

Título do capítulo	CAPÍTULO 20 – USO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A TOMADA DE DECISÃO DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA APROXIMAÇÃO À ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Autores(as)	Michelle Fernandez
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-032-5/capitulo20

Título do livro	POLÍTICAS PÚBLICAS E USOS DE EVIDÊNCIAS NO BRASIL: CONCEITOS, MÉTODOS, CONTEXTOS E PRÁTICAS
Organizadores(as)	Natália Massaco Koga Pedro Lucas de Moura Palotti Janine Mello Maurício Mota Saboya Pinheiro
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2022
Edição	1ª
ISBN	978-65-5635-032-5
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-032-5

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2022

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

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.

USO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A TOMADA DE DECISÃO DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA APROXIMAÇÃO À ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE¹

Michelle Fernandez²

1 INTRODUÇÃO

No final de janeiro de 2020, o mundo presenciou o surgimento de uma nova epidemia na China que, em pouco tempo, transformou-se em pandemia, chegando a todos os lugares. Somado a isso, surge um cenário repleto de medos, dúvidas e incertezas. Esses sentimentos também estiveram refletidos no processo de tomada de decisão em saúde pelo mundo, afinal não se sabia como lidar com um vírus recém-descoberto e com uma doença até então desconhecida. De fevereiro de 2020 a abril de 2021, entre as questões mais importantes estão as perguntas sobre a forma verdadeiramente eficaz de atuar para diminuir a probabilidade de disseminação do vírus na população, diminuindo assim o risco de adoecimento das pessoas, e sobre a forma de cuidar das pessoas já adoecidas pela covid-19.

Na discussão sobre eficácia e efetividade das políticas públicas de saúde, as evidências científicas ocupam um lugar relevante. Ainda que o processo das políticas públicas seja inseparável dos valores políticos, da persuasão e da negociação, acredita-se que, quando se trata de políticas de saúde, as evidências científicas possuem maior relevância que posicionamentos políticos (Ramos e Silva, 2018). Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é analisar a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia da covid-19, colocando luz sobre as decisões que ignoram evidências científicas robustas. Para isso, serão analisadas duas ações concretas do governo federal que demonstram a não consideração de evidências científicas robustas para atuar diante da covid-19: a opção por recomendações de enfrentamento à pandemia desconsiderando a de adoção das medidas não farmacológicas; e a adoção do tratamento precoce para covid-19.

1. Agradeço os valiosos comentários de Luciana Mendes e Fabíola Vieira ao capítulo.

2. Professora e pesquisadora do Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília (Ipol/UnB); e pesquisadora-colaboradora do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz). *E-mail*: <michelle.vfernandez@gmail.com>.

Para a realização da referida pesquisa, serão mapeadas evidências científicas encontradas em documentos internacionais (*guidelines*) com orientações para o enfrentamento da covid-19 e, também, em revistas científicas. Além disso, serão analisadas as notas técnicas e os planos de contingência expedidos pelo Ministério da Saúde entre 1º de fevereiro de 2020 e 1º de abril de 2021. Por meio desse levantamento, discutiremos as principais decisões tomadas pelo Ministério da Saúde que não estiveram alinhadas com as evidências científicas mapeadas nos *guidelines* e nos artigos científicos.

2 TOMADA DE DECISÃO E POLÍTICA INFORMADA POR EVIDÊNCIA

A tomada de decisão passa pela escolha de uma alternativa entre as opções existentes, visando à solução, mitigação ou prevenção de problemas. Tal processo é desencadeado quando há um problema a ser resolvido, seja pela necessidade de mudar a realidade atual, seja pelo surgimento de novos paradigmas (Moraes e Soares, 2016).

Tomar decisões para a execução da gestão de serviços de saúde não é uma tarefa simples. O processo de tomada de decisão em temas de saúde é caracterizado por uma grande complexidade. Há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões; outros em que existem conhecimentos suficientes, mas as decisões não são tomadas no tempo devido; e existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências (Paim e Teixeira, 2006; Cavalcanti e Fernandez, 2021). Portanto, o processo de tomada de decisão em saúde pode ser complexo e, muitas vezes, pouco transparente e sistemático. Esse processo inclui diversos elementos: entre fatores contextuais concretos, como a disponibilidade de recursos materiais e financeiros; decisões judiciais; legados institucionais; ideias; valores; e interesses. A partir da articulação desses elementos, delibera-se sobre problemas e soluções, desde a fase de formulação de políticas até a sua implementação (Pantoja, Barreto e Panisset, 2018).

Um aspecto criticado na forma de gerir essas políticas se refere ao processo de tomada de decisão pelos gestores, que muitas vezes se sustenta em elementos desconhecidos ou frágeis, enfraquecendo a própria política pública ou mesmo inviabilizando-a ao longo da sua implementação (Santos *et al.*, 2015). Dessa forma, a tomada de decisão no campo da saúde pode ocorrer de forma não estruturada, baseando-se em opiniões. Este *modus operandi* pode levar à ineficiência e à ineficácia do sistema público de saúde.

Na década de 1970, o uso do conhecimento científico passou a informar a tomada de decisão no processo de formulação e implementação de políticas públicas. Nesse sentido, surge a política baseada em evidência (Barreto e Souza, 2013; Head, 2016). Desde então, na área da saúde, existe um crescente interesse

em garantir a elaboração de políticas públicas informadas pelo conhecimento científico (Langlois *et al.*, 2016). Isso se deve ao fato de que políticas públicas de saúde baseadas em evidência permitem a melhoria do desempenho do sistema público de saúde, além de evitar iniquidades provenientes de políticas mal formuladas (Ramos e Silva, 2018). Assim, as políticas de saúde devem integrar as evidências científicas à prática clínica, auxiliando no processo de tomada de decisão em saúde (Brasil, 2014).

