo coronavírus (conhecida pelos acrônimos Sars-COV ou Sars-COV-1), que se originou na cidade de Foshan, na província chinesa de Guangdong. Em 2003, o vírus atingiu vários países asiáticos, chegou a países como África do Sul, Austrália, Brasil, Canadá, Espanha e Estados Unidos e resultou em mais de 8 mil infectados e em aproximadamente oitocentas mortes. Posteriormente, houve a crise provocada pela gripe aviária (2003-2004).

23. Em seu manual de gerenciamento de epidemias publicado em 2018, a OMS previa que, devido aos efeitos da globalização, da intensa mobilidade de populações humanas e da implacável urbanização, um novo vírus emergente se disseminaria mais rapidamente e teria maior alcance global (WHO, 2018). Adicionalmente, ainda em 2019, um relatório do Global Preparedness Monitoring Board alertava para o fato de que o mundo não estava preparado para um patógeno respiratório virulento se disseminando rapidamente em pandemia (GPMB, 2019). O início deste século trouxe consigo um aumento considerável do risco de pandemias. Os primeiros sinais vieram com as epidemias de Sars-COV-1 e de gripe aviária, já citadas. Desde então, tivemos as crises provocadas pela gripe aviária (2003-2004), pela gripe suína (2009-2010), pela Middle East Respiratory Syndrome – Mers (2012) e pelo vírus ebola (2013-2016 e desde 2018).

24. Etiquetas respiratórias são medidas não farmacológicas relacionadas ao comportamento no momento da fala e da respiração, as quais incluem orientações para cobrir a boca e o nariz com lenço ou com o braço ao tossir ou respirar, manter distância de 2 metros de qualquer pessoa que esteja tossindo ou espirrando. Essas medidas associadas a outras mencionadas no texto foram as primeiras direcionadas à indução de mudanças de comportamento nas pessoas buscando evitar o contágio.

as condições climáticas e a cultura local. Estas medidas podem ser enquadradas em quatro estratégias básicas de controle de pandemias, que se distinguem pelo grau de severidade das restrições à circulação de pessoas, e podem ser adotadas isoladamente ou em conjunto, a depender da incidência de casos por regiões: a contenção, o distanciamento social seletivo, o distanciamento social ampliado e o *lockdown*.

No *lockdown*, ou quarentena,²⁵ que é o termo usado na área de saúde, há o fechamento das fronteiras ou o isolamento da região, a paralisação quase total das atividades e a proibição da circulação de pessoas, sendo permitido sair de casa somente para comprar alimentos ou remédios ou para obter tratamento médico. O descumprimento das medidas pode acarretar penalidades, como multas administrativas e até mesmo pena criminal. O distanciamento social ampliado, também referido como isolamento horizontal, envolve recomendações de redução de contato fora do domicílio para todos os indivíduos, o fechamento de escolas, bares, restaurantes e serviços não essenciais e a proibição de aglomerações de pessoas, de modo a interromper a transmissão do agente patógeno. No distanciamento social seletivo, também conhecido como isolamento vertical, fica restrita apenas a circulação de alguns grupos populacionais, como os idosos e outros grupos que sejam mais vulneráveis a desenvolver a forma mais severa da doença provocada pelo vírus, os casos sintomáticos são isolados e seus contatos são colocados em quarentena; alguns estabelecimentos também podem ser fechados. As duas estratégias de distanciamento social não buscam interromper completamente o avanço das infecções, mas sim diluir o número de casos em um período mais longo de tempo para permitir ao sistema de saúde lidar com os casos mais severos.²⁶ A estratégia de contenção requer o controle da entrada de passageiros vindos do exterior, em especial dos passageiros vindos dos locais onde haja surtos, com o objetivo de investigar se estes apresentam sintomas da doença causada pelo agente patógeno ou se tiveram contato com pessoas infectadas, isolar os casos identificados e colocar em quarentena os casos suspeitos (Ferguson *et al.*, 2020; Brasil, 2020d).

Os países asiáticos agiram rapidamente para controlar a disseminação do novo coronavírus. Na China, que se destaca pelo grau de severidade das medidas tomadas, apenas três dias após a identificação dos primeiros casos de transmissão entre humanos, o governo impôs o bloqueio total e implementou duras medidas de restrição da circulação de pessoas em Wuhan, onde houve o primeiro surto do coronavírus, que se estendeu para toda a província de Hubei, onde fica a cidade de Wuhan. A seguir, foram implementadas medidas de distanciamento social para todo o país e o governo contou com o apoio de aplicativos para celular usados pela

25. A quarentena pode ser aplicada para indivíduos, grupos de pessoas e toda região (bairro, município, estado, país etc.).

26. O objetivo principal dessas duas estratégias é baixar o número reprodutivo, que é o número de casos secundários que cada caso gera, para menos de 1, reduzindo drasticamente o número de infectados e mantendo essa situação indefinidamente.

população chinesa para impor as restrições (Zhang *et al.*, 2020). Além dessas, medidas econômicas foram adotadas: i) políticas tributárias e subsídios; ii) oferta de crédito adicional e extensão ou redução de dívidas relacionadas à empréstimos pessoais, para reduzir os impactos sociais e sobre o emprego; iii) governos locais alteraram os prazos para pagamento da seguridade social pelas empresa; e iv) em algumas cidades, aquelas que não dispensassem seus empregados tiveram deduções para pagamento da seguridade social e subsídios para treinamento de seus empregados (Huang *et al.*, 2020).

Em outras localidades na Ásia, evitou-se o fechamento de fronteiras, mas também se agiu rapidamente para controlar a entrada e saída de passageiros e foram adotadas medidas de distanciamento social ampliado, as quais contaram com o reforço da tecnologia para seu cumprimento. Em Hong Kong, por exemplo, a estratégia inicial foi controlar o fluxo de passageiros em suas fronteiras, colocar em quarentena qualquer pessoa que estivesse chegando da China continental ou de qualquer outro país com casos de infecção e implementar amplo programa de testagem de pessoas com sintomas da Covid-19. A testagem dos primeiros casos permitiria reduzir o risco de contágio a partir do rastreamento dos primeiros casos e dos seus contatos, evitando contágios comunitários ou alargando o prazo em que eles aconteceriam, o que possibilitaria a preparação dos sistemas de saúde. Uma vez identificados, indivíduos infectados foram isolados em hospitais e seus contatos pessoais foram rastreados e colocados em quarentena. Adotaram-se, ainda, medidas de distanciamento social ampliado, que foram bem aceitas pela população. Na Coreia do Sul, a estratégia foi baseada em medidas generalizadas de testagem, até mesmo de indivíduos assintomáticos, com *kits* desenvolvidos no país, e de distanciamento social ampliado, que foi facilitado por um pequeno subsídio de subsistência estendido até às pessoas que escolheram o autoisolamento. O país também disponibilizou um aplicativo que localiza e informa à população casos confirmados a uma distância de 100 metros de onde estão (An e Tang, 2020).

Diversos países europeus implementaram a testagem de casos sintomáticos, o isolamento de infectados, o rastreamento de contatos e a quarentena para casos suspeitos nas primeiras semanas da pandemia, mas se viram obrigados a ampliar as medidas de restrição de circulação e a população testada à medida que o número de casos aumentou. Portugal se destacou pela velocidade com que adotou medidas de distanciamento social ampliado e pela imposição de restrições severas a viagens aéreas.²⁷ Adicionalmente, por fazer fronteira apenas com a Espanha, o país pode melhor controlar o fluxo terrestre de pessoas em suas fronteiras, o que geralmente é uma tarefa difícil nos países da União Europeia. Como resultado, na primeira onda da pandemia, Portugal foi muito menos afetado do que Espanha e Itália, por exemplo, como mostra a tabela 1, com base em dados de 25 de outubro de 2020.

TABELA 1
Indicadores de morbidade e mortalidade pelo Sars-COV-2 – países selecionados

País	População	Casos	Mortes	Casos (por 1 milhão de habitantes)	Mortes (por 1 milhão de habitantes)	Testes	Testes (por 1 milhão de habitantes)
Estados Unidos	331.616.304	8.868.255	230.279	26.743	694	132.860.761	400.646
Brasil	213.036.330	5.382.087	156.952	25.264	737	21.900.000	102.799
Espanha	46.760.544	1.110.372	34.752	23.746	743	15.503.165	331.544
Peru	33.115.484	886.214	34.095	26.761	1.030	4.367.969	131.901
Reino Unido	67.998.844	873.800	44.896	12.850	660	31.157.988	458.213
Itália	60.433.453	525.782	37.338	8.700	618	14.654.002	242.482
Chile	19.167.892	502.063	13.944	26.193	727	4.119.551	214.919
Alemanha	83.868.935	435.531	10.133	5.193	121	20.380.376	243.003
Canadá	37.846.371	215.880	9.940	5.704	263	9.552.469	252.401
Portugal	10.187.204	118.686	2.316	11.650	227	3.156.991	309.898
Suécia	10.119.165	110.594	5.933	10.929	586	2.074.744	205.031
Costa Rica	5.108.761	103.088	1.282	20.179	251	296.363	58.011
China	1.439.323.776	85.790	4.634	60	3	160.000.000	111.163
Paraguai	7.159.999	59.043	1.293	8.246	181	345.336	48.231
Dinamarca	5.798.670	40.356	702	7	121	4.905.817	846.025
Coreia do Sul	51.283.225	25.836	457	504	9	2.546.146	49.649
Cuba	11.324.412	6.566	128	580	11	792.218	69.957
Hong Kong	7.516.153	5.296	105	705	14	3.611.375	480.482
Uruguai	3.477.548	2.807	53	807	15	299.200	86.038
Total		43.258.943	1.157.694	5.550	149	-	-

Fonte: WHO (2020d).

27. Sá (2020) traz um quadro detalhado com as datas de implementação das medidas para diversos países europeus.

A Espanha e a Itália, juntamente com a França e o Reino Unido, foram os países europeus que mais demoraram a adotar medidas de distanciamento social ampliado. A Itália demorou para colocar a região que foi epicentro do surto no país em *lockdown*, e mesmo as medidas anunciadas não foram efetivamente implementadas devido, principalmente, aos sinais dúbios emitidos por governantes da região a respeito do impacto da pandemia, contribuindo para a baixa adesão da população. Quando finalmente o governo resolveu colocar todo o país em distanciamento social ampliado, o número de infectados e a pressão sobre o sistema de saúde já haviam crescido exponencialmente. Na Espanha não foi muito diferente. O governo espanhol demorou muito para adotar medidas de distanciamento social ampliado após a confirmação do primeiro caso e a entrada de pessoas vindas de países severamente afetados pela pandemia, especialmente da Itália, foi permitida sem restrições até que foi declarado o estado de alerta em 14 de março de 2020. Além disso, algumas localidades do país permitiram aglomerações em massa, como a celebração do Dia das Mulheres e eventos religiosos (Legido-Quigley *et al.*, 2020; Perez-Bermejo e Murillo-Llorente, 2020).

O Reino Unido foi o país europeu que mais demorou a adotar medidas de distanciamento social ampliado. Inicialmente, implementou apenas medidas de distanciamento social seletivo para proteger os mais vulneráveis e permitir que uma grande parcela da população se infectasse, na esperança de que a maioria dos infectados tivessem apenas sintomas mais leves da doença, se recuperassem e a população adquirisse imunidade de rebanho (Titheradge e Kirkland, 2020). Contudo, um estudo do Imperial College de Londres (Ferguson *et al.*, 2020) mostrou os elevados riscos desta proposta. Sem medidas mais estritas de controle do vírus, o número de pessoas que precisariam de cuidados em UTIs para a Covid-19 se somaria ao das que precisariam desses cuidados independentemente da pandemia, crescendo, no curto prazo, muito acima da capacidade de resposta do sistema de saúde. Com isso, muitas pessoas morreriam. Assim, o governo foi forçado a adotar medidas de distanciamento social ampliado, que foram frouxamente implementadas no início. O primeiro-ministro, que é o chefe do Poder Executivo do país, e o ministro da Saúde britânicos terminaram por contrair o vírus, sendo que o mandatário necessitou de cuidados intensivos e se tornou o símbolo do fracasso da estratégia de imunidade de rebanho (Lawrence, 2020). Em seguida o país passou a adotar estratégias de distanciamento social mais estritas.

BOX 1

Imunidade e efeito de rebanho

O termo imunidade de rebanho não é novo na área de saúde, ainda que possa adquirir múltiplos significados. John e Samuel (2000, p. 601) propõem diferenciar imunidade e efeito de rebanho. Para os autores, o conceito mais adequado de imunidade de rebanho seria “a proporção de sujeitos com imunidade em uma dada população”. Ao passo que o efeito de rebanho seria “a redução da infecção ou doença no segmento não imunizado como resultado da imunização de uma determinada proporção da população” (*idem, ibidem*). Ou seja, a proporção da população imunizada (imunidade de rebanho) que cria uma barreira protetiva contra a infecção ou doença em parcela da população não imunizada (efeito rebanho).

No caso da pandemia do novo coronavírus, muito se falou sobre o alcance da imunidade de rebanho a partir do momento que uma determinada parcela da população tivesse sido infectada pelo vírus, desenvolvendo ou não a Covid-19 (a doença) sem que precisasse esperar pela imunidade que poderia ser adquirida por meio de uma vacina. O efeito rebanho seria alcançado mesmo antes da vacinação em massa da população. Como destacam Machado *et al.* (2020), não é possível afirmar que a imunidade pelo contato com o novo coronavírus é duradoura, pois “faltam informações que comprovem se todos os pacientes infectados são capazes de desenvolver anticorpos, bem como se os anticorpos produzidos após a infecção realmente protegem as pessoas de serem reinfectadas”. Os autores mencionam o estudo publicado no periódico *The Lancet*, que estimou que apenas 5% de uma amostra de cerca de 61 mil infectados na Espanha apresentaram anticorpos e os outros 95% ainda poderiam contrair a doença em uma segunda onda. Fontanet e Cauchemez (2020) estimam que pelo menos 50% da população teria que estar imunizada para garantir essa barreira protetiva contra o novo coronavírus em toda a população. Essa é uma das razões pelas quais há grande expectativa sobre as vacinas e sua efetividade para garantir a imunidade e o efeito rebanho. Enquanto isso, como afirmam esses autores, o distanciamento social, o isolamento de pacientes, o uso de máscaras e a higienização das mãos se mostraram medidas efetivas no controle da circulação do vírus e deveriam ser reforçadas.