Quando fazemos referência à evidência científica, estamos tratando de evidências geradas a partir de pesquisas científicas (Ferreira, 2020). No entanto, é necessário deixar claro que as pesquisas científicas diferem nos padrões de qualidade apresentados. Nesse sentido, não são todas as pesquisas que apresentam qualidade suficiente para embasar o processo de tomada de decisão em políticas públicas (Davies, 2004). Portanto, a questão da qualidade da evidência considerada é central. A qualidade da evidência baseia-se na hierarquização dessas evidências a partir do rigor metodológico – envolvendo o desenho do projeto, a coleta de dados e a análise de dados – utilizado para alcançá-las (Head, 2010).

Como forma de avaliação da qualidade da evidência, foram desenvolvidos sistemas com o objetivo de informar a confiança nas evidências consideradas e, nesse sentido, pode-se adotar ou rejeitar uma determinada conduta (Brasil, 2014). O Grade (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) é um desses sistemas. Desenvolvido por um grupo colaborativo de pesquisadores, ele visa à criação de um sistema universal, transparente e sensível para graduar a qualidade das evidências e a força das recomendações. Além disso, esse sistema qualifica a evidência em quatro níveis, conforme resumido adiante.

- 1) Alta – quando há forte confiança de que o efeito verdadeiro se aproxima do efeito estimado.
- 2) Moderada – quando há moderada confiança na estimativa do efeito. O verdadeiro efeito está próximo daquele estimado, mas existe possibilidade de ser substancialmente diferente.
- 3) Baixa – quando a confiança na estimativa do efeito é limitada, visto que o verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente daquele estimado.
- 4) Muito baixa – quando há pouca confiança na estimativa de efeito.

O verdadeiro efeito provavelmente é substancialmente diferente do estimado (Guyatt *et al.*, 2008). Nesse sentido, a evidência dos ensaios clínicos randomizados e controlados geralmente apresenta alta qualidade, enquanto a evidência proveniente de estudos observacionais possui baixa qualidade, e a opinião de especialistas é caracterizada como nível de evidência muito baixo (Brasil, 2014).

Portanto, com base na discussão sobre evidência científica de qualidade, não é considerado apropriado tomar uma decisão em saúde sem informações confiáveis. A experiência dos atores que participam do processo decisório é importante e pode ser útil para o desenvolvimento de políticas, porém deve-se evitar que essa experiência seja a única evidência utilizada (Schünemann, Zhang e Oxman, 2019). A partir do reconhecimento dos elementos do processo de tomada de decisão e da necessidade de inclusão do conhecimento científico para informar políticas, fica claro que é importante considerar as evidências científicas para nortear as políticas de saúde.

No contexto brasileiro, é fundamental citar a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no Sistema Único de Saúde (SUS) como importante ator no uso de evidência para ações e serviços públicos de saúde. Com o propósito de regular a incorporação de tecnologias ao SUS, a Conitec foi criada em 2011, por meio da Lei nº 12.401. A comissão analisa evidências e, depois, emite recomendações ao Ministério da Saúde em relação aos seus usos nas políticas públicas de saúde (Lima, Brito e Andrade, 2019). Nesse sentido, é importante considerar a atuação da Conitec para o processo de utilização de evidências de qualidade pelo SUS.

Ainda que entendamos o papel fundamental da integração da produção e aplicação das evidências na elaboração de políticas de saúde, são muitos os problemas e desafios existentes nesse processo. Existem alguns fatores que dificultam o uso sistemático de evidências para informar a tomada de decisão na produção e na implementação das políticas: i) a evidência científica não é habitualmente utilizada de forma sistemática na elaboração de recomendações em saúde; ii) a produção de evidências compete com diversos outros fatores no processo de formulação de políticas; iii) a pesquisa não é valorizada como um insumo de informação e não contempla aspectos essenciais como aceitabilidade, equidade, factibilidade, entre outros; iv) a disseminação dos resultados das pesquisas científicas é de pouco alcance; e, entre outros, v) as evidências científicas não estão à disposição dos tomadores de decisão quando estes necessitam. Assim, para inserir definitivamente a evidência científica no processo de tomada de decisão em saúde, são necessárias estratégias para superar as barreiras mencionadas anteriormente e, dessa forma, colocar as evidências científicas entre os fatores que servem de embasamento para as políticas de saúde (Jacobs *et al.*, 2010; Oliver *et al.*, 2014; Becker, Loch e Reis, 2017).

Além disso, para que os processos das políticas embasadas em evidências possam ser utilizados nas políticas públicas, é preciso reduzir a distância entre a gestão das políticas de saúde e os resultados das pesquisas científicas. Essa aproximação ocorre por meio de um processo conhecido como *tradução do conhecimento*. A tradução do conhecimento está refletida na interação entre os elaboradores e usuários do conhecimento para facilitar que diferentes mecanismos possam ser utilizados.

Esse processo é definido como uma atividade dinâmica e interativa, que inclui a síntese, disseminação, troca de experiências e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes, bem como fortalecer o sistema de saúde. Nesse sentido, as políticas informadas por evidências são o resultado de processos de tradução do conhecimento aplicados à formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde. Assim, a elaboração de sínteses de evidências científicas é uma das propostas promissoras para a tradução do conhecimento (Straus, Tetroe e Graham, 2009).

Superados os desafios apresentados, logramos incorporar as evidências científicas no processo de tomada de decisão em políticas públicas de saúde e, assim, podemos produzir políticas que têm a capacidade de entregar resultados mais eficazes e eficientes para a sociedade por meio de evidências de qualidade.

As políticas informadas por evidências devem apoiar-se na ideia de que o conhecimento científico é produzido por meio da pesquisa de alta qualidade e também desenvolver-se sob o reconhecimento dos problemas prioritários em saúde, podendo melhorar o desempenho dos sistemas públicos de saúde e impactar a vida dos usuários desse sistema. Assim, as políticas informadas por evidências são resultados de processos sistemáticos, transparentes e equilibrados, para acessar, avaliar, adaptar e aplicar evidências científicas na tomada de decisões em diferentes contextos. De forma geral, essas políticas objetivam que uma decisão considere as melhores evidências disponíveis como subsídios da tomada de decisão e da deliberação pública sobre um problema de política prioritário (Brasil, 2015). Nesse contexto, a contribuição e a promoção da utilização do conhecimento científico são fundamentais não só na tomada de decisão, mas também no desenvolvimento de métodos e estratégias inovadoras em saúde, na oportunidade de articulação eficaz entre atores e na cooperação técnica entre instituições, sejam elas federais, estaduais ou municipais.

3 O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

No final de fevereiro de 2020, registrou-se o primeiro caso de coronavírus no Brasil. Desde então, o país vive um cenário de epidemia descontrolada. Entre junho e agosto de 2020, foi registrado o primeiro pico de novos casos e óbitos. A primeira onda, que vai de março a novembro de 2020, nunca conseguiu ter um número baixo o suficiente de novos casos e mortes para registrar seu fim. O que chama a atenção é que as duas ondas da pandemia, registradas no Brasil até abril de 2021, colocaram o país no cenário mundial como um dos países mais afetados pela covid-19.³

3. Disponível em: <<https://bit.ly/32Mh8nj>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

No início de 2021, o cenário no Brasil é complexo e preocupante. Em abril do mesmo ano, das 27 unidades federadas (26 estados e Distrito Federal), apenas três não estão no nível crítico de ocupação dos leitos de UTI.⁴ Esse fato denota o aumento real das infecções em todo o país e dá uma ideia clara do cenário de colapso do sistema de saúde no Brasil (Bastos *et al.*, 2020; Noronha *et al.*, 2020). Além disso, o país não está progredindo como esperado na vacinação contra a covid-19 (Domingues, 2021; Maciel *et al.*, 2021). Três meses após o início da vacinação, iniciado em 19 de janeiro de 2021, cerca de 4,5% da população havia recebido as duas doses da vacina contra a covid-19 (Brasil..., 2021). O cenário aponta para resultados muito pessimistas. Com o rápido crescimento do contágio, o número de mortes e os fracos resultados da vacinação, o país se tornou um dos epicentros globais da pandemia (Castro *et al.*, 2021).

O enfrentamento à pandemia no Brasil vem sendo marcado desde o início pela minimização da pandemia da covid-19 pelo governo federal, até mesmo em uma tentativa de neutralizar a atuação técnica do Ministério da Saúde. Paralelo a isso, os governos subnacionais têm agido proativamente na tentativa de conter o avanço do vírus, ainda que de forma distinta entre eles (Fernandez e Pinto, 2020; Fernandez e Dantas, 2020; Rodrigues e Azevedo, 2020; Lima, Pereira e Machado, 2020; Lui *et al.*, 2020). Ainda que se destaque a atuação de estados e municípios, é fundamental reconhecer a importância da coordenação do governo federal no que diz respeito às políticas de saúde. Temos no país um contexto de assimetrias prévias nas capacidades estatais dos entes subnacionais para implementar respostas efetivas à crise imposta pela epidemia (Abrucio *et al.*, 2020; Lima, Pereira e Machado, 2020) – entendendo por capacidades estatais recursos humanos e materiais acumulados (Grin *et al.*, 2018). Além disso, uma estratégia única de enfrentamento à pandemia, com as adaptações necessárias na implementação local, é fundamental para trazer respostas satisfatórias à crise. Portanto, salienta-se a importância de contar com a coordenação do governo federal aliada à forte atuação dos governos subnacionais.

Com relação às políticas de saúde, contamos com a ausência de uma coordenação nacional das ações pelo Ministério da Saúde, além de uma construção discursiva contra as medidas de contenção da pandemia pelo presidente. A negação da ciência e, conseqüentemente, da gravidade da pandemia para a saúde e o bem-estar dos brasileiros pelo governo federal tem levado à falta de coordenação, promoção e financiamento de medidas de saúde pública internacionalmente sancionadas. Assim, influenciado por interesses políticos, o governo federal optou por desconsiderar as mais robustas evidências científicas já disponíveis no mundo (Ferigato *et al.*, 2020).

4. Disponível em: <<https://bit.ly/3jKwhuP>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

4 AS DECISÕES EM POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO QUE DESCONSIDERAM AS EVIDÊNCIAS

O processo das políticas públicas é inseparável dos valores políticos, da persuasão e da negociação. Porém, quando se trata de políticas de saúde, entende-se que, em alguns processos, as evidências científicas possuem maior relevância que posicionamentos políticos – por exemplo, situações em que se discute a efetividade de medicamentos para uma doença de grande valor social; a fixação e a alocação de profissionais qualificados em áreas remotas e vulneráveis; a economia social, entre outros achados científicos que devem ser especialmente considerados (Ramos e Silva, 2018, p. 297).