Elaboração dos autores.

Contudo, isso não impediu que países como Estados Unidos e Suécia continuassem a perseguir estratégias semelhantes. A Suécia manteve aberta a maioria das lojas, dos restaurantes e das escolas, pediu que todos com idade acima de 70 anos permanecessem em casa e apenas recomendou à população que trabalhasse de casa quando possível, evitasse viagens desnecessárias e praticassem o distanciamento social. Segundo o coordenador da estratégia sueca, o país não estava simplesmente deixando a população se contaminar para atingir a imunidade de rebanho; estava adotando uma estratégia bem desenhada para navegar pela pandemia com a adoção de diversas medidas para facilitar o distanciamento social, que pudessem ser mantidas por um longo período. Houve reforço das medidas de bem-estar para garantir inclusive renda para as pessoas que não pudessem trabalhar e as escolas para menores de 16 anos de idade se mantiveram abertas para permitir aos pais trabalharem nas atividades necessárias. O país teve um desempenho pior do que os outros países nórdicos que adotaram medidas de distanciamento social ampliado.²⁸ No último trimestre de 2020, ficou claro que a estratégia sueca tinha falhas expressivas. Não houve assistência a idosos, nem imposição do distanciamento social ou do uso de máscaras.

28. Não está claro por que a Suécia tem tido melhor desempenho que o Reino Unido. Tem-se sugerido que a maior dispersão da população ao longo do território e o seu elevado grau de confiança no governo têm permitido ao país ser menos rígido nas medidas de distanciamento social. Além disso, existem evidências de que a população tem adotado as medidas de distanciamento social voluntariamente (Sá, 2020).

No final do ano, o mundo voltou os olhos para a Suécia com críticas severas ao que estava acontecendo naquele país. Os números de casos e de óbitos já eram bastante elevados em comparação com os de outros países nórdicos de menor população e havia *deficit* de leitos de UTI para atendimento dos doentes em algumas localidades (Oyama, 2020; Ahlander e Pollard, 2020).

Quanto à economia, as projeções da Comissão Europeia e para os Estados Unidos apontavam para uma redução expressivas do PIB (EC, 2020). Estudo de economistas da Universidade de Copenhague estimou que a queda do consumo na Suécia (25%), onde o comércio não fechou, é muito semelhante à observada na Dinamarca (29%), onde o comércio fechou, e concluem que a queda na atividade econômica no período é mais justificada pela mudança de comportamento das pessoas devido aos riscos da Covid-19 do que pelas medidas de distanciamento. No segundo trimestre de 2020, quando comparado ao primeiro do mesmo ano, a queda média do PIB dos países da União Europeia foi de 11,4%, variando de 4,4% na Finlândia a 19,8% no Reino Unido, com estimativas de 8,5% na Suécia (OECD, 2020a).

Os Estados Unidos foram o mais lento dos países ricos a apresentar uma resposta nacional e não faltam potenciais explicações para isso. Ainda em 2018, o governo federal desmontou a equipe responsável pelo combate a pandemias e, quando já estava claro que o vírus estava circulando no país, o presidente ignorou ou minimizou seus riscos por longo tempo, deixando os governos subnacionais agirem individualmente com respostas locais muito diferenciadas. Não satisfeito, até pelo menos meados de março de 2020, o presidente insistiu constantemente com os governos estaduais para relaxarem as medidas de restrição de contatos que estavam sendo adotadas, mostrando preocupação apenas com a economia e com sua reeleição. Além disso, expôs constantemente em público suas discordâncias com um dos médicos responsáveis por coordenar, no nível nacional, os esforços para controlar o coronavírus. O resultado foi uma resposta lenta e descoordenada e o incentivo ao desrespeito às medidas de distanciamento social recomendadas. Sem testagem significativa da população e um sistema de vigilância comunitária, o país não foi capaz de rastrear os primeiros movimentos do vírus e identificar focos de disseminação, o que permitiria confinar a doença com isolamento e quarentena nas localidades afetadas. Some-se a isso tudo a disfuncionalidade do sistema de saúde americano para lidar com problemas de saúde pública.²⁹

A Alemanha destoava dos demais países ricos citados por ter-se preparado para combater uma pandemia semelhante a que estamos vivendo. Ainda em 2012, o parlamento alemão elaborou uma análise de risco para uma hipotética pandemia de um vírus semelhante ao que causou a crise de síndrome respiratória aguda

29. Ver Lambert (2020).

grave (Sars) no início dos anos 2000, que considerou os eventos que poderiam ocorrer e a dimensão dos danos esperados. Assim, no início da pandemia, o país agiu rapidamente para expandir a capacidade de resposta do sistema de saúde e implementar medidas de controle da propagação do coronavírus. O sistema de saúde alemão já possuía uma das maiores capacidades instaladas do mundo,³⁰ contando com quase meio milhão de leitos hospitalares, e expandiu o número de UTIs equipadas com ventiladores/respiradores de 28 mil para 40 mil para lidar com a crise que se aproximava.³¹ No que tange às medidas de controle da disseminação do vírus, a Alemanha implantou um massivo programa de testagem, especialmente dos profissionais de saúde, usando *kits* que foram desenvolvidos internamente em meados de janeiro. Quando foi registrado o primeiro caso de transmissão local, os hospitais do país já tinham adquirido um elevado estoque desses produtos. Isso permitiu identificar a maioria dos infectados, rastrear seus contatos e adotar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com a gravidade dos casos.

Logo após as férias de verão, de julho a setembro, com o afrouxamento das medidas de distanciamento social, a Europa verificou um novo e importante crescimento de casos. As dificuldades e as resistências para adotar medidas de contenção tão severas quanto na primeira onda se impõem e, até a primeira quinzena de dezembro, o mundo assistia a um crescimento de óbitos e restrições da capacidade de resposta do sistema de saúde de vários países, inclusive da própria Alemanha, que foi colocada à prova (Gagnani, 2020).³²

Na maioria dos países da América Latina, a pandemia encontrou hospitais sem recursos adequados, serviços sociais deficientes, baixo saneamento, economias com alta informalidade, volatilidade de renda, e outras dificuldades e, por vezes, líderes políticos que se posicionaram contra as medidas de isolamento social e não defenderam o uso de máscaras, como os do Brasil, Equador e México. A falta de renda e as precárias condições de habitação e saneamento dificultaram a adoção das medidas de distanciamento social e de higiene por uma elevada parte da população. A testagem também tem sido limitada. Inicialmente, por dificuldades para adquirir *kits* no mercado internacional e, mais recentemente, devido à baixa capacidade de processar os testes e de logística. No caso brasileiro, a imprensa noticiou a perda de quase 7 milhões de testes em função do prazo de validade (Camporez, 2020). Ainda assim, em alguns países da América Latina, na primeira onda, Costa Rica, Cuba, Paraguai e Uruguai mantiveram o coronavírus sob controle no primeiro

30. Merece destaque o fato de a Alemanha contar com um forte setor produtor de equipamentos médicos (ITA, 2020).

31. Com a expansão, a Alemanha atingiu 34 leitos de UTI com ventiladores por 100 mil habitantes. Em comparação, a Itália, que chegou a enviar pacientes para serem tratados na Alemanha, conta com doze leitos por 100 mil habitantes (Schuetze, 2020).

32. Um quadro com o resumo de medidas adotadas por países da Comunidade Econômica Europeia pode ser encontrado em OECD (2020b).

semestre de 2020.³³ A estratégia da Costa Rica, por exemplo, compartilha diversas características com as estratégias de outros países bem-sucedidos no controle da disseminação do coronavírus: o governo agiu rapidamente para fechar fronteiras e propor medidas de distanciamento social ampliado, que contam com o empenho do governo e da população para sua implementação, e têm realizado relativamente maior testagem da população. O país também se destacou por ter qualificado a atenção primária para atuar na linha de frente do combate ao coronavírus. Pessoas com sintomas da Covid-19 podem buscar ajuda nos centros de saúde de atenção primária, os quais realizam testes, proveem cuidados, inclusive residencial e fazem o encaminhamento de pacientes para serviços hospitalares quando necessário. No último trimestre de 2020, a América Latina observou efeitos diferenciados de uma segunda onda, cujos resultados ainda não são claros, mas bastante preocupantes.

O Brasil seguiu o roteiro traçado nos Estados Unidos com alguns agravantes, como a demissão de dois ministros da saúde em meio a discordâncias quanto à melhor estratégia a ser adotada e o fato de não ter um programa de testagem robusto nem um sistema de rastreamento de contatos. Nesse cenário, muitos governos estaduais e municipais agiram para conter a disseminação do vírus e assegurar cuidados aos infectados. Cabe ressaltar a adesão diferenciada da população às medidas recomendadas pelos governos locais. A crise econômica e a campanha pelo afrouxamento das medidas de distanciamento social, com seguidas declarações do presidente da República defendendo o distanciamento vertical, teve impacto sobre parte da população. Já existem estudos que apontam que a campanha tem afetado negativamente o comportamento das pessoas (Ajzenman, Cavalcanti e Da Mata, 2020).

Assim como aconteceu com o combate à transmissão do coronavírus e apesar de ter prometido (Oliveira, J., 2020), o governo federal, talvez até pelas mudanças no comando do MS, não explicitou uma proposta coordenada de saída do isolamento e novamente os governos subnacionais tiveram que tomar individualmente decisões sobre a retomada das atividades. Pressionados para reabrirem as atividades econômicas, muitos desses governos frequentemente anunciam planos de retomada para depois voltarem atrás devido ao descontrole do vírus e ao aumento do número de mortes. Mesmo os países que foram bem-sucedidos no controle da disseminação do vírus estão enfrentando novos surtos com a flexibilização das medidas de distanciamento. A Alemanha, por exemplo, está experimentando uma forte onda de infecções e o governo retomou as recomendações para que as pessoas ficassem em casa (Merkel..., 2020). Interessantemente, a China, que tinha adotado as medidas mais restritivas de redução de contatos e mantido a disseminação do vírus sob controle desde o início da pandemia, foi a primeira economia do G20 a

33. Ver Endcoronavirus.org. Disponível em: <<https://bit.ly/3kC3vLm>>. Acesso em: 22 maio 2020.

mostrar claros sinais de recuperação, tendo um crescimento de 4,9% do PIB entre julho e setembro.³⁴ A lição parece ser clara: relaxar as medidas de distanciamento social na primeira onda sem a certeza do controle da disseminação do vírus somente dificultou ainda mais a reabertura da economia.

3.2 Resposta brasileira

3.2.1 Aspectos gerais

Em 30 de janeiro de 2020, o MS declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), logo após a OMS ter declarado a emergência em saúde pública de importância internacional. Em 6 de fevereiro de 2020, a Lei nº 13.979 estabeleceu várias medidas sanitárias e não sanitárias de enfrentamento à pandemia pelo novo coronavírus, incluindo a possibilidade de estabelecimento de isolamento e quarentena. Em artigo escrito pelo então secretário de Vigilância em Saúde e colaboradores, são destacados os seguintes eixos de atuação do MS em resposta à pandemia: i) informação e comunicação; ii) orientação para a população sobre medidas de prevenção da transmissão; iii) fortalecimento da vigilância e assistência à saúde; iv) fomento à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação; e v) capacitação de recursos humanos e proteção aos trabalhadores da saúde (Oliveira, W. *et al.*, 2020).

O eixo informação e comunicação refere-se a coletivas de imprensa, divulgação diária dos casos confirmados e óbitos, além de disponibilização de boletins epidemiológicos. Essa estratégia de comunicação estaria associada a outras: disponibilização de um canal via WhatsApp para prestar esclarecimentos, informações e orientações para reforçar medidas de prevenção da transmissão, incluindo lavar corretamente as mãos, manter ambientes ventilados e usar máscaras de pano. E, no campo da vigilância, à elaboração de guias para orientar as equipes tanto de vigilância quanto da assistência à saúde. Ampliou-se a vigilância de portos e aeroportos, bem como de produtos. Foram elaborados guias e manuais relacionados à assistência, sobre o fluxo da população entre unidades de saúde, bem como guias e manuais sobre as condutas em casos graves e o isolamento dos casos leves e moderados. Também houve tentativas de ordenar as compras públicas de equipamentos de proteção individual e insumos estratégicos para a saúde, incluindo testes para diagnóstico, e para ampliar a oferta de profissionais por meio do Brasil Conta Comigo, um programa que previa a antecipação da conclusão de cursos de alunos dos últimos semestres de enfermagem, fisioterapia, farmácia e medicina, bem como a possibilidade de cadastramento de médicos aposentados ou que não estivessem atuando diretamente na assistência à saúde (Oliveira, W. *et al.*, 2020).

34. Ver Westcott (2020) e China... (2020).

Ainda que tenham sido adotadas várias medidas, houve muitas questões e disputas ao longo desse processo. A crise sanitária demandava uma resposta coordenada entre os entes da Federação. Ademais, entre estes e os diversos segmentos da sociedade. Exigia grande esforço de coordenação do SUS, e entre os dirigentes máximos dos estados e das municipalidades, para garantia dos serviços assistenciais e de ações e serviços de vigilância em saúde.