Entretanto, analisando a atuação do Ministério da Saúde, enquanto ator central no processo de tomada de decisão das políticas de saúde durante a pandemia no Brasil, nota-se que em diferentes ocasiões as evidências científicas deram lugar ao posicionamento político na escolha pela política que seria adotada. A postura negacionista do presidente da República pautou o posicionamento do Brasil com relação ao enfrentamento à pandemia (Fernandez e Dantas, 2020). Nesse sentido, o discurso e as convicções do mandatário federal foram sendo impressas nas decisões tomadas pelo Ministério da Saúde ao longo da pandemia (The Lancet, 2020; Ferigato *et al.*, 2020). Nas linhas que seguem, apresentamos duas ações concretas em políticas de saúde que demonstram a não consideração de evidências científicas no enfrentamento à pandemia do coronavírus: a opção por não adoção das medidas não farmacológicas e o incentivo ao uso do tratamento precoce para covid-19.

4.1 Medidas não farmacológicas

As intervenções ou medidas não farmacológicas são todas as ações que, excluindo o uso de vacinas ou medicamentos, podem ser implementadas para retardar a disseminação do vírus na população (Opas, 2020). No contexto da pandemia da covid-19, as medidas não farmacológicas baseadas em evidências científicas, inclusive anteriores à atual pandemia, e amplamente respaldadas pela comunidade internacional no atual contexto são: manutenção das mãos limpas por meio de lavagem de mãos ou uso de álcool; distanciamento social entre os indivíduos; e uso adequado de máscaras (Godoy *et al.*, 2012; bin-Reza *et al.*, 2012; Agolory *et al.*, 2013; Ahmed, Zviedrite e Uzicanin, 2018; Cowling *et al.*, 2020).⁵ Diversos estudos sobre medidas não farmacológicas contra a covid-19 foram publicados durante o primeiro ano da pandemia, abordando modelos epidemiológicos, discutindo a eficácia das medidas e descrevendo sua adoção em diferentes contextos (Perra, 2021). Ao longo desse tempo, notou-se que

5. Disponível em: <<https://bit.ly/2Zr64dt>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

o acúmulo científico consolidou as evidências e, a partir do segundo semestre de 2020, já havia um consenso na comunidade científica internacional sobre as medidas não farmacológicas eficazes no contexto da pandemia da covid-19 (Chowdhury *et al.*, 2020).

No Brasil, as medidas não farmacológicas não fizeram parte da agenda do governo federal para o enfrentamento à pandemia. As limitações impostas pelo nível federal estiveram vinculadas apenas à restrição de entrada de estrangeiros no país nos primeiros meses da crise sanitária (Brasil, 2020a). Nesse sentido, as medidas vinculadas sobretudo ao uso obrigatório de máscara e ao distanciamento social foram instituídas, em diferentes graus, pelos governos subnacionais, estados e municípios (Aquino *et al.*, 2020; Moraes, 2020; Barreto *et al.*, 2021). No entanto, o Ministério da Saúde publicou algumas diretrizes e recomendações sobre as chamadas medidas não farmacológicas. Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou um plano de ação recomendando que as secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal avaliassem a adoção de medidas não farmacológicas para o controle da covid-19, de acordo com as fases de transmissão da doença em cada local (Brasil, 2020a).

Em abril de 2021, as recomendações em prol das medidas não farmacológicas continuam disponíveis no material produzido pelo Ministério da Saúde.⁶ O material afirma que, diante da inexistência de medicamentos específicos que curem e impeçam a transmissão do coronavírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos como as únicas e mais eficientes medidas no combate à pandemia. Assim, no quadro 1 estão descritas as medidas vinculadas à etiqueta respiratória e higienização das mãos, bem como as medidas de distanciamento social.

Ainda que aparentemente simples de serem implementadas, as medidas não farmacológicas necessitam contar com a adesão da população para que funcionem corretamente. Nesse sentido, é fundamental observar qualquer questão que incida na adesão da população às referidas medidas. Estudos mostram que os sinais enviados pelas elites políticas influenciam as atitudes e o comportamento da população (Green *et al.*, 2020). Assim, a polarização na retórica da elite pode dificultar respostas eficazes às crises de saúde pública, quando informações precisas e mudanças comportamentais rápidas podem salvar vidas.

6. Disponível em: <<https://bit.ly/3GszCbz>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

QUADRO 1

Medidas não farmacológicas mencionadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde

Medidas	Ações
Etiqueta respiratória e higienização de mãos	Ao espirrar, cobrir nariz e boca com lenço ou braço.
	Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas.
	Manter as mãos limpas.
	Manter pelo menos dois metros de distância com pessoas que estão tossindo ou espirrando.
	Evitar contato próximo (abraço, beijo, aperto de mão).
	Higienizar com frequência superfícies (celular, brinquedos das crianças).
	Não compartilhar objetos de uso pessoal.
	Evitar aglomerações e manter ambientes ventilados.
Medidas de distanciamento social	Caso esteja doente, evitar contato com outras pessoas.
	Distanciamento social ampliado.
	Distanciamento social seletivo.
	Bloqueio total.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://bit.ly/3GszCbz>>. Acesso em: 7 jul. 2021.
Elaboração da autora.

No enfrentamento à pandemia da covid-19 no Brasil, percebemos que a polarização na retórica se faz presente. Na arena pública, o debate sobre a covid-19 no Brasil tem deixado de lado os aspectos técnico-científicos associados à pandemia e às políticas públicas, focando a discussão nas disputas político-ideológicas. A comunicação pública da crise sanitária gerou uma significativa guerra de narrativas no país. De um lado, temos os principais meios de comunicação e governantes subnacionais apresentando a gravidade da situação no Brasil e no mundo. De outro lado, estão o presidente da República e seus aliados políticos negando a gravidade da pandemia.

É importante compreender que o enfrentamento à covid-19 começa pelo reconhecimento da gravidade da situação que enfrentamos. Um problema só pode ser resolvido quando é reconhecido como tal. Nesse sentido, conhecer as narrativas e posições públicas e oficiais durante a crise de saúde pública permite compreender as escolhas políticas (Fernandez e Dantas, 2020).

É importante destacar o lugar das posições oficiais do presidente Bolsonaro, que negou aspectos relacionados à doença, chamando-a pejorativamente de “gripe” ou “resfriado” e afirmando que poucos morreriam. Além disso, o presidente manteve-se em confronto constante com governos estaduais e municipais que, em diferentes momentos, vêm tentando adotar medidas para desacelerar o avanço do vírus. Com uma narrativa negacionista, Bolsonaro minimizou a gravidade da pandemia e chamou a atenção, sempre que possível, à pouca importância da adesão às

medidas não farmacológicas, principalmente com relação ao distanciamento social e ao uso de máscara. Colocou o distanciamento social e a saúde econômica do país em polos opostos, com as atividades econômicas funcionando em condições normais. Com foco na manutenção da economia, incentiva a volta ao trabalho e o fim das medidas restritivas de distanciamento social e confinamento.

É evidente a existência de polarização na discussão da elite com relação à pandemia da covid-19. Enquanto governos subnacionais tentam implementar medidas não farmacológicas, o presidente da República mantém um discurso com o intuito de deslegitimar essas medidas (Gramacho *et al.*, 2021). Portanto, ainda que a etiqueta respiratória, a higienização de mãos e as medidas de distanciamento social apareçam entre as diretrizes do Ministério da Saúde para o enfrentamento à pandemia, na prática, o ministério não implementou essas ações. Além disso, o mandatário nacional tratou de deslegitimar as ações implementadas por governadores e prefeitos nesse sentido.

No processo das políticas informadas por evidências, considerando as melhores evidências, é necessário que se adotem procedimentos sistemáticos e transparentes. A transparência é útil para que outros possam examinar quais evidências foram usadas para informar as decisões, bem como os julgamentos feitos sobre sua aplicabilidade, implicações e potenciais efeitos. No entanto, existem vários fatores que determinam o uso de evidências pelos tomadores de decisão política, entre eles, os mais relevantes estão relacionados às características da qualidade da evidência e às formas de interação entre tomadores de decisão, pesquisadores e contexto. Portanto, em se tratando de medidas não farmacológicas para o enfrentamento à covid-19, observamos um processo de construção de evidências que começou em 2020 e ainda está intensamente permeado por valores políticos.

Ainda que as diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde levem em consideração a importância das medidas não farmacológicas, essas medidas não são implementadas pelo governo federal e são desencorajadas pelo presidente da República. Sabemos que as escolhas políticas determinam as condições de saúde das pessoas (Viens e Eyawo, 2020). Portanto, no enfrentamento à covid-19, a decisão do governo federal por não implementar as medidas não farmacológicas – ainda que haja um consenso na comunidade científica sobre a eficácia dessas medidas na contenção do avanço da pandemia – impacta diretamente a vida das pessoas.

4.2 O tratamento precoce: manejo clínico de pacientes com covid-19

No processo de tomada de decisão em políticas de saúde vinculadas à eficácia de medicamentos para uma doença de grande valor social como a covid-19, espera-se que – apesar dos valores políticos, da persuasão e da negociação, questões inseparáveis do processo das políticas públicas – evidências científicas possuam maior

relevância que posicionamentos políticos (Ramos e Silva, 2018). A partir dessa perspectiva, analisamos a Nota Informativa nº 17, de 30 de julho de 2020, do Ministério da Saúde, que trata sobre as orientações desse ministério para o manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de covid-19 (Brasil, 2020c).

Segundo Nacul e Azevedo (2020), com base nos preceitos da medicina baseada em evidência (MBE),⁷ uma das dificuldades enfrentadas pelos médicos em decisões clínicas é a de lidar com a disponibilidade e/ou ausência de evidências científicas. A crise sanitária gerada pela covid-19 está marcada por um cenário de poucas evidências disponíveis. Nesse sentido, é natural que os profissionais de saúde tenham que atuar com base em informações sistematicamente mais frágeis, provisórias e passíveis de viés. Diante de uma doença nova que acomete as pessoas, muitas vezes essas evidências frágeis são a totalidade das evidências disponíveis. Portanto, sob esse cenário, ainda em 2020 surgiram diversos possíveis tratamentos para a covid-19, entre eles o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina em pacientes com quadro inicial da doença.