3.2.2 Organização da resposta e coordenação federativa

Dado o arcabouço organizativo do SUS e o relativo êxito na implementação de programas com grande atuação do governo federal, podia-se esperar maior coordenação entre os entes da Federação sob a liderança da União. Contudo, não foi isso o que aconteceu. Houve desarticulação das medidas implementadas no território nacional, posições conflitantes, especialmente entre o presidente da República e governadores, e judicialização em várias localidades.

Inicialmente, como mostram os resumos das reuniões da CIT realizadas nos meses de fevereiro e março de 2020,³⁵ o MS preocupou-se em alertar as secretarias de saúde sobre a importância da doença e das medidas de distanciamento social, assim como tomou providências quanto à ampliação dos leitos de UTI, ao financiamento do atendimento dos pacientes com Covid-19 e dos hospitais de campanha e à aquisição de ventiladores mecânicos e equipamento de proteção individual (EPIs). Contudo, nesses mesmos documentos, não fica evidente uma disposição efetiva do MS em assumir de forma mais concreta a coordenação dos esforços de resposta à pandemia. Ao contrário, há uma reiteração ao fato de que estados e municípios são autônomos para a tomada de decisão sobre as medidas a serem implementadas, uma clara comunicação de que o distanciamento social não seria instituído pelo ministério e um pedido para que os planos de contingência estaduais fossem remetidos ao MS, o que mostra que não havia intenção de elaborar um plano geral para o SUS, construído coletivamente na CIT, e que contivesse as estratégias macro para o enfrentamento da pandemia.³⁶ Esse posicionamento do MS ficou mais claro em relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) publicado em dezembro de 2020. Os técnicos do tribunal reiteraram nesse documento a existência de deficiências de planejamento das ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19 por parte do MS, já apontadas em relatórios anteriores, e concluíram que os representantes da pasta não compreendem a articulação com estados e municípios como função do ministério (TCU, 2020b).

No âmbito da APS, membros da equipe do MS relataram em artigo a adoção pelo órgão de uma série de medidas. Entre as providências, encontram-se: i) a produção e divulgação de protocolo clínico; ii) alocação de recursos adicionais às unidades de saúde;

35. Ver resumos das reuniões da CIT em: <<https://bit.ly/3mvQxQG>> e <<https://bit.ly/3mDLP2s>>. Acesso em: 16 set. 2020.

36. O MS produziu e publicou o *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus: Covid-19*, que contou com a participação apenas de dirigentes do próprio órgão (Brasil, 2020e).

iii) disponibilização do TeleSUS, sistema de telemedicina, para rastrear, diagnosticar, tratar e monitorar pacientes portadores de síndrome gripal e de Covid; iv) distribuição de 22 milhões de testes sorológicos; v) suporte assistencial com teleconsultorias sobre Covid para médicos e enfermeiros da APS; vi) disponibilização de plataforma de telemedicina e telessaúde para consulta médica, com foco em pessoas com condições crônicas; vii) elaboração de pesquisa sorológica para Covid de base domiciliar; e viii) pesquisa telefônica semanal coordenada pelo IBGE para identificação de casos novos de síndrome gripal (Harzheim *et al.*, 2020). Contudo, tomadas de decisões coordenadas, levando as questões mais importantes para os órgãos de gestão colegiada do SUS, não aconteceu. Alguns temas, como a organização das redes de atenção à saúde em todo o território nacional, visando ao planejamento do atendimento dos casos leves a graves da doença, a aquisição e a logística dos insumos necessários, poderiam ter sido tratados de forma tripartite.

Na área de vigilância em saúde, em um editorial de periódico científico vinculado ao MS, os autores sustentam que houve resposta imediata da Secretaria de Vigilância em Saúde daquele órgão à pandemia, pois a secretaria alertou rapidamente os Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da OMS sobre os riscos do evento e elaborou boletins epidemiológicos com foco nas ações de prevenção e enfrentamento. Eles também destacaram medidas mais amplas que contaram com a participação do MS, como a criação do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional no âmbito da União, a alocação de recursos para a ampliação da oferta de leitos de UTI nos estados e a licitação de EPIs e de outros insumos (Croda e Garcia, 2020).

Embora todas essas medidas fossem necessárias e relevantes, com o aumento do número de casos de Covid-19 no Brasil, elas se mostraram insuficientes para o enfrentamento da crise sanitária. Questões estruturais do SUS anteriores à pandemia, destacadas na seção anterior, limitaram a capacidade de atendimento da população em várias localidades e demandavam maior coordenação entre os entes da Federação para mitigação dos problemas. No âmbito internacional, a escassez de insumos básicos para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus e tratamento da doença também exigia atuação coordenada entre o MS e as secretarias de saúde. Ademais, interesses político-partidários se impuseram sobre a agenda da saúde pública. As intervenções consideradas mais efetivas para retardar o avanço do contágio da população, dar tempo para o preparo do sistema de saúde e evitar elevado número de óbitos, que são as medidas de distanciamento social horizontal, de isolamento dos casos e de quarentena dos contatos (Aquino *et al.*, 2020), foram objeto de politização e implementadas com grande dificuldade e de forma pouco estratégica no território nacional.

Sobre os problemas estruturais do SUS, a evidente desigualdade de oferta de leitos de UTI entre as regiões de saúde (Rache *et al.*, 2020) requeria maior articulação entre os gestores da saúde e a adoção de medidas financeiras compensatórias para as unidades de saúde que atendessem pacientes de outras localidades, extraprogramação assistencial corrente do SUS. Isso poderia ter sido feito com participação ativa do MS, haja vista a sua importância para o financiamento dos serviços de MAC e a possibilidade de garantir o atendimento em estados limítrofes ao de residência dos pacientes. Adicionalmente, uma importante proposta que se colocou no auge da crise, a implementação de uma fila única³⁷ para acesso aos leitos de UTI, contando com as ofertas pública e privada (Marinho, 2020), não mereceu grande atenção do MS.

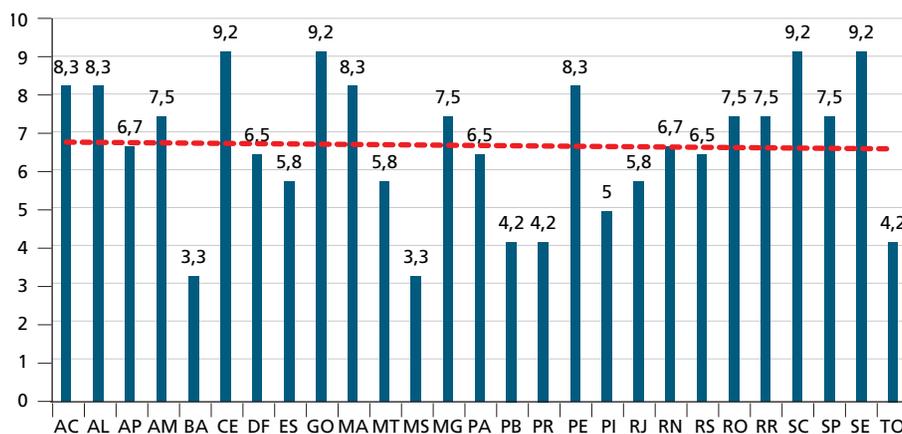
No tocante à APS, ainda que muitas ações tenham sido relatadas como iniciativas do governo federal (Harzheim *et al.*, 2020; Brasil, 2020h), os resumos das reuniões da CIT, mencionadas anteriormente e realizadas entre fevereiro e julho de 2020,³⁸ demonstram preocupação com os serviços de MAC e ausência de discussão entre os gestores sobre a inserção da APS na organização da rede e no manejo dos casos leves de Covid-19. A respeito do papel da APS durante a pandemia, tem-se enfatizado que sua atuação poderia ser mais expressiva e ocorrer em quatro frentes principais: i) apoio às ações de vigilância em saúde nos territórios; ii) atenção aos pacientes com Covid; iii) suporte social aos grupos vulneráveis; e iv) continuidade das ações próprias da APS (Medina *et al.*, 2020; Daumas *et al.*, 2020).

Experiência internacional de organização da rede de atenção à saúde durante a pandemia destaca a importância da adoção de serviços à distância mediados por tecnologias de comunicação, tanto para atendimento aos casos leves de Covid-19 quanto para manutenção da rotina de acompanhamento dos portadores de doenças crônicas e atendimento a pessoas que apresentem outras queixas de saúde (Tasca e Massuda, 2020). É evidente o potencial dos serviços de telessaúde, não apenas para o contexto atual. Mas os desafios à sua implantação de forma satisfatória no SUS ainda são grandes (Caetano *et al.*, 2020). Um deles é a falta de infraestrutura nas unidades de saúde. Pesquisa recente que buscou identificar os principais obstáculos e estratégias de reorganização da APS no enfrentamento à Covid-19 mostra que 72% dos profissionais de saúde utilizam o próprio celular para entrar em contato com os usuários e as unidades de saúde (Bousquat *et al.*, 2020).

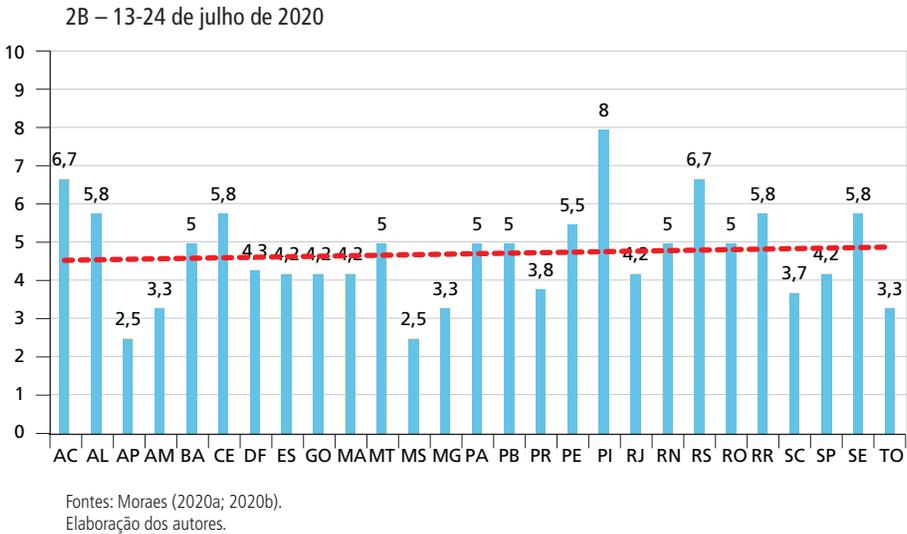
37. Uma das propostas de fila única recomendava que o acesso aos leitos de UTI destinados ao atendimento dos casos de Covid, tanto públicos quanto privados, deveria ser regulado pelo Estado, considerando a gravidade do estado dos pacientes e observando uma única fila. Os leitos privados seriam requisitados pelo Estado, e os prestadores seriam remunerados pelo SUS. Marinho (2020) apontou limitações de uma medida como essa, que poderia ser judicializada pelos beneficiários de planos privados de saúde, com base no direito do consumidor. O autor defendeu a criação de espaços de negociação entre todas as partes envolvidas – gestores do SUS, representantes das operadoras de planos de saúde e dos prestadores privados – para discussão da criação dessa eventual fila única para acesso aos leitos de UTI. 38. Ver resumos das reuniões da CIT em: <<https://bit.ly/3mvQxQG>> e <<https://bit.ly/3mDLP2s>>. Acesso em: 16 set. 2020.

No que se refere à submissão da agenda da saúde pública à agenda político-partidária durante a pandemia, foram clara a posição e o comportamento contrários do presidente da República às medidas de distanciamento social horizontal e a outras medidas de saúde pública, o que levou a determinações federais opostas às implementadas em vários entes da Federação, a conflitos especialmente com os governadores e à judicialização do tema (Vieira e Servo, 2020). É possível que a curva da Covid-19 tivesse entrado em declínio mais cedo do que o observado, caso as medidas de distanciamento social horizontal tivessem sido referendadas pelo governo federal, como aconteceu em outros países. No Brasil, essas medidas foram implantadas por determinação dos governadores e mostraram-se efetivas na redução da circulação das pessoas, mas sua efetividade reduziu com a passar do tempo (Moraes, 2020a). Como mostra um estudo que propôs um índice calculado a partir de valores atribuídos para a existência e o rigor das medidas de distanciamento social adotadas pelos estados, houve flexibilização dessas medidas em um intervalo de cerca de três meses, e quando o país ainda estava no auge da primeira onda da pandemia (Moraes, 2020a; 2020b).³⁹ Compare, no gráfico 2, o valor do índice para os períodos 6-9 de abril de 2020 e 13-24 de julho de 2020.

GRÁFICO 2
Índice de medidas legais de distanciamento social por estado
2A – 6-9 de abril de 2020



39. As medidas consideradas foram: i) suspensão de eventos e atividades de estabelecimentos culturais, esportivos ou religiosos; ii) suspensão das atividades de bares, restaurantes e similares; iii) suspensão das atividades de outros estabelecimentos comerciais e de serviços, exceto os essenciais; iv) suspensão das atividades de estabelecimentos industriais, exceto os essenciais; v) suspensão das aulas; e vi) restrições ao transporte terrestre, fluvial ou marítimo de passageiros. Para cada item foram atribuídos os seguintes valores: 0 = inexistente; 1 = parcial; e 2 = total. O índice consiste na soma dos valores atribuídos para cada item. Quanto maior a pontuação, maior o rigor das medidas de distanciamento social adotadas (Moraes, 2020a; 2020b).



É provável que o desincentivo do presidente da República ao distanciamento social horizontal e a pressão para a retomada das atividades econômicas tenham contribuído para essa flexibilização e diminuição da efetividade das medidas adotadas pelos estados.⁴⁰

Assim, em síntese, o que se observou no SUS durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19 foi uma atuação secundária da União e do MS, abrindo espaço para a ação e o maior protagonismo dos estados e de suas respectivas secretarias de saúde. Esse protagonismo foi assumido com grandes dificuldades, dadas suas limitações financeiras, de infraestrutura do SUS e de articulação deles com seus municípios.