O potencial da cloroquina e da hidroxicloroquina para o tratamento da covid-19 passou a ser explorado a partir de um relato preliminar de pacientes chineses (Gao, Tian e Yang, 2020). Essa hipótese foi baseada em estudos *in vitro* que evidenciaram atividade dessas medicações contra o Sars-COV-2 (Zhong *et al.*, 2020). Posteriormente, essa terapia experimental ganhou força com um pequeno estudo francês não controlado que indicava negatização mais rápida do RT-PCR⁸ em pacientes tratados com combinação de hidroxicloroquina e azitromicina (Gautret *et al.*, 2020; Amorim *et al.*, 2021). Com o passar do tempo e com os avanços científicos sobre a covid-19, estudos de melhor qualidade metodológica mostraram que o tratamento com esses medicamentos não é útil como terapia específica para diferentes momentos e contextos da covid-19. No caso específico da hidroxicloroquina e da cloroquina, já há evidências da ausência de benefício e de potencial risco para os pacientes (Rosenberg *et al.*, 2020).

De maneira geral, os estudos concluem se determinado tratamento é eficaz, efetivo ou eficiente (custo/efetivo), isto é, beneficiam o paciente, ou se o tratamento é prejudicial. Outros estudos são inconclusivos (frequentemente não publicados). Os tratamentos que possuem evidências fortes de benefício devem ser oferecidos aos pacientes, assim como os que apresentam evidências fortes de prejuízo devem ser negados ou não recomendados (Nacul e Azevedo, 2020). Assim, depois da esperança inicial gerada pelos primeiros estudos, foi possível constatar, por meio de estudos

7. Os três princípios que regem a MBE são: a busca da verdade é mais bem cumprida ao examinarmos a totalidade das evidências; nem toda evidência é igual, um conjunto de princípios pode identificar evidências mais confiáveis; e apenas evidências não são suficientes, sendo assim, os tomadores de decisões devem avaliar riscos e benefícios de estratégias alternativas de manejo no contexto dos valores e preferências dos pacientes (Pedrosa e Fernandez, 2022).

8. O RT-PCR é um dos testes atualmente utilizados para diagnosticar pacientes com covid-19.

metodologicamente mais robustos, que a cloroquina e a hidroxicloroquina não eram eficazes para tratar a covid-19 em nenhum dos seus estágios. Porém, mesmo com os achados que mostravam a ineficácia dos medicamentos, eles já haviam sido incorporados ao discurso político de alguns governantes. Ainda no primeiro semestre de 2020, o então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, decidiu comprar a ideia de um tratamento para a covid-19. Dessa forma, as convicções de Trump ecoaram aqui no Brasil. O presidente Jair Bolsonaro também fez ampla defesa do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina contra a covid-19. Ao longo dos meses, o presidente realizou diversas manifestações verbais de apoio à incorporação massiva desses medicamentos para tratamento da covid-19 no Brasil. Não faltaram demonstrações de apoio à cloroquina e à hidroxicloroquina pelo presidente da República. Passamos a vislumbrar uma espécie de populismo sanitário estabelecido às custas desses medicamentos (Casarões e Magalhães, 2021).

Em Nota Informativa nº 6/2020, de abril de 2020, em meio a números crescentes de casos e mortes por covid-19, o Ministério da Saúde defende o uso de cloroquina e hidroxicloroquina no chamado “tratamento precoce” para covid-19, mesmo com a ausência de comprovação científica que respalde a eficácia desse medicamento (Brasil, 2020b). De acordo com diversos estudos desenvolvidos ao redor do mundo, esses medicamentos, incluídos no “Kit Covid” oferecido nas fases iniciais da doença no Brasil, mostraram-se ineficazes e até mesmo prejudiciais quando administrados a pacientes com covid-19 (Tang *et al.*, 2020; Cavalcanti *et al.*, 2020; Shamshirian *et al.*, 2020; Skipper *et al.*, 2020; Siemieniuk *et al.*, 2020; WHO, 2020). A Nota Informativa nº 17/2020 – SE/GAB/SE/MS, além de indicar o uso desses medicamentos, recomenda a prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina no período inicial da doença, já a partir do primeiro dia de sintoma, para quadros leves e graves de covid-19 (Brasil, 2020c). Além disso, até abril de 2021, o Ministério da Saúde não havia solicitado parecer técnico da Conitec para os medicamentos recomendados, apesar da importância dessa comissão para a inclusão de medicamentos e tecnologia nos protocolos e recomendações do ministério. Portanto, esses protocolos recomendados pelo executivo federal desconsideraram as evidências científicas já consolidadas e, inclusive, as arenas competentes para a incorporação de novas evidências nas políticas públicas de saúde.

De acordo com os preceitos da MBE e com o contexto que nos impõe uma crise sanitária dessa proporção gerada pela pandemia da covid-19, era compreensível o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina nos momentos iniciais da pandemia, entre os meses de março e maio de 2020. No entanto, a partir de junho de 2020, estudos passam a mostrar que esses medicamentos realmente não funcionam em qualquer estágio da doença, seja no início dos sintomas, seja no leito de uma UTI (Skipper *et al.*, 2020; Geleris *et al.*, 2020). Assim, com as evidências científicas apontando para a ineficácia do tratamento, não se justifica a manutenção da

recomendação de uso desses medicamentos como ação realizada pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, percebemos que o ministério desconsidera evidência para formular diretrizes sobre o cuidado de pacientes com covid-19 e implementa ações nesse sentido contra evidências existentes.