3.2.3 Gestão de tecnologias em saúde

Outro aspecto relevante sobre a resposta brasileira à pandemia de Covid envolve a gestão de tecnologias em saúde.⁴¹ A esse respeito, destacam-se três questões. A primeira diz respeito às recomendações para tratamento da doença. A segunda, à disponibilidade de tecnologias nas unidades de saúde, assunto este mais diretamente relacionado às atividades de compra governamental e logística, mas que envolve um componente importante que é o gerenciamento do uso, o qual justifica sua inclusão na discussão sobre gestão das tecnologias. E, por fim, a terceira questão se refere ao desenvolvimento de vacinas anticovid e ao acesso da população a essas vacinas por meio do SUS.

40. Verificou-se em um estudo que o descumprimento das medidas de distanciamento social foi maior nos municípios e nas regiões do país onde o presidente conta com mais apoio da população (Ajzenman, Cavalcanti e Da Mata, 2020).

41. Tecnologias em saúde é uma categoria que engloba produtos diversos, como medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais (Brasil, 2010).

Quanto à primeira questão, tratamento da Covid, já é reconhecido que o aumento da incidência da doença, a observação de sua gravidade em parcela das pessoas infectadas e sua repercussão social e econômica levaram a comunidade científica à uma corrida nunca antes vista para identificação de medicamentos antivirais e de adjuvantes terapêuticos. Muitos produtos já comercializados foram e estão sendo testados para tratamento da Covid. Mas, sem dúvida, os casos mais emblemáticos dessa corrida, assim como da politização em torno das medidas de enfrentamento à Covid, envolvem os medicamentos cloroquina, hidroxicloroquina, nitazoxanida e ivermectina.

Os dois primeiros, ainda sob investigação em vários ensaios clínicos e sem evidências de sua eficácia até o momento (Chowdhury, Rathod e Gernsheimer, 2020), foram objeto de intensa promoção de seu uso no tratamento da Covid-19 pelo presidente da República.⁴² O terceiro, embora não revelado pelo ministro de Ciência, Tecnologia e Inovações quando do anúncio feito por ele sobre investimentos em pesquisa nessa área, foi tratado como uma alternativa eficaz no tratamento da doença, com base em resultados de estudos *in vitro*.⁴³ E, o quarto, também com base em ensaios *in vitro*, tornou-se mais um alvo de interesse da população e de profissionais de saúde.⁴⁴ Essa situação revela grande politização em torno do tratamento da Covid, que até o momento não conta com alternativas terapêuticas específicas, e também o uso de narrativas falsas por autoridades públicas em razão de suas pretensões políticas (Vasconcellos-Silva e Castiel, 2020).

No Brasil, em meio à disputa sobre a necessidade de se implementar medidas de distanciamento social horizontal, dois ministros da Saúde foram exonerados por não concordarem com a publicação de protocolo recomendando a utilização de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid. Mas as recomendações foram finalmente publicadas em maio de 2020, sob a forma de documento orientador do uso precoce desses medicamentos (Brasil, 2020f), logo após um integrante da cúpula do governo, que não costuma contestar as ordens do presidente, ter assumido interinamente a gestão do MS. A publicação dessa orientação foi feita em desacordo com a Lei nº 12.401/2011, que determina avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) de qualquer tecnologia a ser incorporada ou ter indicação de novo uso pelo SUS, considerando evidências científicas sobre sua eficácia, efetividade, segurança e custo-efetividade (Brasil, 2011b). Colaborou também com a situação o fato de o Conselho Federal de Medicina (CFM) ter aberto a possibilidade

42. Há várias notícias publicadas por mídias brasileiras sobre isso. Ver, por exemplo, matéria produzida pela Agência Brasil (Verdêlio, 2020).

43. O medicamento foi chamado de *remédio secreto*. Acreditava-se que seria o anti-helmíntico nitazoxanida (Castro, 2020). Recentemente, confirmou-se que se trata desse fármaco e, em evento no Palácio do Planalto, anunciou-se sua eficácia contra o novo coronavírus, sem apresentação dos resultados do ensaio clínico realizado (Covid-19..., 2020).

44. Ver resposta para a pergunta *O uso do ivermectina é eficaz na prevenção do Covid?* na BVS Atenção Primária à Saúde em: <<https://bit.ly/35qPMIQ>>. Acesso em: 10 set. 2020.

de os médicos considerarem o uso desses medicamentos no tratamento da Covid-19 durante a pandemia, mesmo reconhecendo a ausência de comprovação científica de sua eficácia⁴⁵ (CFM, 2020). Em meio a tudo isso, integrantes do Ministério Público Federal (MPF) chegaram a impetrar ações civis públicas contra gestores da saúde para obrigá-los a fornecer cloroquina e hidroxicloroquina à população⁴⁶ e algumas prefeituras distribuíram o chamado *kit Covid*, geralmente composto por hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina.⁴⁷

No tocante à segunda questão, disponibilidade de tecnologias, havia a expectativa de que o governo federal assumisse maior protagonismo na aquisição de EPIs, equipamentos médico-hospitalares e medicamentos para distribuição às unidades de saúde do SUS, em meio à escassez internacional desses produtos. Tal medida foi recomendada em estudo que identificou elevação dos preços de EPIs, higienizantes e material de higiene pessoal nos primeiros meses da pandemia no país (Servo *et al.*, 2020). Entretanto, o MS passou por um período de intensa instabilidade institucional devido à substituição de ministros e esse fator pode ter sido determinante para que o órgão não desse prosseguimento às compras centralizadas de alguns desses produtos, conforme previsto inicialmente.⁴⁸

Além disso, ainda que o MS tenha adquirido diversos produtos (Brasil, 2020h), essas aquisições não foram realizadas em coordenação com as secretarias de saúde e houve competição entre entes da Federação para a compra de alguns deles. Aparentemente, a única demanda e decisão pela aquisição coordenada ocorreu na reunião da CIT de julho de 2020. Diante do desabastecimento do mercado nacional de medicamentos utilizados em cuidados intensivos dos pacientes com Covid, gestores estaduais e municipais de saúde demandaram do MS providências. O encaminhamento da reunião foi o de que o órgão abriria licitação para celebração de atas de registro de preços para serem utilizadas por esses entes.⁴⁹

Quanto à terceira questão, desenvolvimento de vacinas e acesso a elas por meio do SUS, inicialmente, destaca-se que o esforço para seu desenvolvimento se

45. Há um posicionamento tradicional das associações científicas e profissionais da área da medicina em favor da liberdade dos médicos quanto à prescrição, seja em situações de inexistência de comprovação da eficácia dos tratamentos, seja quando existem protocolos e diretrizes terapêuticas que recomendam as alternativas terapêuticas a serem prescritas.

46. Em Goiás, o MPF perdeu a ação em primeira instância da Justiça Federal, mas recorreu. Para mais detalhes, ver matéria publicada na página da própria instituição em 3 de agosto de 2020 (MPF, 2020a). No Piauí, resultou em acordo parcial entre o MPF e os gestores, que se refere à oferta da hidroxicloroquina e outros medicamentos nas unidades de saúde e à publicação de orientação pela União para uso desses medicamentos no tratamento da Covid, o que já tinha sido feito pelo governo federal. A esse respeito, ver MPF (2020b).

47. Ver FPA (2020).

48. Na reunião da CIT realizada em 26 de abril de 2020 o então ministro da Saúde, Luis Henrique Mandetta, havia anunciado a decisão de o MS adquirir centralizadamente alguns insumos e equipamentos por causa da "concorrência desleal" entre os entes da Federação. Ver resumos das reuniões da CIT em: <<https://bit.ly/3mvQxQG>> e <<https://bit.ly/3mDLP2s>>. Acesso em: 16 set. 2020. Segundo matérias veiculadas em jornais em julho de 2020, o MS descumpriu promessas que havia feito aos estados e municípios de entrega de respiradores, EPIs e leitos de UTI. Ver, por exemplo, Saúde... (2020).

49. Ver resumos das reuniões da CIT em: <<https://bit.ly/3mvQxQG>> e <<https://bit.ly/3mDLP2s>>. Acesso em: 16 set. 2020.

revelou único até o momento em todo o mundo. Em 9 de setembro de 2020, havia 180 candidatos a vacinas sendo testados, sendo que desses, 145 se encontravam em fase pré-clínica, quando são realizados testes *in vitro* e em animais, e 35 estavam em diferentes estágios da fase clínica,⁵⁰ quando são realizados testes em humanos (WHO, 2020c). Esses candidatos a vacinas estão sendo desenvolvidos utilizando-se de diferentes plataformas tecnológicas, o que amplia as possibilidades não só de êxito em sua obtenção, mas também de produtos distintos, com diferentes níveis de eficácia e riscos de produção de efeitos colaterais (Callaway, 2020; Thanh Le *et al.*, 2020).

Na fase III, que antecede a autorização para comercialização, havia naquela data nove candidatos a vacinas em teste, sendo importante destacar dois deles, para os quais autoridades brasileiras firmaram acordos para aquisição do produto, caso seja aprovado nessa fase e seja posteriormente registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Um deles está sendo desenvolvido pela Universidade de Oxford no Reino Unido, em parceria com a empresa farmacêutica AstraZeneca, e utiliza a plataforma do vetor viral não replicante.⁵¹ Neste caso, o MS, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fez acordo no valor de US\$ 127 milhões para a compra de 30,4 milhões de doses da vacina, a transferência da tecnologia para o Bio-Manguinhos e a abertura do mercado latino-americano para a vacina produzida por este laboratório. Já o segundo candidato à vacina está sendo desenvolvido pela empresa chinesa Sinovac, utiliza a plataforma do vírus inativado⁵² e envolve parceria com o governo do estado de São Paulo por meio do Instituto Butantan. Não se conhecem os valores alocados neste caso, mas há informações de que o acordo engloba a aquisição de doses da vacina, a compensação tecnológica⁵³ e a transferência da tecnologia para o instituto (Guimarães, 2020). Também inclui a realização de ensaios clínicos de fase III sob o patrocínio do Butantan.⁵⁴

Uma preocupação que surge é a possibilidade de oferta no SUS de vacinas produzidas a partir de distintas plataformas tecnológicas em uma escala nunca antes utilizada, assim como de os estados adquirirem doses da vacina russa Sputnik-V[®],⁵⁵ para a qual pairam dúvidas sobre a realização dos ensaios clínicos de fases

50. A fase clínica é subdividida em quatro fases, sendo as três primeiras necessárias à concessão do registro do produto junto às autoridades sanitárias responsáveis e a quarta fase diz respeito ao seu acompanhamento após a autorização para comercialização. Ver Fiocruz ([s.d.]).

51. Utiliza um adenovírus modificado para que este produza proteínas do coronavírus ao infectarem as células humanas, ativando a resposta imunológica do organismo. O vírus modificado é atenuado, não se replica dentro das células e é incapaz de causar doenças respiratórias (Callaway, 2020; Thanh Le *et al.*, 2020).

52. Utiliza o próprio coronavírus inativado, sendo ele incapaz de infectar as células, contudo, seu contato com o organismo gera resposta do sistema imunológico (Callaway, 2020; Thanh Le *et al.*, 2020).

53. Segundo Vieira e Álvares (2018, p. 20), “acordos de compensação são práticas comerciais (...) nas quais o Estado comprador busca mitigar o desequilíbrio da sua balança comercial negociando com a empresa contratada a geração de benefícios de natureza comercial, industrial ou tecnológica, em sentido inverso ao da transação monetária”.

54. Ver Instituto Butantan (2020).

55. Circularam diversas notícias nas mídias brasileiras sobre possíveis acordos firmados por alguns estados para acesso à vacina produzida pelo governo russo. Ver, por exemplo, Oliveira, M. (2020).

II e III (IJID, 2020). De qualquer forma, seja qual for a vacina, é fundamental que a Anvisa observe com rigor todos os procedimentos e padrões necessários para o seu registro no Brasil e que fortaleça os processos de farmacovigilância desses produtos após a autorização para comercialização.

A corrida para a oferta de vacinas anticovid se alimenta da grande expectativa dos governos e de parte da sociedade para a solução dos graves problemas de ordem econômica e social causados pela Covid. Entretanto, mesmo com o sucesso nos testes, no registro e na comercialização de uma ou mais delas, tem-se argumentado que não podem ser vistas como a *bala de prata* no enfrentamento à doença, pois há complexidades e riscos envolvidos, entre eles a capacidade de produção para atendimento rápido à demanda, os custos e os efeitos negativos do movimento antivacina (Guimarães, 2020). Sobre os custos, a incorporação ao SUS de uma ou mais vacinas anticovid pressionará ainda mais o gasto em medicamentos do MS, em um contexto de grande restrição orçamentária imposta pela EC nº 95/2016 (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Trata-se, portanto, de grande desafio a ser enfrentado pelo MS no curtíssimo prazo.

Outro problema diz respeito ao crescimento de grupos contrários à imunização. Segundo um estudo realizado em 149 países para mapear as tendências da confiança da população nas vacinas e investigar possíveis barreiras à sua administração, no Brasil, em 2015 e 2019, respectivamente, 92,9% e 88,2% das pessoas concordaram com a importância desses medicamentos. O percentual de indivíduos que confiavam na sua segurança foi de 73,1%, em 2015, e 63,3%, em 2019, e na sua efetividade foi de 75,6% no primeiro ano, caindo para 56% no último ano (Figueiredo *et al.*, 2020). Embora o movimento antivacina não pareça ser forte e organizado no Brasil (Massarani, Leal e Waltz, 2020) e os números apresentados indiquem ainda elevado reconhecimento pela população brasileira da relevância das vacinas, esses resultados acendem um alerta para as autoridades sanitárias, especialmente porque o presidente da República tem se manifestado contrário à obrigatoriedade de vacinação da população.⁵⁶ Isso dificultará o processo de imunização contra a Covid-19 no país, pois, tem-se apontado que o enfrentamento do discurso antivacinas e da atitude contrários à saúde pública, depende da adoção de medidas legais por parte do poder público, entre elas, a compulsoriedade da vacinação e o combate à desinformação (Camargo Junior, 2020).

Por fim, ainda em relação à gestão de tecnologias, preocupa a falta de um plano efetivo de imunização da população brasileira. A ausência do planejamento federal a esse respeito se tornou flagrante na primeira quinzena de dezembro de 2020. Revelam esta situação os seguintes fatos: i) a aposta principal do governo brasileiro em um único candidato a vacina, o desenvolvido pela Astrazeneca em

56. Ver Gomes (2020).

parceria com a Universidade de Oxford, objeto do acordo firmado pela Fiocruz, já mencionado, e que teve problemas na execução do ensaio clínico de fase III;⁵⁷ ii) a resistência em realizar negociações para acesso futuro a outras possíveis vacinas, por razões diversas;⁵⁸ iii) a necessidade de o Supremo Tribunal Federal (STF) requerer do MS a complementação das informações constantes do plano nacional de imunização apresentado por ordem do próprio tribunal;⁵⁹ e iv) a não aquisição dos insumos necessários à realização da campanha de vacinação contra a Covid (seringas, agulhas, entre outros).⁶⁰ As questões logísticas relacionadas à realização de uma campanha dessa importância, especialmente porque muitas das possíveis vacinas a serem disponibilizadas exigem temperaturas muito baixas para armazenamento, parecem não ter tido qualquer centralidade nas discussões no governo federal ao longo desses meses de pandemia. Isso acaba gerando muitas incertezas sobre a capacidade do SUS executá-la, com a mesma competência com que realizou inúmeras campanhas nacionais de vacinação, desde a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), em 1973.

3.2.4 Execução orçamentária do Ministério da Saúde durante a pandemia

Quanto ao financiamento federal do SUS, com a chegada da pandemia em 2020, a necessidade de intervenções do governo reavivou o debate sobre a flexibilização ou até mesmo a revisão das regras inculcadas pela emenda do teto de gastos (Pinto, 2020). Após o reconhecimento do estado de calamidade pública, a pedido da Presidência da República e por meio do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março 2020, foi dada a possibilidade de ultrapassar o teto de gasto estabelecido para o ano pela Lei nº 13.898 (Lei orçamentária de 2020), sem que o governo incorresse em crime de reponsabilidade (Coelho *et al.*, 2020).⁶¹ No mesmo sentido, foi aprovada a EC nº 106, de 7 de maio de 2020, que institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia.

Em 2019, o teto para as despesas primárias foi de R\$ 1,407 trilhão, valor que corrigido pela inflação corresponde a R\$ 1,454 trilhão para 2020. Ou seja, um aumento de R\$ 47,8 bilhões em relação ao teto de 2019 (Caram e Pupo, 2020). No entanto até julho de 2020, o governo federal, nas diversas áreas de combate à

57. Ver Biernath (2020).

58. Segundo matérias jornalísticas, a empresa Pfizer entrou em contato com o MS meses antes de ter a sua vacina autorizada para uso comercial em três países, nos quais a vacina já está sendo aplicada (Reino Unido, Estados Unidos e Canadá). O MS não teria demonstrado interesse na negociação com a empresa naquele momento e somente a procurou quando da iminência de o Butantan apresentar o pedido de registro da Coronavac, desenvolvida em parceria com a empresa chinesa Sinovac, à Anvisa. A Coronavac tem sido objeto de politização no Brasil, em virtude das disputas políticas envolvendo o presidente da República e o governador do estado de São Paulo, ao qual o Instituto Butantan está vinculado. Ver Vidale (2020) e Veja... (2020).

59. Ver Máximo (2020).

60. Ver CNTS (2020) e Compra... (2020).

61. Houve abertura de crédito extraordinário para o enfrentamento da pandemia. As despesas correspondentes não serão contabilizadas no teto de gastos do ano.

pandemia, já havia programado um valor de aproximadamente R\$ 500 bilhões, ou seja, mais de dez vezes o aumento do teto entre 2019 e 2020 e quase 30% do teto previsto para 2020 (Caram e Pupo, 2020). Ou seja, para combater a pandemia, o governo federal teve de se desvencilhar, temporariamente, das metas de austeridade fiscal. Isso poderia ser feito, como dito anteriormente, sem que fossem acionados os gatilhos previstos no art. nº 109 da EC nº 95/2016, uma vez que a decretação de estado de calamidade pública liberou o governo do cumprimento do teto de gastos enquanto perdurar *oficialmente* a pandemia. Contudo, essa liberação refere-se aos gastos destinados ao combate da pandemia. Para as demais despesas, continua valendo o teto estabelecido.

Para 2020, o MS recebeu dotação orçamentária de R\$ 125,1 bilhões em ASPS no início do exercício, mas, com o início da pandemia, em 13 de março de 2020 foram remanejados R\$ 4,84 bilhões alocados inicialmente nas ações orçamentárias dos incrementos PAB (2E89) e MAC (2E90). Somente no início de abril é que foram adicionados recursos ao orçamento do MS no valor de R\$ 14,1 bilhões por meio das MPs nº 940 e nº 941, de 2 de abril de 2020, e nº 947, de 8 de abril de 2020. Até 16 de abril de 2020, data da demissão do ministro Mandetta, apenas R\$ 5,0 bilhões haviam sido transferidos para estados e municípios, o que corresponde a pouco mais de um mês (1,18 vez) do valor transferido para a MAC de estados e municípios em 2019 (R\$ 50,7 bilhões no ano).

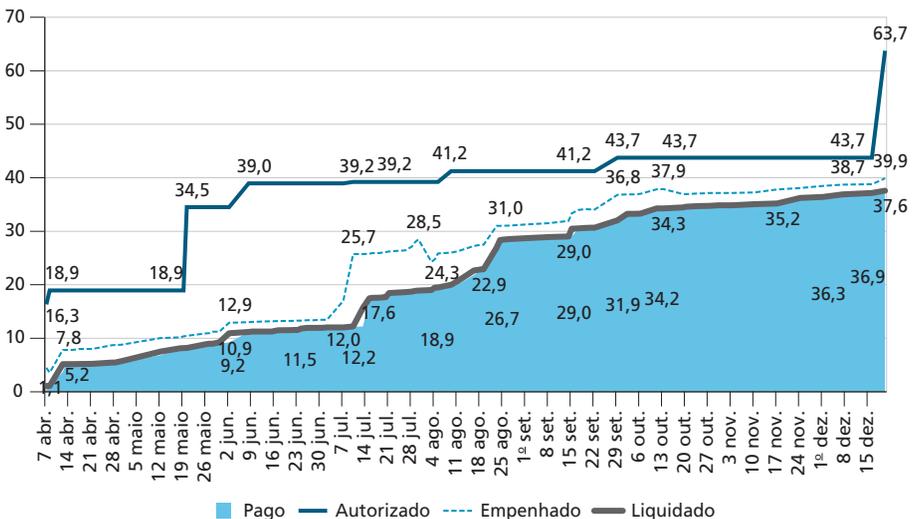
A primeira mudança no comando do MS não mudou o quadro da execução orçamentária: nos 29 dias de permanência do ministro Teich, a dotação orçamentária autorizada não foi alterada, houve redução dos empenhos em aplicações diretas, e as transferências para estados e municípios desde o início da pandemia não chegaram a alcançar R\$ 7,0 bilhões. Em 15 de maio, data da segunda mudança no comando do MS no período da pandemia, o país já registrava quase 15 mil óbitos, algumas cidades enfrentavam um cenário bastante complexo de superlotação de leitos, necessidade de aquisição de equipamentos e insumos, contratação de profissionais de saúde, ou contratação de serviços, enquanto outras se preparavam para o enfrentamento da pandemia.

Com o início da gestão do ministro Pazuello, o orçamento para enfrentamento da pandemia recebeu reforço de R\$ 15,6 bilhões por meio das MPs nº 967, de 19 de maio de 2020, e nº 969, de 20 de maio de 2020, representando aumento de 110% em relação aos valores adicionais ao orçamento das MPs anteriores. Esses recursos, entretanto, só passaram a ser transferidos em maior volume a partir de julho, após intensas negociações parlamentares para sua partilha entre os entes federados, quando o país já contabilizava mais de 70 mil óbitos (gráficos 3 e 4). Ademais, em dezembro de 2020 foram abertos créditos extraordinários específicos

para ações de imunização (R\$ 20 bilhões),⁶² o que indica que não havia programação anterior de execução de recursos para a aquisição de vacinas e de insumos para a campanha de vacinação. Isso explica o aumento do valor autorizado de R\$ 43,7 bilhões na semana do dia 8 para R\$ 63,7 bilhões na semana do dia 15, conforme apresentado no gráfico 3. Toda essa situação revela a falta de celeridade e prioridade do MS na execução dos recursos aprovados para o enfrentamento da pandemia, mesmo diante das crescentes necessidades dos estados e municípios para ampliação da oferta de leitos de UTI, de testes diagnósticos e de equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde.

O atendimento de uma demanda extraordinária como a gerada pela pandemia em hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde, além da realização de testes na população, dependem da disponibilidade de recursos e da previsibilidade de seu recebimento. O atraso na sua disponibilização para o atendimento da população pelos entes subnacionais dificulta o planejamento e a contratação de serviços no tempo adequado, prejudicando as ações e os serviços de combate à pandemia.

GRÁFICO 3
Execução orçamentária do MS na ação 21C0¹ – Brasil (7 abr.-20 dez. 2020)
(Em R\$ bilhões)

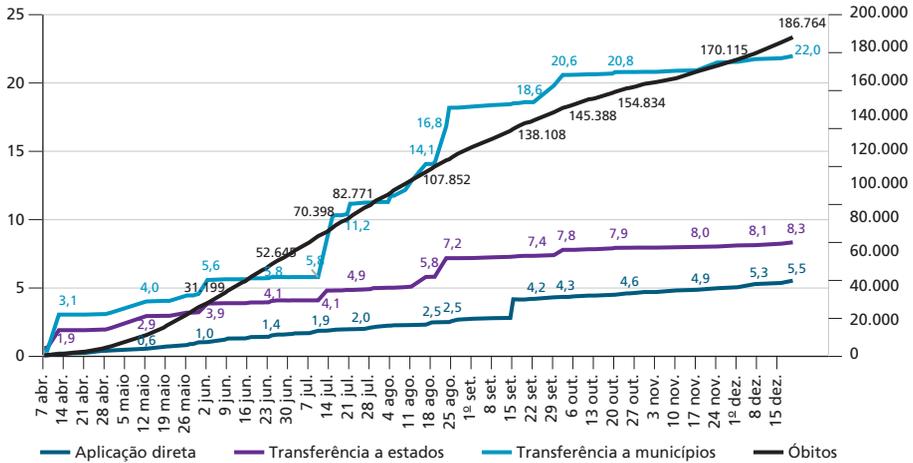


Fonte: Fúncia, Benevides e Ocké-Reis (2020), com dados extraídos do Siga Brasil do período 7 abr.-20 dez. 2020.

Nota: ¹ Ação 21C0: Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

GRÁFICO 4

Despesa liquidada na ação 21C0,¹ por modalidades de aplicação selecionadas, e número acumulado de óbitos, por data de notificação – Brasil (7 abr.-20 dez. 2020)
(Em R\$ bilhões)



Fontes: Funcia, Benevides e Ocké-Reis (2020 – para a execução orçamentária), com dados extraídos do Siga Brasil do período 7 abr.-20 dez. 2020; e MS (para os óbitos). Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

Nota: ¹ Ação 21C0: Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

A parcela de recursos para despesas de capital na ação 21C0 foi majoritariamente destinada para aplicação direta do MS, e reduzida ao longo dos meses. Em 20 de maio de 2020, por exemplo, de uma previsão orçamentária de R\$ 31,1 bilhões, havia R\$ 3,4 bilhões alocados para despesas de capital, dos quais R\$ 2,9 bilhões para aplicação direta do MS. Em 20 de dezembro de 2020, com orçamento de R\$ 63,7 bilhões na ação 21C0, R\$ 2,9 bilhões estavam destinados às despesas de capital, sendo R\$ 1,4 bilhão para aplicação direta e R\$ 1,1 bilhão para municípios, dos quais apenas 54% foram empenhados.

Com esses aportes, o orçamento do MS subiu de um valor inicial de R\$ 125,1 bilhões para R\$ 164,3 bilhões em ASPS (dotação em 15 de outubro de 2020). A grande questão é que no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) para 2021 e no próprio Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) está prevista a volta ao teto de despesas apenas corrigido pela inflação, sem considerar os recursos alocados em 2020 para combate à pandemia. Ou seja, R\$ 123,83 bilhões, o que significa R\$ 35,0 bilhões a menos em relação à dotação atualizada de agosto de 2020 (Funcia, 2020).

É possível que alguns dos gastos realizados em 2020 possam, eventualmente, não ser mais necessários em 2021. Mas, na maioria das ações encetadas no combate à pandemia, a incerteza sobre a necessidade de continuidade, além de 2020, ainda

é grande. Afinal o número de casos da doença e de óbitos, após uma breve desaceleração, voltou a subir no Brasil, persistindo temores fundados de novas ondas da infecção.⁶³ O decreto de calamidade pública é válido até 31 de dezembro de 2020, mas a pandemia não termina junto com o ano fiscal. Na base das discussões sobre a manutenção do teto de gastos se digladiam correntes distintas do pensamento econômico no que diz respeito ao papel da política fiscal, predominando, no momento, a visão da necessidade de diminuição do gasto público em relação ao PIB, mantendo disciplina fiscal rígida, com a justificativa da necessidade de restabelecer a confiança dos agentes privados e assim atrair o investimento privado. Naturalmente, subjacente a essa visão, há uma proposta de redefinição do papel do Estado na área social, na contramão de posições definidas na CF/1988.