5 CONCLUSÃO

As práticas baseadas em evidência, apesar de não estarem isentas de críticas, contribuem para a fundamentação de decisões clínicas ou de saúde pública (Brasil, 2014). Sabe-se que, em um contexto de pandemia, com as incertezas impostas pelo cenário de emergência sanitária, muitas vezes não estão à disposição dos atores políticos as melhores evidências a serem seguidas. Ainda assim, é fundamental vincular ao processo de tomada de decisão as melhores evidências disponíveis, visto que é de suma importância, nesse contexto, melhorar o desempenho do sistema de saúde e evitar iniquidades provenientes de políticas mal formuladas.

A partir dos dois casos de atuação do Ministério da Saúde analisados neste capítulo, percebemos que a ação desse ministério durante a pandemia está marcada pelo esvaziamento das evidências científicas no processo de tomada de decisão para a formulação e/ou implementação de políticas e ações em saúde. Nos processos analisados, foi possível reconhecer que as decisões informadas por evidências deram lugar às decisões estritamente vinculadas aos valores políticos do governo federal. Apesar de reconhecermos que o processo das políticas públicas é inseparável dos valores políticos, da persuasão e da negociação, sabemos da importância das evidências científicas para embasar o processo de tomada de decisão em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663- 677, 2020.
- AGOLORY, S. G. *et al.* Implementation of non-pharmaceutical interventions by New York City public schools to prevent 2009 influenza A. **PLoS One**, v. 8, n. 1, 15 Jan. 2013.
- AHMED, F.; ZVIEDRITE, N.; UZICANIN, A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 18, n. 518, 18 Apr. 2018.
- AMORIM, M. B. C. de. *et al.* Aspectos farmacológicos, terapias propostas e cuidados farmacêuticos no contexto da covid-19. **Journal of Biology and Pharmacy and Agricultural Management**, v. 17, n. 2, p. 343-357, 2020.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, suplemento 1, p. 2423-2446, 2020.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da covid-19. **SciELO Preprints**, 18 fev. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3EpIDAu>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Making progress in the use of health policies and practices informed by evidence: the Piripiri-Piauí experience. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 25-34, Jan. 2013.

BASTOS, L. S. *et al.* Covid-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

BECKER, L. A.; LOCH, M. R.; REIS, R. S. Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, dic. 2017.

BIN-REZA, F. *et al.* The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence. **Influenza and other respiratory viruses**, v. 6, n. 4, p. 257-267, July 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: sistema GRADE** – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: MS, 2014. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. Brasília: MS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus covid-19** – Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19). 1. ed. Brasília: MS, fev. 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3Em8RDU>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS**. Brasília: MS, 1º abr. 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/3wgLAjO>>.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 17 - SE/GAB/SE/MS: orientações do ministério da saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19**. Brasília: MS, 30 jul. 2020c. Disponível em: <<https://bit.ly/3q7w5JT>>.

BRASIL aplicou ao menos uma dose de vacina em mais de 26 milhões de pessoas, aponta consórcio de veículos de imprensa. **G1**, 17 abr. 2021. Disponível em: <<https://glo.bo/3GwQpdl>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

CASARÓES, G.; MAGALHÃES, D. A aliança da hidroxicloroquina: como líderes de extrema direita e pregadores da ciência alternativa se reuniram para promover uma droga milagrosa. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 1, p. 197-214, 19 fev. 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* Spatiotemporal pattern of covid-19 spread in Brazil. **Science**, v. 372, n. 6544, p. 821-826, 21 May 2021.

CAVALCANTI, A. B. *et al.* Hydroxychloroquine with or without azithromycin in mild-to-moderate covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 21, p. 2041-2052, 23 July 2020.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. A tomada de decisão em políticas públicas de saúde: uma revisão sistemática a partir de estudos realizados no Brasil. *In*: GURGEL JUNIOR, G. D. *et al.* (Org.). **Inovações da gestão pública no SUS: uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional**. Recife: Ed. UFPE, 2021. p. 41-72.

CHOWDHURY, R. *et al.* Long-term strategies to control covid-19 in low and middle-income countries: an options overview of community-based, non-pharmacological interventions. **European Journal of Epidemiology**, v. 35, n. 8, p. 743-748, 13 July 2020.

COWLING, B. J. *et al.* Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. 279-288, 17 Apr. 2020.

DAVIES, P. **Is evidence-based government possible?** London: UK Cabinet Office, 2004.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a covid-19 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 11 jan. 2021.

FERIGATO, S. *et al.* The Brazilian government's mistakes in responding to the covid-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10263, p. 1636, 21 Nov. 2020.

FERNANDEZ, M.; DANTAS, H. Brasil a la deriva: un país entre la pandemia de covid-19 y la convulsión política. *In*: MARTÍ I PUIG, S.; SÁEZ, M. A. (Ed.). **Política y crisis en América Latina: reacción e impacto frente a la covid-19**. Madrid: Marcial Pons, 2020. p. 61-76.

FERNANDEZ, M.; PINTO, H. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à covid-19. **Saúde em Redes**, v. 6, suplemento 2, p. 7-21, 2020.

FERREIRA, H. Análise de qualidade de evidências científicas utilizadas em política pública: aplicação a documentos relativos à tramitação do PL nº 3722/2012, que flexibiliza o controle de armas de fogo. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 125-134, nov. 2020.

GAO, J.; TIAN, Z.; YANG, X. Breakthrough: chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of covid-19 associated pneumonia in clinical studies. **Biosci Trends**, v. 14, n. 1, p. 72-73, 16 Mar. 2020.

GAUTRET, P. *et al.* Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of covid-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 56, n. 1, July 2020.

GELERIS, J. *et al.* Observational study of hydroxychloroquine in hospitalized patients with covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 2411-2418, 7 May 2020.