Analisando os números da saúde, o PLOA para 2021 destina R\$ 136,7 bilhões à saúde, para financiamento das despesas em ASPS e não ASPS. Este valor é apenas 4% a mais que o PLOA de 2020 e quase R\$ 40 bilhões a menos que a dotação vigente em setembro deste ano (Inesc, 2020). Os programas que mais perdem nesta redução de recursos são: i) Atenção Especializada, cerca de 40% em relação à dotação de setembro de 2020, desconsiderando o fato que mesmo que muitas das estruturas para atendimento de casos graves de Covid sejam desmontadas, ainda assim se manterá, bastante aumentada, uma demanda represada por procedimentos cirúrgicos e outros atendimento especializados; e ii) Atenção Básica (menos 13%), desconsiderando a necessidade de recuperação desse segmento assistencial tão importante para a maioria da população. Ademais, não foram adequadamente dimensionadas as necessidades de programas que precisarão de acréscimos de recursos em 2021, como Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde, para a aquisição de vacinas e implementação do plano de vacinação (Inesc, 2020). Como os casos de Covid e os óbitos voltaram a crescer no Brasil nas últimas semanas de 2020, é possível que haja prorrogação do estado de calamidade pública em 2021, pois isso possibilitaria a emissão de créditos extraordinários, a exemplo dos R\$ 20 bilhões autorizados em 17 de dezembro de 2020 para a aquisição de vacinas (Brasil, 2020g), e a permanência do descumprimento do teto de gastos.

3.2.5 Recursos humanos no enfrentamento à pandemia

A pandemia explicitou, ainda, problemas em relação à saúde e à segurança no trabalho dos profissionais desse setor. Além disso, amplificou a necessidade de se pensar a formação, a contratação e a gestão dos recursos humanos em saúde.

No que se refere à saúde e à segurança no trabalho de profissionais de saúde, há indícios de que a taxa de contaminação desses profissionais pelo coronavírus

63. Países da Europa, como França, Espanha, Alemanha e Reino Unido, entre outros, já estão apresentando aumento significativo no número de casos desde agosto de 2020 e reconheceram que estão enfrentando uma segunda onda da pandemia.

no Brasil seja muito elevada (OPS, 2020). Segundo dados do e-SUS Notifica,⁶⁴ até o dia 1º de junho de 2020, foram notificados 262.892 casos suspeitos de Covid entre médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. Destes, foram confirmados 10.808 casos em médicos, 12.818 em enfermeiros e 28.986 em auxiliares/técnicos de enfermagem. Esses números podem aumentar porque pelo e-SUS Notifica ainda há 113.967 casos sem resultados do teste utilizado para diagnóstico da infecção pelo coronavírus. Além disso, quando se analisam dados de 15 de novembro de 2020, mais próximos do final do ano, só no estado de São Paulo foram confirmados 98 mil casos de contágio entre profissionais de saúde.

Como Fehn *et al.* (2020) e Servo *et al.* (2020) afirmam, era imediata a necessidade de se repensar a saúde e a segurança desses trabalhadores, com medidas de proteção no ambiente de trabalho, incluindo a ampliação do acesso a equipamentos de proteção individual. Além disso, é necessário planejar a formação para a atenção à saúde da população no período pós-pandemia.

A pandemia aumentou a necessidade de profissionais de saúde no SUS por ao menos três motivos. Primeiro, para fazer frente ao aumento da demanda por cuidados médicos devido ao vírus em si. Ao menos parte desse aumento precisará ser mantido por algum tempo, mesmo após o controle de sua propagação. Segundo, devido ao aumento das necessidades não atendidas por causa do cancelamento de consultas, exames e procedimentos hospitalares considerados não urgentes durante a pandemia. Terceiro, devido à necessidade de repor profissionais de saúde que foram infectados e morreram ou estão afastados para tratamento da Covid-19; também existe a possibilidade de afastamento devido a problemas de saúde mental, desenvolvidos na linha de frente do combate à doença.

Esses problemas já eram sentidos nas primeiras ondas do contágio em vários países do mundo. Uma segunda onda encontrará esses profissionais exaustos e com mais dificuldades de resposta se as demandas foram iguais às observadas durante a primeira onda. Como as mulheres compõem a maior parcela da força de trabalho na área da saúde, no capítulo sobre gênero deste número do boletim *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* discutem-se, detalhadamente, os efeitos da pandemia sobre os profissionais de saúde.

3.2.6 Desigualdades no acesso e nos resultados em saúde

Em relação ao acesso aos serviços e resultados em saúde, confirmou-se o que, lamentavelmente, já era esperado, uma vez que as desigualdades sociais e em saúde no Brasil são elevadas e persistentes. A pandemia não atingiu igualmente todos os seguimentos populacionais. Estudos mostraram importantes desigualdades de acesso

64. Dados oriundos das Notificações de Síndrome Gripal. Disponível em: <<http://bit.ly/37qFR06>>. Acesso em: 4 jun. 2020 (dados nacionais) e em 15 dez. 2020 (dados para o estado de São Paulo).

aos serviços de saúde entre grupos socioeconômicos em espaços intraurbanos (Pereira *et al.*, 2020), entre as regiões geográficas (Noronha *et al.*, 2020) e por cor ou raça. No que se refere aos diferenciais por cor ou raça, análises descritivas mostram que a proporção de hospitalizações e óbitos por Covid-19 na população negra (preta e parda) foi aumentando ao longo do tempo, logo superando os resultados iniciais que apresentam uma proporção maior entre brancos. A comparação da proporção de óbitos em relação às internações também mostra clara desigualdade de acesso entre brancos e negros: a proporção de óbitos da população negra em relação ao total de hospitalizações é maior que a observada entre brancos (Oliveira, R. *et al.*, 2020).

Li *et al.* (2020) analisaram o risco de hospitalização e morte usando dados individuais, com controle para diferenças de mobilidade diária, teletrabalho e comorbidades, no período entre março e agosto de 2020 no estado de São Paulo. Os autores estimaram que a população vivendo nas áreas mais pobres do estado tinham uma probabilidade maior de morrer que aqueles vivendo nas áreas mais ricas, sendo o mesmo resultado observado para o risco de internação. A população negra tinha também maior probabilidade de ser hospitalizada ou de morrer quando comparada à população branca. O risco de hospitalização foi parcialmente explicado pelas possibilidades de as pessoas seguirem as orientações de distanciamento social, com as populações de vizinhanças brancas e mais ricas tendo capacidade de se isolar mais rápido e de manter o isolamento por períodos maiores. A precariedade dos vínculos de trabalho e o acesso à seguridade social também explicaram a menor capacidade da população negra e mais pobre em aderir ao isolamento. Ademais, podem explicar ainda a maior vulnerabilidade da população negra e pobre à infecção pelo coronavírus a alta prevalência de pessoas residindo em habitações inadequadas e sem saneamento básico, o que limita o cumprimento das recomendações de higiene no ambiente doméstico, e a necessidade de uso de transporte público, no qual as aglomerações constituem rotina.

3.2.7 Regulação dos planos de saúde

Outro tema relevante, que foi tratado brevemente na subseção 2.7, envolve a regulação dos planos privados de saúde. Em relação aos planos individuais e familiares, a ANS divulgou tardiamente o reajuste de 2020, que normalmente ocorre entre abril e maio de cada ano (em 2020 ocorreu em agosto). Além do mais, embora tenha suspenso o reajuste de maio a dezembro de 2020, estabeleceu correção retroativa dos valores dos planos a partir de janeiro de 2021 (quadro 2).⁶⁵

65. Tudo mais constante, está programado novo reajuste de preços dos planos individuais e familiares na sua data-base no ano de 2021.

QUADRO 2

Reajuste de plano individual/familiar com aniversário em maio de 2020 (oito meses de suspensão) sem previsão de reajuste por faixa etária no ano. Valor da mensalidade: R\$ 100,00 e reajuste anual autorizado: 8,14%

Mensalidade sem reajuste	Percentual de reajuste anual definido pela ANS	Valor devido referente aos meses de suspensão do reajuste anual	Mensalidade atualizada e com a parcela de recomposição a ser paga de janeiro a dezembro de 2021 ¹
R\$ 100	8,14%	$\begin{array}{r} \text{R\$ } 8,14 \\ (\text{valor do reajuste anual}) \\ \times \\ 8 \\ (\text{meses de suspensão}) \\ = \\ 12 \times \text{R\$ } 5,43 \end{array}$	$\begin{array}{r} \text{R\$ } 108,14 \\ + \\ \text{R\$ } 5,43 \\ = \\ \text{R\$ } 113,57 \\ (\text{mensalidade com reajuste e retroativo}) \end{array}$

Fonte: ANS. Disponível em: <<http://bit.ly/2QhJm2B>>.

Nota: ¹ Sem considerar mudança de faixa etária no período.

Ademais, em agosto de 2020, excetuando os planos antigos que não foram adaptados, a ANS anunciou a suspensão por 120 dias dos reajustes que já haviam sido aplicados pelos planos de saúde coletivos por adesão e empresariais com menos de trinta vidas,⁶⁶ durante os meses de setembro a dezembro de 2020. Para os contratos que foram reajustados por mudança de faixa etária entre janeiro e agosto de 2020, a parcela referente ao percentual de reajuste também não pode ser cobrada nos meses de setembro a dezembro de 2020.

Paralelamente, ao contrário das expectativas, as recomendações de isolamento social significaram a redução da procura por serviços médico-hospitalares na saúde suplementar, e, em alguns casos, da demanda espontânea. Desse modo, com menores despesas assistenciais as operadoras apresentaram resultado líquido positivo em 2020, favorecidas pela redução da taxa de sinistralidade (ANS, 2020d). Do lado dos consumidores, a situação foi diversa diante da elevada taxa de desemprego e da redução da renda *per capita*, que associadas ao recrudescimento da inflação, tiveram efeitos negativos sobre o poder aquisitivo das famílias.

Em um quadro de pandemia, os desafios da regulação do mercado de planos de saúde tornam-se ainda mais complexos, e qualquer solução técnica deve respeitar o interesse público. Há assimetria evidente entre o poder econômico das empresas e os consumidores, cabendo à ANS a responsabilidade de equilibrar as forças entre esses agentes econômicos.⁶⁷

66. Os reajustes suspensos em 2020 nesse segmento do mercado serão cobrados retroativamente em 2021. Os valores relativos à suspensão dos reajustes no período de setembro a dezembro de 2020 deverão ser diluídos em doze parcelas iguais e sucessivas, de janeiro a dezembro de 2021.

67. Ver Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra (2019) e Ocké-Reis, Martins e Drach (2021).

4 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS PARA O PERÍODO PÓS-COVID

A resposta brasileira no combate à Covid-19 no campo da saúde foi limitada por questões fiscais, estruturais e organizacionais do SUS, algumas anteriores ao surgimento do novo coronavírus, bem como pela conjuntura política atual, caracterizada por extrema polarização e ideologização.

No tocante às questões fiscais, a crise econômica de meados da década passada e a implementação de políticas de austeridade fiscal impactaram o financiamento do SUS. Houve queda de arrecadação nos três entes da Federação em anos recentes e uma importante redução do gasto da União com a saúde com a aprovação do teto de gastos, como visto no gráfico 1. Para o enfrentamento da pandemia em 2020, foi preciso flexibilizar temporariamente essa limitação, mas há grandes incertezas sobre o futuro. Na vigência da EC nº 95/2016, a ampliação de recursos deve vir por uma possível aprovação pelo Congresso Nacional da prorrogação da vigência do estado de calamidade pública em 2021, para justificar que despesas decorrentes direta ou indiretamente da pandemia sejam executadas acima do teto de gastos do ano.⁶⁸

A prorrogação do estado de calamidade pública é necessária especialmente porque o custeio da oferta de vacinas anticovid à população exigirá a destinação de significativo montante de recursos, dificilmente alcançável por realocação daqueles inicialmente previstos no PLOA 2021 do MS. Além disso, há demanda reprimida em relação aos demais atendimentos do SUS (consultas, cirurgias eletivas, entre outros), decorrente da postergação da busca por atendimento por parte da população e do cancelamento ou adiamento das agendas por parte dos estabelecimentos de saúde. Mais cedo ou mais tarde essa demanda impactará o SUS e exigirá maior esforço de alocação de recursos, o que poderá ocorrer tão logo a epidemia esteja controlada. Também parece cada vez mais real o surgimento de uma segunda onda da pandemia no Brasil, mais intensa do que a primeira, a exemplo do que está sendo observado em vários países europeus. Nesse caso, pode-se esperar aumento da pressão para a prorrogação do auxílio emergencial, pois é provável que os estados tenham que adotar medidas mais rígidas de distanciamento social já no começo de 2021. Se não implementarem tais medidas, o SUS poderá não ser capaz de absorver a demanda por atendimento, instalando-se o caos na saúde pública.

68. Além dos recursos previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) para destinação ao SUS em 2020 pelo MS, as ações e os serviços implementados para enfrentamento da pandemia demandaram mais R\$ 47 bilhões em créditos extraordinários. Esse valor representa mais da metade do orçamento do ano da pasta. Além dos R\$ 21,6 bilhões de saldo dos créditos extraordinários não executados em 2020 que foram reabertos em 2021 (exclusivamente para as vacinas), ainda serão necessários recursos para enfrentamento da Covid-19 em 2021 não previstos no orçamento do MS no PL de 2021. Ademais, as filas que se formaram pela postergação dos atendimentos aumentarão a necessidade de mais recursos para a saúde.

Em relação aos problemas estruturais do SUS, o processo de regionalização inconcluso da saúde no Brasil, evidenciado pelos vazios assistenciais em grande parte do território, revelou dificuldades para garantia da integralidade do cuidado. A escassez de leitos de UTI no setor público e a alta dependência da contratação desses leitos no setor privado explicitaram importante fragilidade do sistema. Os investimentos públicos estão aquém do necessário para a ampliação da oferta de serviços de MAC e a regulação da rede de serviços, pública e privada, ainda precisa ser equacionada. A coordenação dessa rede foi notadamente limitada, considerando as unidades públicas de saúde. A APS poderia ter desempenhado papel muito mais significativo durante a pandemia, em articulação aos serviços de MAC, o que poderia ter contribuído para a contenção da transmissão da doença, para o atendimento dos casos leves de Covid, o referenciamento adequado dos casos moderados e graves, e para a manutenção dos atendimentos aos usuários com outras queixas de saúde. Os ACS, que constituem ativo importante do SUS, aparentemente, atuaram em menor intensidade do que poderiam, tendo contribuído para tanto a condução insatisfatória por parte do MS na coordenação do sistema. A esse respeito, as perspectivas são de menor protagonismo do governo federal, que vem abrindo mão da prerrogativa de definir a alocação de recursos em favor dos deputados e senadores, com a ampliação da execução de despesas em ASPS por meio de emendas parlamentares. Além das possíveis iniquidades que esse tipo de alocação pode causar, promove-se o enfraquecimento do mecanismo de indução federal de políticas e programas nacionais.

A garantia da vacinação em massa é o caminho para sairmos dessa crise. A Comissão Europeia estabeleceu, em junho de 2020, uma estratégia para os países do bloco que incluía, entre outros: i) uma estratégia global; ii) garantia do acesso equitativo a todos os cidadãos da União Europeia; iii) garantia da produção suficiente de vacinas; e iv) adaptação do marco regulatório para a atual situação de urgência, incluindo a flexibilização normativa para acelerar o processo de desenvolvimento, autorização e disponibilização de vacinas, sem abrir mão da segurança e eficácia (Comisión Europea, 2020). As etapas dessa estratégia demarcam o que é importante para garantir o acesso a vacinas em situação de pandemia.

Como mencionado anteriormente, no Brasil, o Programa Nacional de Imunizações tem tradição e capacidade para realizar campanhas nacionais de vacinação, já tendo executado campanhas com 130 mil postos de vacinação (Brasil, 2003). Além disso, o país conta com laboratórios oficiais com capacidade para incorporar a produção de vacinas e rapidamente ampliar o acesso da população, inclusive podendo se tornar uma liderança na América Latina. Esse processo passa pela capacidade de o país realizar acordos internacionais e de se colocar como um

importante ator no cenário internacional em disputa pelo acesso e pela produção de vacinas. Para isso, a coordenação federal e a atuação da diplomacia brasileira são fundamentais.

Quando se considera que o objetivo é alcançar a imunidade coletiva o mais rápido possível, na América Latina, a estratégia do governo central do Chile de fechar acordos com as empresas Sinovac e Pfizer parece ter sido acertada, visto que, em 19 de março de 2021, 26% da população do país já havia recebido a primeira dose e 14% as duas doses do imunizante. A estratégia chilena é a de alcançar quase 30% da população vacinada com as duas doses já no primeiro trimestre de 2021 (Chile, 2021).

Se não houver uma coordenação federal no Brasil, a busca pela imunidade coletiva pode ampliar a tensão nas relações federativas e comprometer, inclusive, uma das mais bem-sucedidas intervenções do SUS, o PNI. Desde 1973, a coordenação federal sempre foi decisiva para o sucesso das campanhas de vacinação, tornando-se ainda mais urgente em situações de pandemia. Caso ela não ocorra, abrir-se-ia margem para o surgimento de programas de vacinação estaduais e fragilizar-se-iam as estratégias de controle de doenças no país, que carecem de certo grau de centralização na sua implementação.

A título de conclusão, pode-se dizer que, apesar das enormes consequências negativas desencadeadas pela Covid-19 nos âmbitos econômico, político e social no Brasil, a pandemia contribuiu para mudar a percepção de parte dos brasileiros sobre o SUS.⁶⁹ Ainda que com deficiências em algumas regiões, o sistema foi capaz de atender à população e se mostrou resiliente em contexto de grandes adversidades. Formadores de opinião que no passado recente não lhes davam importância e atenção passaram a reconhecer publicamente a relevância da sua existência e de seu caráter universal. Essa percepção da centralidade do SUS foi responsável pela mobilização recente de pessoas e instituições, especialmente por meio das redes sociais, contra o Decreto nº 10.530/2020, cujas disposições foram interpretadas como uma abertura para a privatização do sistema. A pressão resultou na revogação dessa norma em cerca de 24 horas.⁷⁰

Mas, mesmo que esse apoio represente uma certa esperança quanto à defesa do sistema diante das dificuldades que se avizinham, ele ainda parece insuficiente para evitar grandes choques sobre o sistema em decorrência do quase certo aumento

69. Segundo dados de uma pesquisa realizada em abril de 2020, seis em cada dez pessoas das classes média e alta do município de São Paulo passaram a valorizar mais o SUS com a pandemia de Covid-19. Disponível em: <<https://bit.ly/2IZ8yaV>>. Acesso em: 17 dez. 2020. Em outra pesquisa realizada pelo Ibope, verificou-se crescimento da confiança da população brasileira no SUS entre julho de 2019 e setembro de 2020 em 11 pontos, de 45% para 56% da população (Toledo, 2020).

70. O Decreto nº 10.530/2020 autorizava a realização de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de unidades básicas de saúde, na forma de projetos-pilotos. Ver Mendes (2020).

de casos de Covid-19 no início de 2021, dos conflitos do governo federal com alguns governos estaduais e municipais em razão das medidas para contenção da pandemia, da ausência de coordenação federativa das ações de enfrentamento à doença no território nacional e do desestímulo à imunização por meio da veiculação de informações falsas.

REFERÊNCIAS

AHLANDER, J.; POLLARD, J. Sweden failed to protect elderly in Covid pandemic, commission finds. **Reuters**, 15 Dec. 2020. Disponível em: <<http://reut.rs/3mJRNp0>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

AJZENMAN, N.; CAVALCANTI, T.; DA MATA, D. **More than words: leaders' speech and risky behavior during a pandemic**. Cambridge: University Cambridge; Institute for New Economic Thinking, 2020. (Cambridge Working Papers in Economics, n. 2034). Disponível em: <<https://bit.ly/3mAkM7Y>>. Acesso em: 29 out. 2020.

AN, B. Y.; TANG, S.-Y. Lessons from Covid-19 Responses in East Asia: institutional infrastructure and enduring policy instruments. **The American Review of Public Administration**, v. 50, n. 6-7, p. 790-800, 2020.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim Covid-19. **Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, nov. 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3rm2UB3>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. **ANS determina suspensão de reajustes de planos de saúde por 120 dias**. Rio de Janeiro: ANS, 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/2HRltv3>>.

_____. **ANS define que recomposição do reajuste suspenso em 2020 será parcelada em 12 meses**. Rio de Janeiro: ANS, 2020c. Disponível em: <<http://bit.ly/3mIGR3Z>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. **16ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada de 2020**. Rio de Janeiro: ANS, 2020d. (Nota Técnica n. 4). Disponível em: <<https://bit.ly/3vZVB4b>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. **Aposentados e demitidos**. Brasília: ANS, [s.d.]a. Disponível em: <<http://bit.ly/3q7f7s7>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

_____. **Metodologia de cálculo**. Brasília: ANS, [s.d.]b. Disponível em: <<http://bit.ly/38jwujh>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, 2020.

BENEVIDES, R. P. S. **As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde em 2016**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 46).

_____. **Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018**. Brasília: Ipea, 2021. (Nota Técnica). No prelo.

BIERNATH, A. Vacina de Oxford/AstraZeneca: sucessão de erros põe em xeque resultados. **BBC News Brasil**, 20 nov. 2020. Disponível em: <<http://bbc.in/37uh3o1>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid no SUS**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/2OcuFK8>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/3s8TZ60>>. Acesso em: mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/3m7QCK2>>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a. Disponível em: <<https://bit.ly/3p2Biik>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <<https://bit.ly/2MOuwf6>>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3r0HjNB>>.

_____. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/3m9h598>>. Acesso em: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <<https://bit.ly/37SwjeT>>. Acesso em: 29 out. 2020.

_____. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/367FWW7>>. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019a. Disponível em: <<https://bit.ly/3dVB1JS>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019b. Disponível em: <<https://bit.ly/35qF2SF>>. Acesso em: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3cIdPhJ>>. Acesso em: 29 set. 2020.

_____. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/34vHTL2>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. **Mais Médicos**. Editais abertos e anteriores. Brasília: MS, 2020c. Disponível em: <<https://bit.ly/35yfjOA>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Doença pelo coronavírus 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 8, 2020d. Disponível em: <<https://bit.ly/35ETyqd>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus: Covid-19**. Brasília: MS, 2020e. Disponível em: <<https://bit.ly/3crkVv>>. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid**. Brasília: MS, 2020f. Disponível em: <<https://bit.ly/2XOSRYr>>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Medida Provisória nº 1.015, de 17 de dezembro de 2020. Abre crédito extraordinário em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 20.000.000.000,00, para o fim que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020g. Disponível em: <<https://bit.ly/2O0MSxl>>. Acesso em: 17 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde divulga balanço de ações no combate à pandemia**. Brasília: MS, 2020h. Disponível em: <<https://bit.ly/32CGVLW>>. Acesso em: 6 jan. 2020.

_____. Ministério da Economia. **Publicada MP que abre crédito extraordinário de R\$ 20 bilhões para vacinação contra Covid-19**. Brasília: ME, 2020i. Disponível em: <<http://bit.ly/3njKKg9>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

_____. Ministério da Economia. Receita Federal. **Conceito de gasto tributário**. Brasília: Receita Federal, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/35Xshz2>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020.

CALLAWAY, E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. **Nature**, London, v. 580, n. 7805, p. 576-577, 2020.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na internet. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, 2020.

CAMPOREZ, P. MP de Contas diz que testes vencidos mostram inépcia do governo e pede investigação. **O Estado de S.Paulo**, 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/38BU0qK>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

CARAM, B.; PUPO, F. Gasto com pandemia já consumiu dez vezes espaço aberto no teto de 2020. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 2 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/37xgfPt>>. Acesso em: 21 out. 2020.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

CASTRO, L. F. Governo testa remédio ‘secreto’ contra Covid; especialista pede cautela. **Veja**, São Paulo, 15 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3bMIolN>>. Acesso em: 10 set. 2020.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Considerações sobre o Programa Mais Médicos**. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/34xpGwC>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Parecer nº 4, de 16 de abril de 2020. Considera o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da Covid. Brasília: CFM, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2H1iq2t>>. Acesso em: 16 set. 2020.

CHILE. **Yo me vacuno**. Santiago: 2021. Disponível em: <<http://bit.ly/3rccZzr>>. Acesso em: 19 mar. 2021

CHINA becomes first major economy to recover from Covid-19 pandemic. The Guardian, 19 Oct. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/34v53RF>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CHOWDHURY, M. S.; RATHOD, J.; GERNSHEIMER, J. A. Rapid systematic review of clinical trials utilizing chloroquine and hydroxychloroquine as a treatment for Covid. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 27, n. 6, p. 493-504, 2020.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Senado aprova piso salarial para ACS e ACE**; CNM espera veto presidencial e reforça impacto negativo nos municípios. Brasília: CNM, 2018a. Disponível em: <<http://bit.ly/2KALBv0>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

_____. **Saída dos cubanos do Mais Médicos afeta 28 milhões de brasileiros**. Brasília: CNM, 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/3kx9UXV>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS; CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota sobre a proposta de Medida Provisória nº 827/2018**. Brasília: CNM, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/37uTvzo>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CNTS – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE. **Ministério da Saúde ainda não definiu compra de seringas e agulhas para vacinação contra Covid-19**. CNTS, 8 dez. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3ajCD08>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

COELHO, C. *et al.* Regras permitem romper com teto de gastos sem abandonar ajuste fiscal. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 4 set. 2020.

COLETTA, R. D. *et al.* Governo federal quer que paciente se responsabilize por efeito de vacina, diz relator de MP. **Folha de S.Paulo**, dez. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3r64Vkc>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

COMISIÓN EUROPEA. Estrategia de la UE para las vacunas contra la Covid-19. Bruselas, 17 de junio 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3tApDtu>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

COMPRA de seringas fracassa e Saúde garante menos de 3% do que precisa. **Correio Braziliense**, 29 dez. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3rZFGB7>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

COSEMS/RJ – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Programa Previne Brasil**: cenários de risco de perda de recursos para o ano de 2021. Rio de Janeiro: Cosems/RJ, 2020. (Nota Técnica, n. 7). Disponível em: <<https://bit.ly/3oqPUZn>>. Acesso em: 26 out. 2020.

COSEMS/SP – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Nota Técnica Cosems/SP**: novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde. São Paulo: Cosems/SP, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3kxOrOy>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. **Nota do Cosems/SP**: Programa Médicos pelo Brasil. São Paulo: Cosems/SP, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2HxCCcG>>. Acesso em: 26 out. 2020.

COVID-19: governo anuncia resultado de ensaio clínico com nitazoxanida. **Agência Brasília**, Brasília, out. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3koSwVb>>. Acesso em: 23 out. 2020.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da Covid. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020.

DATAFOLHA: 73% dizem que pretendem tomar vacina contra Covid-19, e 56% acham que ela deve ser obrigatória. **Portal G1 Notícias**, dez. 2020. Disponível em: <<http://glo.bo/2LrIUN2>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

DWEK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. (Coords.). **Austeridade e retrocesso**: impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, 2018.

EC – EUROPEAN COMMISSION. **European Economic Forecast**: Summer 2020 (Interim). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.