GODOY, P. *et al.* Effectiveness of hand hygiene and provision of information in preventing influenza cases requiring hospitalization. **Preventive Medicine**, v. 54, n. 6, p. 434-439, June 2012.

GRAMACHO, W. *et al.* Political preferences, knowledge and misinformation about covid-19: the case of Brazil. **Frontiers in Political Science**, v. 3, n. 646430, 14 May 2021.

GREEN, J. *et al.* Elusive consensus: polarization in elite communication on the covid-19 pandemic. **Science Advances**, v. 6, n. 28, 10 July 2020.

GRIN, E. J. *et al.* Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, v. 23, n. 76, p. 312-336, set.-dez. 2018.

GUYATT, G. H. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, v. 336, n. 7650, p. 924-926, 2008.

HEAD, B. W. Reconsidering evidence-based policy: key issues and challenges. **Policy and Society**, v. 29, n. 2, p. 77-94, May 2010.

_____. Toward more evidence-informed policy making? **Public Administration Review**, v. 76, n. 3, p. 472-484, 2016.

JACOBS, J. A. *et al.* Barriers to evidence-based decision making in public health: a national survey of chronic disease practitioners. **Public Health Reports**, v. 125, n. 5, p. 736-742, Sep.-Oct. 2010.

LANGLOIS, E. V. *et al.* Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. **Health Research Policy and System**, v. 14, n. 20, 2016.

LIMA, S. G. G.; BRITO, C. de; ANDRADE, C. J. C. de. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1709-1722, maio 2019.

LIMA, L. D. de; PEREIRA, A. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, jul. 2020.

LUI, L. *et al.* Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

MACIEL, E. *et al.* **A vacinação contra covid-19 no Brasil**. Rede Brasileira de Mulheres Cientistas, 2021. (Nota Técnica, n. 4). Disponível em: <<https://bit.ly/3GqbyGl>>. Acesso em: 3 jul. 2021.

MORAES, R. M. de; SOARES, R. A. S. Modelos de decisão aplicados à saúde: teoria e prática. **Tempus – actas de saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 7-10, 2016.

MORAES, R. F. de. **Medidas legais de distanciamento social**: análise comparada das primeira e segunda ondas da pandemia da covid-19 no Brasil. Brasília: Ipea, abr. 2020. (Nota Técnica Dinte, n. 33). Disponível em: <<https://bit.ly/3BosFoa>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

NACUL, M. P.; AZEVEDO, M. A. The difficult crossroads of decisions at covid-19: how can the deontology implicit in evidence-based medicine help us to understand the different attitudes of doctors at this time? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, n. 1, 2020.

NORONHA, K. V. M. de 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**, v. 36, n. 6, 2020.

OLIVER, K. *et al.* A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 2, 3 Jan. 2014.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Medidas não farmacológicas de saúde pública para mitigação do risco e impacto de epidemias e pandemias de influenza**. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3bmK4TM>>. Acesso em: 3 jul. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006. Edição especial.

PANTOJA, T.; BARRETO, J.; PANISSET, U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. **BMJ**, v. 362, 16 July 2018.

PEDROSA, M.; FERNANDEZ, M. Medicina baseada em evidência e negacionismo científico. *In*: RATTON, J. L.; SZWAKO, J. (Org.). **Dicionário dos negacionismos**. 2022. No prelo.

PERRA, N. Non-pharmaceutical interventions during the covid-19 pandemic: a review. **Physics Reports**, v. 913, p. 1-52, 2021.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. da. Como usar a política informada por evidência na saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 296-306, jan.-mar. 2018.

RODRIGUES, J. N.; AZEVEDO, D. A. de. Pandemia do coronavírus e (des) coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. **Espaço e Economia**, n. 18, 2020.

ROSENBERG, E. S. *et al.* Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with covid-19 in New York state. **JAMA**, v. 323, n. 24, p. 2493-2502, 2020.

SANTOS, F. de A. *et al.* A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, out.-dez. 2015.

SCHÜNEMANN, H. J.; ZHANG, Y.; OXMAN, A. D. Distinguishing opinion from evidence in guidelines. **BMJ**, v. 366, 19 July 2019.

SHAMSHIRIAN, A. *et al.* The role of hydroxychloroquine in covid-19: a systematic review and meta-analysis. **Annals of the Academy of Medicine, Singapore**, v. 49, n. 10, p. 789-800, Oct. 2020.

SIEMIENIUK, R. A. C. *et al.* Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. **BMJ**, v. 370, 2020.

SKIPPER, C. P. *et al.* Hydroxychloroquine in nonhospitalized adults with early covid-19: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 8, p. 623-631, 2020.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **CMAJ**, v. 181, n. 3-4, p. 165-168, 4 Aug. 2009.

TANG, W. *et al.* Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. **BMJ**, v. 369, 14 May 2020.

THE LANCET. Covid-19 in Brazil: “so what?”. **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 9 May 2020.

VIENS, A. M.; EYAWO, O. Covid-19: the rude awakening for the political elite in low- and middle-income countries. **BMJ Global Health**, v. 5, 21 May 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Repurposed antiviral drugs for covid-19: interim WHO Solidarity Trial results. **The New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 6, p. 497-511, 2 Dec. 2020.

ZHONG, H. *et al.* Efficacy and safety of current therapeutic options for covid-19 – lessons to be learnt from SARS and MERS epidemic: a systematic review and meta-analysis. **Pharmacological Research**, v. 157, 30 Apr. 2020.