FEHN, A. *et al.* **Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da Covid-19**. São Paulo: IEPS, 2020. (Nota Técnica, n. 20).

FERGUSON, N. M. *et al.* **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand**. Londres: Imperial College Covid-19 Response Team, 2020.

FIGUEIREDO, A. *et al.* Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, London, 10 set. 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Ensaio clínico**. Fiocruz, [s.d.]. Ver: <<https://bit.ly/3mCf1Yu>>. Acesso em: 16 set. 2020.

FIUZA, E. P. S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **A nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 90.)

FONTANET, A.; CAUCHEMEZ, S. Covid-19 herd immunity: where are we? **Nature Reviews Immunology**, v. 20, p. 583-584, 2020.

FPA – FUNDAÇÃO PADRE ANCHIETA. **Municípios distribuem kit Covid com cloroquina para pacientes no estágio inicial da doença**. FPA, 19 maio 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2Fa3dff>>. Acesso em: 10 set. 2020.

FUNCIA, F. R. Não deixe o governo federal reduzir em R\$ 35 bilhões o orçamento da saúde no PL de diretrizes orçamentárias (PLDO) 2021 da União. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 36, set. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/34i5gGC>>. Acesso em: 30 set. 2020.

FUNCIA, F. R.; BENEVIDES, R. P. S.; OCKÉ-REIS, C. O. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) de 28/10/2020**. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2XXTEWm>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

GARCIA, D. Pandemia fez país atingir menor nível de ocupação em quase 30 anos. **Folha de S.Paulo**, nov. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3aD6Tn1>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GOMES, P. H. Bolsonaro diz que vacinação contra a Covid não será obrigatória. **G1**, 19 out. 2020. Disponível em: <<https://glo.bo/3mgZgVU>>. Acesso em: 23 out. 2020.

GRAGNANI, J. Covid-19: o que deu errado na ‘exemplar’ Alemanha, que tem nova onda de mortes e cancela Natal. **BBC News**, 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3hcl2IS>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

GUIMARÃES, R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3579-3585, 2020.

GOVERNO Federal negocia com Butantan compra da CoronaVac. **Poder 360**, dez. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/38dTgaX>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

GPMB – GLOBAL PREPAREDNESS MONITORING BOARD. **A world at risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies**. Geneva: WHO, 2019.

GUEDES nega prorrogação de auxílio e estado de calamidade para 2021. **Poder 360**, dez. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3at5RcS>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao Covid: a atenção primária à saúde (APS) no assento do condutor. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2493-2497, 2020.

HUANG, Y. I. *et al.* Saving China from the Coronavirus and Economic Meltdown: experiences and lessons (March 16, 2020). **Social Science Research Network**, 7 Apr. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3nKhJLr>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influência das cidades 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Idec vai à Justiça por suspensão dos reajustes de planos da saúde a todos**. Brasília: Idec, out. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/322uAjl>>. Acesso em: 31 out. 2020.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Desemprego explica a queda do total de beneficiários de planos de saúde, aponta IESS**. São Paulo: IESS, 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/3okQFCW>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

IJID – INTERNATIONAL JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES. Advancing Covid vaccines: avoiding different regulatory standards for different vaccines and need for open and transparent data sharing. **International Journal of Infectious Diseases**, Hamilton, v. 98, p. 501-502, 2020.

INESC – INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Orçamento de 2021 mantém equilíbrio fiscal acima das necessidades da população**. Brasília: Inesc, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/33faflu>>. Acesso em: 30 set. 2020.

INSTITUTO BUTANTAN. **Conep aprova realização da terceira fase de ensaios clínicos de vacina contra Covid**. 9 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/33hT3kw>>. Acesso em: 11 set. 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Saúde. Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 25, p. 111-156, 2018.

ITA – INTERNATIONAL TRADE ADMINISTRATION. **This is a best prospect industry sector for this country. Includes a market overview and trade data**. Washington, D.C.: ITA, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3nJ8JpW>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

JOHN, T. J.; SAMUEL, R. Herd immunity and herd effect: new insights and definitions. **The European Journal of Epidemiology**, v. 16, p. 601-606, 2000.

KOIKE, B. Planos de saúde têm mais lucro no 2º tri: Covid-19 contribuiu para reduzir procedimentos médicos e a taxa de sinistralidade. **Valor Econômico**, ago. 2020. Disponível em: <<http://glo.bo/34B0i8E>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

LAMBERT, L. Real unemployment rate soars past 20% and the U.S. has now lost 26.5 million jobs. **Fortune**, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2Tr8v9w>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

LAWRENCE, F. Strategy for a Pandemic: The UK and Covid-19. **Survival**, v. 62, n. 3, 25-76, 2020.

LEGIDO-QUIGLEY, H. *et al.* The resilience of the Spanish health system against the Covid-19 pandemic. **Lancet Public Health**, 2020.

LI, S. L. *et al.* Social and racial inequalities in Covid-19 risk of hospitalisation and death 1 across São Paulo state, Brazil. **MedRxiv preprint**, Dec. 13, 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/38v3PX9>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MACHADO, C. L. *et al.* A “**Imunidade de rebanho**” é eficaz no combate ao coronavírus? Belo Horizonte: UFMG, 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3azvDwl>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MAIS DE 600 cidades podem ficar sem médicos: programa terá 10 mil vagas abertas. **Congresso em Foco**, Brasília, 17 nov. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/35yWgxj>>. Acesso em: 26 out. 2020.

MARINHO, A. **A proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid no Brasil**: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 65). Disponível em: <<https://bit.ly/2HuZYQc>>. Acesso: 24 set. 2020.

MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF recorre ao TRF1 para que União, estado de Goiás e município de Goiânia disponibilizem medicamentos para tratamento precoce dos pacientes com a covid-19**. MPF, 3 ago. 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3m7ifCV>>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **MPF firma acordo parcial na ação sobre medicamentos do Protocolo Covid**. MPF, 22 maio 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/3m3lMCa>>. Acesso em: 10 set. 2020.

MASSARANI, L.; LEAL, T.; WALTZ, I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020.

MENDES, G. Após pressão, Bolsonaro recua e revoga decreto sobre privatização no SUS. **Congresso em Foco**, out. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/34OQngt>>.

MERKEL pede que alemães “fiquem em casa” para deter a pandemia. **DW Brasil**, out. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/31H9h6E>>. Acesso em: 26 out. 2020.

MORAES, R. F. **A Covid e as medidas legais de distanciamento dos governos estaduais**: análise comparativa do período de março a julho de 2020. Brasília: Ipea, 2020a. (Nota Técnica, n. 23).

_____. **Medidas legais de incentivo ao distanciamento social**: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais do Brasil. Brasília: Ipea, 2020b. (Nota Técnica, n. 16).

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS. **Le Monde Diplomatique**, São Paulo, 15 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3cKRakK>>. Acesso em: 30 set. 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-274, 2018.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O.; BENEVIDES, R. P. S.; FUNCIA, F. R. **Evolução do piso constitucional da saúde**. Brasília: Ipea, 2021. (Nota Técnica, no prelo).

OCKÉ-REIS, C. O.; FIUZA, E. P. S.; COIMBRA, P. H. H. **Inflação dos planos de saúde – 2000-2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica, n. 54.)

OCKÉ-REIS, C. O.; MARTINS, N. M.; DRACH, D. C. **Desempenho econômico-financeiro das operadoras líderes no mercado de planos de saúde (2007-2019)**. Rio de Janeiro: Ipea, 2021. (Nota Técnica). No prelo.

OECD – ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Territorial impact of Covid-19: managing the crisis across levels of government**. Paris: OECD, 2020a. Disponível em: <<http://bit.ly/2KV1Inl>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. Health at a Glance Europe 2020. **How resilient have European health systems been to the Covid-19 crisis?** Paris: OECD, 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/2JjQdpk>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

OLIVEIRA, J. Ministro da Saúde promete “plano de saída” da quarentena e diz que recuará em caso de erro de cálculo. **El País**, abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3mlju0H>>. Acesso em: 28 maio 2020.

OLIVEIRA, M. **Covid**: Bahia se une ao Paraná e firma acordo para vacina russa. 12 set. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3hrIX5x>>. Acesso em: 14 set. 2020.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a Covid-19. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. **Covid-19 en personal de salud**. Washington, D.C.: OPS, 31 ago. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3ogzwKy>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

OYAMA, T. Caso encerrado na Suécia: a tática “light” contra o coronavírus fracassou. **Portal UOL**, 17 dez. 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/3pTleyL>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

PEREIRA, R. H. M. *et al.* Geographic access to Covid-19 healthcare in Brazil using a balanced float catchment area approach. **MedRxiv**, July 19, 2020. Disponível em: <<http://bit.ly/2WGazT1>>. Acesso em : 23 dez. 2020.

PEREZ-BERMEJO, M.; MURILLO-LLORENTE, M. T. **The fast territorial expansion of the Covid-19 in Spain**. Valencia, Spain: Sonev Research Group; School of Medicine and Health Sciences; Catholic University of Valencia, 2020.

PINTO, E. G. Justiça fiscal de transição no PLOA/202 para o *deficit* de 100 mil vidas. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 11 ago. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3cKQ8VU>>. Acesso em: 30 set. 2020.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2497).

RACHE, B. *et al.* **Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid**. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020. (Nota Técnica, n. 7). Disponível em: <<https://bit.ly/2Ntr9um>>. Acesso em: 25 set. 2020.

SÁ, E. B. **A saúde pública e o enfrentamento da crise causada pelo coronavírus**. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 68).

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 21, maio 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/36pNN1D>>. Acesso em: 30 set. 2020.

SAÚDE diz que não é obrigada a fornecer testes, respiradores e máscaras. **A Gazeta**, 24 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/32ABb5t>>. Acesso em: 16 set. 2020.

SCHUETZE, C. F. A German Exception? Why the Country's Coronavirus Death Rate Is Low. **The New York Times**, 2020. Disponível em: <<https://nyti.ms/31Kq5d9>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, 2020.

SERVO, L. M. S. **O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência**. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

SERVO, L. M. S. *et al.* **Equipamentos de proteção individual, higienizantes e material de higiene pessoal**: preços, regulação e gestão da informação em tempos de coronavírus. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 63). Disponível em: <<https://bit.ly/2Vly0dw>>. Acesso em: 10 set. 2020.

SERVO, L. M. S.; ANDRADE, M. V.; AMARAL, P. V. M. Análise das regiões de saúde no Brasil a partir do Pacto pela Saúde: adequação da regionalização e acesso geográfico. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 21., 2019. Poços de Caldas, Minas Gerais **Anais...** Poços de Caldas: Abep, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/35GN61M>>. Acesso em: 29 out. 2020.

TASCA, R.; MASSUDA, A. Estratégias para reorganização da rede de atenção à saúde em resposta à pandemia Covid: a experiência do sistema de saúde italiano na região de Lazio. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 20-27, 2020.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão nº 994/2020**. Brasília: TCU, 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3ourjDe>>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. **Relatório de acompanhamento**. Processo TC 014.575/2020-5. Brasília: TCU, 2020b. Disponível em: <<http://bit.ly/3hfUSVW>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

THANH LE, T. *et al.* The Covid vaccine development landscape. **Nature Reviews Drug Discovery**, London, v. 19, n. 5, p. 305-306, 2020.

TITHERADGE, D.; KIRKLAND, F. Coronavirus: Did ‘herd immunity’ change the course of the outbreak? **BBC News**, July 20, 2020. Disponível em: <<http://bbc.in/2WGbBlj>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

TOLEDO, J. R. Confiança no SUS tem crescimento recorde na pandemia. **Folha de S.Paulo**, nov. 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3nuQ9lo>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

TORRES, R. Agente de combate a endemias. **Revista Poli**: saúde, educação e trabalho, n. 3, de jan./fev. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3rZ5mOh>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. Covid, as *fake news* e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, 2020.

VEJA a cronologia da disputa entre Bolsonaro e Doria em torno da vacina contra a Covid-19. **G1**, 12 dez. 2020. Disponível em: <<http://glo.bo/3mw7Tvg>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

VERDÉLIO, A. Covid: Bolsonaro quer cloroquina para pacientes com sintomas leves. **Agência Brasil**, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2DQjZPK>>. Acesso em: 10 set. 2020.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIDALE, G. Governo federal ignora proposta de compra de vacina da Pfizer. **Veja**, 14 out 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3oGgDQF>>. Acesso em: 17 dez. 2020

VIEIRA, A. L.; ÁLVARES, J. G. Acordos de compensação tecnológica (*offset*). **Revista da Secretaria de Economia e Finanças do Exército**, Brasília, v. 1, p. 20-29, 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 25, p. 441-506, 2018.

_____. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2020.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: equipes de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB)**. Brasília: Ipea, 2013. (Nota Técnica, n. 16).

WESTCOTT, B. China's top leaders meet to plan next five years as coronavirus rebuilding begins. **CNN**, Oct. 2020. Disponível em: <<https://cnn.it/31LPuD8>>. Acesso em: 26 out. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Managing epidemics: key facts about major deadly diseases**. Geneva: World Health Organization, 2018.

_____. **Considerations in adjusting public health and social measures in the context of Covid-19: interim guidance**. Geneva: WHO, 2020a.

_____. **Critical preparedness, readiness and response actions for Covid-19: Interim guidance**. Geneva: WHO, 2020b.

_____. **Draft landscape of Covid candidate vaccines – 8 September 2020**. Geneva: WHO, 2020c. Disponível em: <<https://bit.ly/35AXidZ>>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard**: Dados de 25 out. 2020. Geneva: WHO, 2020d. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>.

ZHANG, S. *et al.* Covid-19 containment: China provides important lessons for global response. **Frontiers of Medicine**, v. 14, n. 2, p. 215-219, 2020.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Reginaldo da Silva Domingos

Assistentes da Chefia

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Anderson Silva Reis

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Andrey Tomimatsu

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL