

A pandemia da COVID-19 no Brasil: uma crise entre ciência e governança

The COVID-19 pandemic in Brazil: a crisis between science and governance

La pandémie de COVID-19 au Brésil: une crise parmi la science et la gouvernance

Eugênio Vilaça Mendes

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) - Brasília - Brasil
eugeniomendes747@gmail.com

Fernando Campos Avendanho

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília – Brasil
fernando.avendanho@conass.org.br

Fernando Passos Cupertino de Barros

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília – Brasil
fernando.cupertino@conass.org.br

Juliane Aparecida Alves

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília – Brasil
juliane.alves@conass.org.br

Jurandi Frutuoso Silva

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília – Brasil
jurandi.frutuoso@conass.org.br

Nereu Henrique Mansano

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília – Brasil
nereu@conass.org.br

Resumo

O presente ensaio aborda, de forma crítica, os desafios enfrentados na relação entre a ciência e a governança em Saúde no Brasil, sobretudo em razão de questões específicas que prejudicaram essa relação durante a pandemia de COVID-19. Durante esse período, a atuação do alto escalão do governo federal entrou em conflito com os gestores de saúde de estados e municípios, com a comunidade científica e com a Organização Mundial da Saúde, que se baseavam em evidências científicas para orientar as ações de combate à pandemia. O artigo destaca as implicações desse conflito na governança do sistema público de Saúde brasileiro, incluindo aspectos normativos de descentralização e os desafios para a implementação efetiva de políticas públicas em Saúde. Por fim, o texto apresenta como a colaboração entre gestores de Saúde locais, sociedades científicas, universidades e outras organizações da sociedade civil, foi fundamental para enfrentar a crise e superar as barreiras impostas pelo governo federal.

Palavras-chave: Governança em Saúde, ciência, COVID-19, sistema de Saúde.

Abstract

This essay critically addresses the challenges faced in the relationship between Science and healthcare governance in Brazil, particularly due to specific issues that have hindered this relationship during the COVID-19 pandemic. During this period, the actions of the federal government's high-level officials conflicted with healthcare managers from states and municipalities, the scientific community, and the World Health Organization, who relied on scientific evidence to guide actions against the pandemic. The article highlights the implications of this conflict on the governance of the Brazilian public healthcare system, including normative aspects of decentralization and challenges for the effective implementation of public health policies. Finally, the text presents how collaboration between local healthcare managers, scientific societies, universities, and other civil society organizations was crucial to confront the crisis and overcome the barriers imposed by the federal government.

Keywords: Health Governance, science, COVID-19, health system.

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.440>

Résumé

Cet essai aborde de manière critique les défis rencontrés dans la relation entre la science et la gouvernance de la santé au Brésil, en particulier en raison de problèmes spécifiques qui ont mis en conflit cette relation pendant la pandémie de Covid-19. Au cours de cette période, les décisions des hautes sphères du gouvernement fédéral sont entrées en désaccord avec les responsables de la santé des États et des municipalités, avec la communauté scientifique et avec l'Organisation mondiale de la santé, qui s'appuyaient sur des preuves scientifiques pour guider les actions de lutte contre la pandémie.

L'article met en évidence les implications de ce conflit dans la gouvernance du système de santé publique brésilien, y compris les aspects normatifs de la décentralisation et les défis pour la mise en œuvre efficace des politiques de santé publique. Enfin, le texte présente comment la collaboration entre les gestionnaires locaux de la santé, les sociétés savantes, les universités et les autres organisations de la société civile a été fondamentale pour faire face à la crise et surmonter les barrières imposées par le gouvernement fédéral.

Mots-clés: Gouvernance de la santé, science, COVID-19, Système de santé.

Introdução

O sistema de Saúde brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988 sob o nome de Sistema Único de Saúde – o SUS, decorreu da convicção de que a Saúde é um direito de cidadania, incumbindo ao Estado a obrigação de assegurá-lo [1]. As leis de números 8080 e 8142, ambas de 1990, detalharam o funcionamento do SUS ao explicitar, dentre outros aspectos, as inovadoras cogestão e governança *tripartites*, em conformidade com as disposições constitucionais da independência e harmonia entre a União Federal, os estados, o Distrito Federal e os municípios [2]. Assim, as decisões que interessam as questões relacionadas com a Saúde devem ser tomadas em conjunto pelos entes federados, numa governança que se exerce pela construção de consensos. Essa singularidade, aliada ao gigantesco universo de usuários do sistema público de Saúde brasileiro, à multiplicidade de atores envolvidos e às grandes desigualdades regionais existentes, torna a governança em Saúde um imenso desafio [1,2]. O Tribunal de Contas da União chama atenção para a distinção que se deve fazer entre gestão e governança. Enquanto aquela atém-se aos sistemas de controles e processos para se atingir objetivos estratégicos propostos pela alta direção, a governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vista à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade [3].

Uma das preocupações, desde o advento do SUS, foi a qualificação da gestão do sistema, por meio da valorização e crescente utilização de evidências científicas,

seja pelo gestor federal (Ministério da Saúde), pelos gestores estaduais e do Distrito Federal (Secretários de Estado da Saúde congregados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e pelos gestores dos atualmente 5.570 municípios existentes (Secretários Municipais de Saúde, reunidos no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS). Assim, ao longo do tempo, várias iniciativas foram implementadas no sentido de buscar a utilização das melhores evidências científicas que pudessem qualificar o processo de gestão do sistema e dos serviços de saúde, nos três níveis de gestão e, assim, criar as condições propícias para a governança de um sistema gigantesco como o SUS. Dentre elas merecem destaque os esforços do Ministério da Saúde, através de assessorias a estados e municípios no sentido de qualificar a gestão, a partir do melhor uso da ciência; a instituição do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI SUS, em 2009; a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS, em 2011 (Portaria 2915, de 12 de dezembro de 2011); e a instituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC (Portaria 12.401, de 28 de abril de 2011). Também estados e municípios trabalharam nessa mesma direção, implantando ou fortalecendo estruturas de educação permanente; gerando e disseminando conhecimentos por meio de publicações, debates e encomenda de pesquisas [4].

Ferreira e Martins (2022) chamam atenção para o facto de que há poucos estudos no Brasil sobre governança corporativa em Saúde no setor público, com

predomínio de análises sobre o setor hospitalar [5]. Já Padilha e cols (2019) afirmam que, apesar de o SUS dispor de instâncias formais e de material normativo para a descentralização em bases regionais, isso ainda não se traduz em cooperação solidária e efetiva entre os entes [6]. Faltam, segundo os mesmos autores, maior densidade política, financiamento e planejamento adequados e permeabilidade para a participação dos trabalhadores da Saúde e de atores externos à área. Apesar da existência do Decreto 7508, de 2011 [7], são evidentes as fragilidades no planejamento e organização regionais e na consolidação da governança nas regiões de Saúde.

Em que pesem todos os desafios e dificuldades, a construção de um ambiente permeável à ciência, com a utilização cada vez mais frequente de suas melhores evidências nos processos de tomada de decisão e na própria governança do sistema de Saúde brasileiro, em todos os níveis, foi uma constante ao longo dos anos que se seguiram à criação do SUS. Entretanto, esse percurso sofreu duro golpe nos anos da pandemia da COVID-19, com o Ministério da Saúde dissociando-se das orientações da Organização Mundial da Saúde, da comunidade científica e dos próprios gestores subnacionais.

O presente ensaio busca fazer uma reflexão sobre as consequências do não reconhecimento da COVID-19 como um problema de Saúde de natureza sindémica [8,9,10] que, somado ao desrespeito de tomadores de decisão na gestão federal aos conhecimentos e princípios científicos, contribuiu para a formulação de políticas e respostas de Saúde Pública enfraquecidas ou contraditórias. Ao mesmo tempo, serão mencionados os desafios gerados para a gestão dos entes subnacionais - estados e municípios e algumas iniciativas de suas entidades representativas para apoiar esse enfrentamento e a fim de criar condições que permitam fazer face, da melhor forma possível, a eventos pandêmicos futuros.

A pandemia da COVID-19 no Brasil

Ao compreender-se a COVID-19 como uma **sindemia** [8], ou seja, transcendendo o conceito de tratar-se de uma mera difusão de um patógeno em escala global, mas na verdade caracterizando-se como um processo de transbordamento entre o vírus e outras condições de Saúde, com a superveniência das desigualdades sociais manifestadas nos aspectos da renda, da raça e de gênero [9], já seriam esperados, num país

com as características do Brasil, grandes desafios no seu enfrentamento.

Para melhor compreender o cenário sobre o qual se debruça este trabalho é preciso dividi-lo em três períodos: o tempo “pré-COVID-19”, o tempo “trans-COVID-19” e o tempo “pós-COVID-19”.

O tempo “pré-COVID-19” no Brasil, até fevereiro de 2020, caracterizou-se por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas. A resposta social a essa situação era dada por um sistema fragmentado de atenção à Saúde, incapaz de enfrentar o enorme desafio de estabilizar as condições crônicas. Como exemplo, 50% das pessoas com diabetes mellitus do tipo II não tinham diagnóstico e apenas 26% das que tinham diagnóstico estavam com a glicemia controlada [11]. Além disso, não se pode deixar de levar em conta a enorme desigualdade socioeconômica existente e suas implicações sobre a saúde da população.

O tempo trans-COVID-19 iniciou-se em março de 2020 e encontrou as condições propícias para o desenvolvimento da pandemia, expressas na forte presença de condições crônicas não estabilizadas e nas enormes desigualdades socioeconômicas que atuam sinergicamente com o vírus. A alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 levou a um aumento exponencial dos casos, com forte pressão sobre o sistema de Saúde, promovendo sobrecarga no atendimento às pessoas com COVID-19 e diminuindo a oferta de serviços para aquelas com outros agravos de Saúde, em função do impacto sobre a força de trabalho e da diminuição da demanda aos serviços de Saúde pela população. Muitas atividades fundamentais de atenção à Saúde foram descontinuadas ou paralisadas, produzindo o fenômeno que tem sido denominado de “paciente invisível”, com consequências extremamente negativas na Saúde dos brasileiros a curto, médio e longo prazos [12]. Em consequência, também apareceram as síndromes pós-COVID-19, também chamadas de COVID Longa, que são sinais e sintomas desenvolvidos durante e após a infecção, que persistem por mais de 12 semanas e que não são explicados por um diagnóstico alternativo [13]. Essas síndromes manifestam-se, em geral, como condições crônicas.

Num tempo pós-COVID-19, ainda incerto, muitos aspectos da vida social e econômica foram retomados, porém o vírus continua em circulação. Haverá uma demanda reprimida de condições crônicas não estabilizadas, somada aos casos de COVID longa, pressionando o sistema de Saúde [14]. Nesse tempo, dois

movimentos se impõem. Primeiramente, há que se fazer uma análise profunda dos acertos e erros no enfrentamento da pandemia, especialmente no intuito de estabelecer uma agenda positiva para os próximos anos; além disso, também será preciso enfrentar o problema crítico do SUS, derivado da sua organização fragmentada, e que deverá levar a uma política de implantação de redes de atenção à Saúde que integrem as ações de vigilância em Saúde com as de assistência, dentro da concepção de governança já existente do ponto de vista normativo, mas que ainda carece de efetiva e adequada implementação [15,16].

A ciência e a anticiência na pandemia

A pandemia da COVID-19 tem evidenciado a presença de movimentos antivacina, os quais têm ganhado proporções ainda maiores com o surgimento de discursos anticientíficos que se arvoram em verdades científicas, sem embasamento metodológico. Esse fenômeno, conhecido como anticiência ou *fake science*, tem trazido graves consequências para a governança em Saúde, uma vez que coloca em risco a confiança na ciência e suas recomendações. Oliveira et cols (2020) alertam que a ciência, que no decorrer do século XIX adquiriu prestígio e lugar de destaque na influência de políticas públicas, tem sido abalada pelos conflitos de interesses e politização na esfera pública [16,17].

A disseminação desenfreada de informações inverídicas pelas mídias sociais tem sido um dos principais aliados estratégicos da anticiência, e sua amplitude tem crescido exponencialmente nos últimos anos. Além disso, também é importante ressaltar a existência de fraudes científicas e conclusões precipitadas de estudos que ainda não passaram pela revisão por pares [16]. O caso da cloroquina é um exemplo eloquente das consequências desastrosas que podem advir de recomendações precipitadas e sem base científica [17].

As *fake news* e seu papel de oposição à ciência

A propagação de notícias falsas é um problema antigo da sociedade, mas com a ascensão da internet e das mídias sociais, esse problema atingiu proporções inéditas. Essas notícias espalham-se pela rede, de forma rápida e quase incontrolável, sem que as pessoas tenham conhecimento ou interesse em verificar a sua veracidade [18]. Tal comportamento leva a uma propagação em massa de informações falsas, alcançando milhões de pessoas em pouco tempo. No Brasil, os “ciborgues de mídias so-

ciais” são os responsáveis por essa disseminação, criando várias contas em redes sociais e passando a distribuir opiniões com enfoque político e eleitoral [19].

A pandemia de COVID-19, devido às suas proporções e às medidas drásticas que foram adotadas para tentar reduzir a taxa de infecção e diminuir o número de óbitos, resultou em prejuízos econômicos imprevistos pelos governos. Infelizmente, muitos deles não souberam lidar adequadamente com a situação, subestimando a gravidade da doença e não a reconhecendo como uma ameaça que deveria ser combatida de maneira diferente de outras doenças infecciosas.

Apesar do exemplo de outras doenças infecciosas que já haviam assolado o mundo em outras épocas, como a peste bubônica e a chamada “gripe espanhola”, alguns governos tentaram ignorar os impactos da COVID-19. Para desqualificar a gravidade do que estava acontecendo, foram disseminadas notícias que confundiram a população e levaram as pessoas a duvidar da gravidade da situação.

Esses erros de avaliação e de comunicação por parte dos governos, intencionais ou não, agravaram sobremaneira a pandemia e seus efeitos na sociedade, em especial no que diz respeito à Saúde Pública e à economia [20,21]. No Brasil, inicialmente foram tomadas várias providências para se tentar evitar que a doença se disseminasse rapidamente, porém a extensão territorial e o intenso fluxo de turistas internacionais, incluindo aqueles que visitavam o Brasil e brasileiros que viajavam para países com casos confirmados da doença e posteriormente retornavam, acelerou o registro dos primeiros casos de COVID-19 no Brasil.

A partir da declaração de transmissão comunitária, houve uma intensificação das *fake news* e tentativas de minimizar o risco da doença, devido ao temor dos prejuízos econômicos causados pela desaceleração da economia. Essas tentativas de minimizar a gravidade da pandemia prejudicaram os esforços para conter a doença, resultando em consequências significativas para a Saúde Pública e a economia do país [22].

Em 18 de março de 2020, durante uma conferência de imprensa, o então Presidente da República do Brasil respondeu a uma pergunta afirmando que havia informações de que o vírus SARS-CoV-2 não se disseminaria com facilidade em climas quentes, como no Brasil, em contraposição ao que estava acontecendo em Itália [15]. No entanto, essa afirmação foi feita sem apresentação de evidências científicas comprovatórias.

À medida que o número de casos aumentava e a teoria de que o vírus não se disseminaria em países tropicais

era desacreditada, outras declarações e notícias falsas foram propagadas. Em dezembro de 2020, durante um evento em Porto Seguro, Bahia, o então presidente Jair Bolsonaro fez afirmações infundadas e sem base científica ao comparar os eventuais efeitos colaterais das vacinas, como «virar jacaré e Super-Homem» e «nascer barba em mulher ou algum homem começar a falar fino». Além disso, afirmou que não tomaria a vacina, pois já havia sido infectado naturalmente e, portanto, possuía anticorpos. Tais declarações, proferidas pelo Presidente da República, tiveram grande peso na opinião pública, apesar de estar em total desacordo com as afirmações científicas da época [15,22].

Outra grande polêmica gerada pelo então Presidente da República foi sobre a compra da vacina que estava em produção pelo Instituto Butantan. Em outubro de 2020, o então ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, anunciou em reunião com os governadores que compraria 46 milhões de doses de vacinas Coronavac para iniciar a vacinação em janeiro de 2021, porém o então Presidente da República desautorizou o ministro no dia seguinte, mandando cancelar a intenção de compra da vacina, depois de questionado pelos seus seguidores nas redes sociais. Essa atitude gerou um grande desconforto com a cúpula de militares, já que o ministro era um oficial general. Para tentar resolver a crise, Jair Bolsonaro foi até o hotel em que o ministro estava cumprindo isolamento, por estar infectado pela COVID-19. Ao ser questionado se havia alguma crise entre os dois, o ministro respondeu com a seguinte frase, “Senhores, é simples assim: um manda e o outro obedece”, demonstrando sua total submissão e falta de autonomia para conduzir a área da Saúde [15,20,22]. Em setembro de 2021, já com o processo de vacinação no Brasil em curso e com uma grande parte dos brasileiros vacinados, os constantes ataques às vacinas não cessaram por parte do governo federal. Em 10 de junho de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa autorizou o uso da vacina *Comirnaty*, do fabricante Pfizer / Wyeth, para utilização em adolescentes com 12 ou mais anos de idade, considerando diversos estudos de efetividade e segurança, sem restrição de condição de saúde prévia. Mesmo com essa autorização e com a recomendação da Câmara técnica de especialistas para que todos os adolescentes de 12 a 17 anos, com ou sem comorbidades, fossem vacinados, o Ministério da Saúde determinou de forma unilateral, sem ouvir estados e municípios, a suspensão da vacinação de adolescentes sem comorbidades. A falta de embasamento científico para essa decisão

contrariou várias sociedades médicas e levou o Conass e Conasems a publicarem conjuntamente uma nota reforçando a importância da vacinação dos adolescentes e lamentando o posicionamento intransigente do Ministério da Saúde ao cercear o direito dos adolescentes de também se protegerem da COVID-19 por meio de um imunizante já disponível [15,23].

Facto semelhante ocorreu quando foi autorizada pela Anvisa a vacinação de crianças de 5 a 11 anos de idade no dia 16 de dezembro de 2021. Apesar de todos os dados acumulados com pesquisas científicas, com a aprovação pela ANVISA e com o aval de diferentes agências internacionais, o Ministério da Saúde abriu consulta pública em 22 de dezembro de 2021 “para manifestação da sociedade civil a respeito da vacinação contra a COVID-19 em crianças de 5 a 11 anos de idade” seguida de uma “Audiência Pública sobre a inclusão de crianças de 5 a 11 anos na campanha de vacinação contra a COVID-19” [24]. Essa decisão foi criticada pela “**Frente pela Vida**” [25]. Apesar de parecer um processo de discussão democrática, essa consulta pública, seguida de audiência, criou várias ameaças à rotina de imunização da população, colocando em risco a credibilidade na segurança dos imunizantes aprovados e oferecidos, além de colocar em dúvida as evidências e posicionamentos da comunidade científica internacional. Essa decisão também comprometeu a adesão da população à vacinação em geral, com outros imunizantes, trazendo inquietações sobre os riscos de que doenças já controladas pela imunização voltassem a ocorrer.

A disseminação de notícias falsas pode ter um efeito devastador quando se trata de políticas de Saúde Pública. Quando às agências disseminadoras de *fake news* e pessoas físicas que também as disseminam aliam-se representantes do alto escalão do governo federal, os resultados podem ser imprevisíveis e colocar em risco tanto a estratégia sanitária de enfrentamento de um problema grave, quanto a própria saúde das pessoas. Para lidar com essa questão, é fundamental conceber estratégias capazes de reprimir a divulgação de notícias falsas de maneira rigorosa, com a punição dos responsáveis por sua criação. É igualmente importante promover a conscientização das pessoas sobre os malefícios dessas práticas, de modo a diminuir a disseminação dessas informações desprovidas de verdade [20,22].

O impacto da pandemia de COVID-19 no Brasil

O Brasil foi um dos países com maior número de casos e óbitos pela COVID-19 no mundo. Desde os

primeiros casos registrados no país, em fevereiro de 2020, até 16 de fevereiro de 2022 (praticamente 3 anos), haviam sido confirmados 36.970.513 casos de COVID-19, que levaram a 698.014 óbitos. A taxa de incidência nesse período foi de 17.592,7 casos por

100.000 habitantes e, a taxa de mortalidade, de 332,2 por 100.000 habitantes, uma letalidade de 1,9% [26]. Esses casos e óbitos distribuíram-se de forma bastante desigual, tanto ao longo deste tempo – Figura 1 – como no território – Quadro 1 [26].

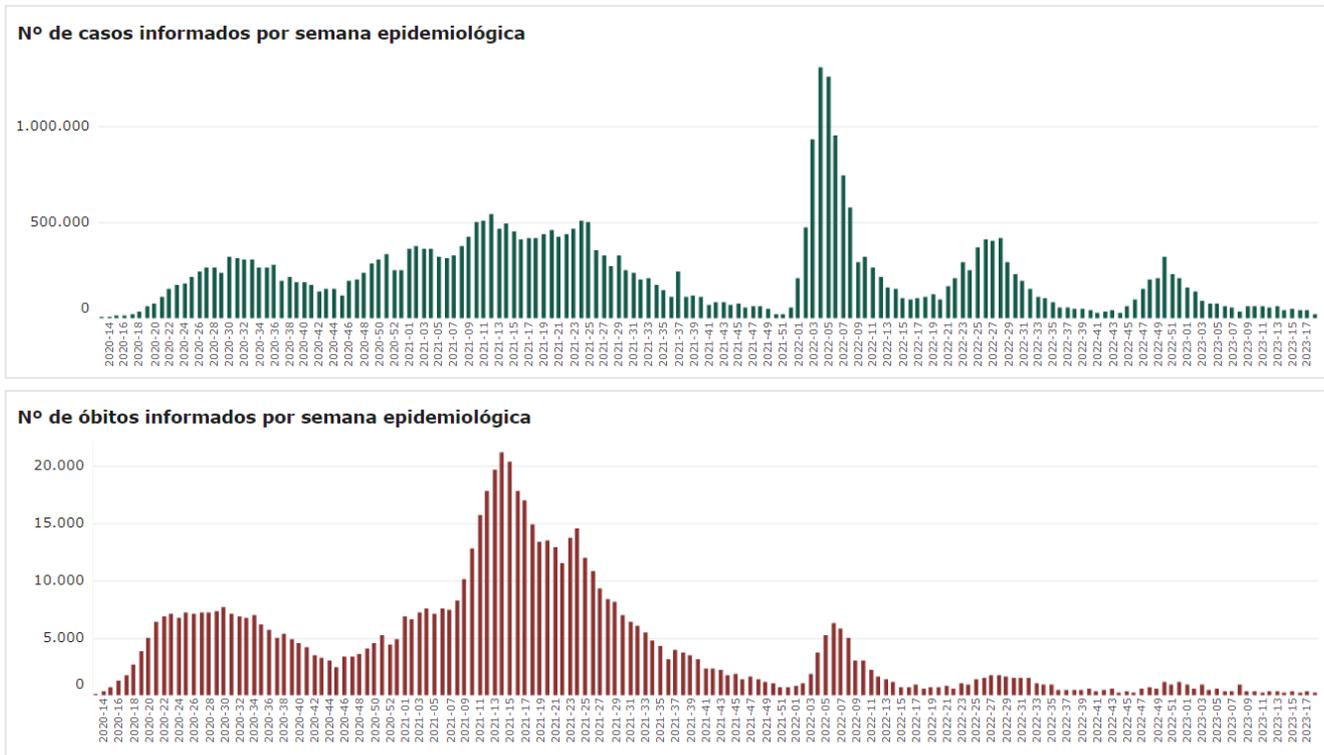


Figura 1 : Número de casos e de óbitos por COVID-19 no Brasil, segundo Semana Epidemiológica. Fevereiro de 2020 a 16 de fevereiro de 2022 (8)

Fonte: CONASS - Painel CONASS COVID-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

Em 2021, o período com maior número de casos foi registrado entre os meses de março e junho, notadamente na 14ª semana epidemiológica (21 a 27 de março), com 539.903 casos, época em que ocorreu, também, o maior número de óbitos durante a pandemia, com destaque para a 16ª semana epidemiológica, quando foram informados 21.141 óbitos. Já o período com maior número de casos ocorreu entre janeiro e fevereiro de

2021, quando começou a predominar a variante Ômicron, chegando a ser registrados, somente na 4ª semana epidemiológica (23 a 29 de janeiro), 1.305.447 casos. Todavia, logo a seguir, com a maior proporção da população de maior risco já vacinada, houve menor impacto que o observado no período mais crítico de 2021, sendo registrados 6.246 óbitos na 6ª semana epidemiológica (06 a 12 de fevereiro) [26].

Quadro 1 : Número acumulado de casos e óbitos por COVID-19 no Brasil, taxas de mortalidade, incidência e letalidade segundo regiões do Brasil, fevereiro de 2020 a 14 de fevereiro de 2022 (8)

Fonte: CONASS - Painel CONASS COVID-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

Regiões	Casos Acumulados	Óbitos Acumulados	Taxa de mortalidade	Taxa de incidência	Taxa de letalidade
Centro Oeste	4.266.042	65.928	404,5	26.176,7	1,5%
Nordeste	7.300.673	134.344	235,4	12.792,1	1,8%
Norte	2.870.465	51.481	279,3	15.574,1	1,8%
Sudeste	14.681.851	335.711	379,9	16.613,8	2,3%
Sul	7.851.482	110.550	368,8	26.192,6	1,4%
Brasil	36.970.513	698.014	332,2	17.592,7	1,9%

Obviamente, o maior número de casos e óbitos ocorreu na região Sudeste, que concentra mais de 40% da população do país, com 14.67133 casos e 335.585 óbitos. Todavia, apesar de nela estar concentrada boa parte dos serviços assistenciais e aqueles de maior complexidade, também foi a região com maior letalidade (2,3%). Já a maior taxa de incidência ocorreu na região Sul - 26.184,6 por 100.000 habitantes - e a maior taxa de mortalidade na região Centro-Oeste, com 404,5 óbitos por 100.000 habitantes. Cabe, porém, destacar as grandes desigualdades regionais, que podem ter influência sobre esses dados, tanto pela capacidade de diagnóstico/ testagem, como pela sensibilidade dos sistemas de vigilância epidemiológica e mortalidade [26].

Além do impacto direto relacionado com a morbimortalidade causada pela COVID-19, cabe insistir

sobre o impacto indireto, relacionado com a sobrecarga nos serviços de Saúde e ao possível agravamento de condições pré-existentes. A soma de ambos pode ser inferida através da avaliação do excesso de mortalidade por causas naturais. Painel publicado pelo Conass, a partir de metodologia desenvolvida pela organização global de Saúde Pública *Vital Strategies*, e com a colaboração da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais – ARPEN, comparando-se os óbitos por causas naturais informados ao Registro Civil com os óbitos esperados, projetados com base nos dados do Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde) entre 2015 e 2019, estimou um excesso de 310.431 óbitos em 2020; 563.896 óbitos em 2021 e 267.973 mortes em 2022, totalizando, nos 3 anos, um excesso de 1.142.300 óbitos em relação ao esperado no Brasil – Figura 2 [27].

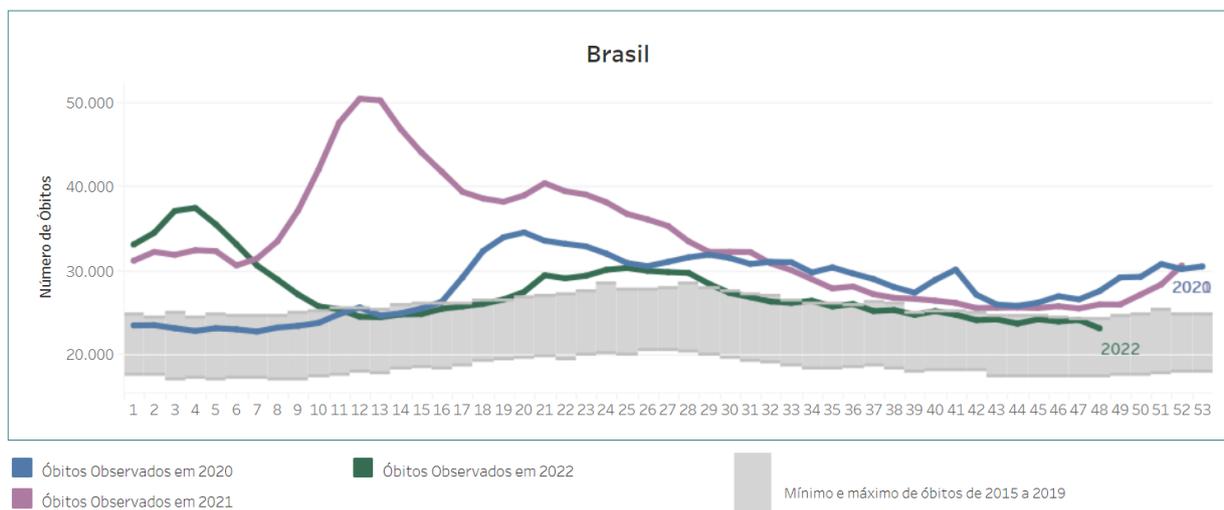


Figura 2 : Excesso de mortalidade no Brasil, segundo Semana Epidemiológica. 2020, 2021 e 2022.

Fonte: CONASS e Vital Strategies – Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil.

Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>

Lições aprendidas durante a pandemia

A lição mais importante dessa pandemia talvez tenha sido o reconhecimento do SUS, inclusive por segmentos da classe média e pela mídia, como uma estrutura que entregou muito à sociedade, não obstante seu notável e crônico subfinanciamento. Sem o SUS, a tragédia pandêmica teria sido ainda pior. Objetivamente, mais de 24.000 novas camas de cuidados intensivos foram instaladas, das quais 6.500 permaneceram em definitivo na rede assistencial; o uso da telemedicina foi amplificado, prestando inestimáveis serviços, sobretudo para as regiões mais longínquas e com carência de recursos humanos qualificados; houve a potencialização do sistema de vigilância em Saúde e sua melhor articulação

com a área assistencial e, por fim, assistiu-se ao engajamento da sociedade civil em iniciativas como a denominada “Todos pela Saúde”, que consagrou vultosos recursos financeiros para diversas ações, desde a aquisição de oxímetros de pulso para as equipes de Saúde da família; materiais descartáveis e de consumo; testes e, também, atividades de capacitação presencial e à distância de equipes de saúde para atuação nas camas de cuidados intensivos que tiveram que ser abertas às pressas [28]. Vale a pena destacar que, conforme apontado por Lopes e Barros (2022), as iniciativas para a qualificação de recursos humanos no SUS, na vigência da pandemia, por parte do Ministério da Saúde, “foram implementadas de forma isolada, fragmentada, descontinuada e sem a devida avaliação dos resultados” [29].

Os erros:

Contudo, em função das observações e contatações feitas ao longo do processo e, sobretudo, da grande quantidade de casos e óbitos registrados, é necessário analisar os erros cometidos e deles tirar proveito a fim de se preparar o sistema para os próximos eventos de semelhante gravidade:

- A não adoção de medidas de contenção, principalmente no início da pandemia, tais como a restrição de circulação de áreas com transmissão comunitária para outras regiões que ainda não tinham casos notificados; a definição de transmissão comunitária em todo o território nacional sem critério epidemiológico sem um protocolo de avaliação de risco de ameaças e vulnerabilidades do SUS, levando-se em conta a capacidade de atendimento e o cenário epidemiológico para a adoção de medidas de controle não farmacológicas, especialmente o distanciamento social. Isso dificultou a adoção de medidas diferenciadas para a contenção da pandemia nas diferentes regiões de saúde;
- Deficiências na estratégia de testagem, isolamento, identificação e monitoramento de contatos, com demora na regularização de insumos para testagem de RT PCR; dificuldades logísticas e atraso na aquisição de testes rápidos de anticorpos; e demora e dificuldades na implementação da vigilância adequada para a investigação, isolamento de casos e identificação e monitoramento de contatos;
- Contradições da gestão federal na operacionalização e na comunicação referentes à campanha de vacinação contra a COVID-19, que se traduzem pela demora na aquisição de vacinas; por campanhas de comunicação insuficientes para esclarecer a necessidade de se completar o ciclo vacinal, além de mensagens contraditórias, especialmente sobre a vacinação de crianças e adolescentes; e, ainda, reiteradas manifestações contrárias à vacinação por parte da Presidência da República e de autoridades do Ministério da Saúde;
- Prioridade dada pela gestão federal à estratégia de “tratamento precoce” com medicamentos comprovadamente ineficazes, em detrimento do cuidado precoce e das ações de prevenção e vacinação. A insistente indicação do uso da cloroquina, mesmo quando o mundo todo já havia se convencido de sua ineficácia, transformou-se em verdadeira guerra ideológica.

Os acertos:

Conforme já destacado, a principal fortaleza do sistema de saúde brasileiro durante a pandemia foi a própria organização de sua governança. Diante da ineficiência da coordenação federal, a organização tripartite do SUS e a atuação das secretarias estaduais e municipais de saúde através de suas entidades representativas – CONASS e CONASEMS - foram fundamentais na busca de uma coordenação de abrangência nacional, atuando em diversas vertentes:

- Na articulação tripartite e negociação / organização das demandas junto ao Ministério da Saúde;
- Na participação dos dois Conselhos no Gabinete de Crise do Ministério da Saúde; na Comissão Intergestores Tripartite; no Conselho Nacional de Justiça; no Conselho Nacional do Ministério Público; nas audiências das comissões temporárias da COVID-19 da Câmara dos Deputados e do Senado Federal;
- Na interlocução permanente com os veículos de comunicação;
- Na definição de estratégias comuns para organização das ações e apoio técnico aos estados e municípios:
 - Como exemplo, a partir de discussões técnicas que envolveram não só representantes da gestão estadual e municipal, mas também a área técnica do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS), Conass e Conasems publicaram documento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia de COVID-19 na esfera local, propondo instrumento para avaliação de riscos a fim de nortear o planejamento de ações, dentre as quais a definição de medidas de distanciamento social e outras medidas não farmacológicas, de acordo com os cenários locais. Diante da recusa do Ministério da Saúde em divulgar o documento, adotando-o oficialmente, os dois Conselhos, com o apoio da OPAS/OMS o fizeram [30];
 - Em conjunto, os dois Conselhos também formularam e publicaram instrumento orientador que aborda as ações e atividades que devem ser realizadas nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, tanto na atenção primária, como na atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Posteriormente, o documento – “*Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde*” contou também com a participação do Ministério da Saúde, que adotou as

mesmas orientações ainda que tardiamente [31];

- O CONASS também atuou para a disponibilização de informações essenciais à gestão e para o monitoramento da pandemia, como por exemplo, com o Centro de Informações Estratégicas para a Gestão Estadual do SUS – CIEGES, criado com o objetivo de organizar, integrar e disponibilizar informações estratégicas para a gestão do SUS, disponibilizando mais de 70 painéis de acesso aberto ou restrito às equipes da gestão estadual, destacando-se:
 - O “Painel CONASS COVID-19”, que precisou ser implementado em menos de 48 horas, a partir de informações coletadas diretamente com as secretarias estaduais de saúde, quando o Ministério da Saúde decidiu deixar de fazer a divulgação diária da situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil, o que foi revertido alguns dias depois [26];
 - O painel sobre o excesso de mortalidade por causas naturais [27] e o painel de monitoramento de sintomas de COVID-19 nas redes sociais [32]- ambos desenvolvidos em parceria com a Organização “Vital Strategies”;
 - O painel para acompanhamento das autorizações de leitos para Síndrome Respiratória Aguda Grave e COVID-19 [33];
 - O painel de monitoramento da força de trabalho do SUS, para uso restrito dos gestores de saúde;
 - E o painel para o monitoramento da disponibilidade de medicamentos para intubação orotraqueal nos serviços hospitalares [34], essencial em um momento de redução da disponibilidade desses insumos em praticamente todo o território nacional.

Uma agenda para o futuro

A reflexão sobre os erros e acertos na pandemia do SUS conduz à proposição de uma agenda para o futuro, a ser iniciada no tempo pós-COVID e envolve, dentre outras, as seguintes medidas:

- Fortalecer o SUS como sistema público universal garantindo um financiamento suficiente e sustentável;
- Restabelecer o pacto federativo do sistema, assentado no federalismo cooperativo entre União, estados e municípios;
- Efetivar a regionalização da Saúde, de modo a possibilitar a organização do SUS por meio da implantação das redes de atenção à saúde, sustentadas por

uma Atenção Primária forte e resolutiva, capaz de desenvolver estratégias de retomada de serviços relativos às condições crônicas descontinuadas, à COVID longa e aos procedimentos eletivos, além de atender aos eventos agudos decorrentes de doenças infecciosas;

- Fortalecer e equipar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública e implantar laboratório de referência nacional com condições máximas de biossegurança (nível 4), a fim de fortalecer o sistema nacional de vigilância e de responder à emergência de novos patógenos de potencial pandêmico;
- Desenvolver e implantar estratégias de expansão da saúde digital, garantindo conectividade e capacitando os profissionais de saúde para atividades remotas;
- Desenvolver e implantar estratégias de apoio à força de trabalho do SUS que possibilitem a recuperação da saúde dos profissionais e criem uma cultura inclusiva e de compaixão nos ambientes de trabalho;
- Desenvolver e implantar estratégias de fortalecimento do complexo industrial da saúde, com foco em insumos críticos.

À guisa de conclusão

Apesar de a governança do sistema público de saúde brasileiro dispor de arcabouço normativo adequado, sua implementação conheceu, desde o princípio, importantes dificuldades, seja pela insuficiência do financiamento público, onde se percebe uma retração importante dos recursos federais e um peso excessivo sobre municípios e estados, seja pelas tensões políticas e administrativas, ou ainda pelos flagrantes desigualdades regionais. Todavia, a governança tripartite revelou-se, durante a pandemia da COVID-19, uma mais-valia importante para o combate da doença e proteção da saúde das pessoas. As representações institucionais dos gestores de saúde dos estados e municípios e do Distrito Federal, muitas vezes em clara oposição à postura adotada pelo governo federal, souberam fazer valer as prerrogativas constitucionais de independência e de harmonia entre os entes federados, ainda que com oposição do nível federal, e perseveraram na busca de uma governança aliada às melhores evidências científicas.

A aliança estratégica que se estabeleceu entre os níveis estadual e municipal de gestão do SUS e a comunidade científica, com apoio da representação da OPAS/OMS no Brasil, foi fundamental para que se pudesse combater, de um lado, a pandemia e, de outro, o obscurantis-

mo oficial e a propagação de *fake News*. Também o setor privado, ao colocar-se como aliado desses atores, emprestou sua importante colaboração material, logística e intelectual para o alcance dos mesmos objetivos. Os erros e acertos percebidos durante esses anos pandê-

micos servirão, com certeza, para ensejar modificações e aperfeiçoamentos importantes no presente e no futuro, de modo a dotar a governança do SUS das condições necessárias a responder adequadamente a outros problemas de magnitude semelhante, que possam vir a ocorrer.

Bibliografia:

- [1] Viacava F, Bellido JG, Carvalho CC, Alves CG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1751-1762.
- [2] Solla JP. A experiência brasileira em saúde e a construção de um sistema público universal. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):9-21.
- [3] Brasil. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde. Brasília, 2018, p. 18. Disponível em https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF
- [4] Barros FPC. A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS - a perspectiva do CONASS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v. 13, p. 261-267, 2011.
- [5] Ferreira MC, & Martins VF. (2022). Governança Corporativa e Accountability no setor da saúde: uma análise de publicações em periódicos no Brasil. *RAGC*, 10(44). Disponível em <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/2797>
- [6] Padilha A et al. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 12 [Acessado 19 Fevereiro 2023], pp. 4509-4518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25392019>. ISSN 1678-4561.
- [7] Brasil. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- [8] Singer M. Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. San Francisco: Jossey Bass; 2009.
- [9] Rocha R et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health system preparedness and response to COVID-19 in Brazil. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)
- [10] Fronteira I et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective, *One Health*, Volume 12, 2021, 100228, ISSN 2352-7714, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100228>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771421000185>)
- [11] Sociedade Brasileira de Diabetes. Prevalência de diabetes mellitus: estudos brasileiros. São Paulo: sbd; 2020.
- [12] Lee T. The invisible patient: caring for those without covid 19. In: *nejm catalyst. Covid-19: managing the surge*. Waltham. *Nejm catalyst collection*; 2020.
- [13] National institute for health and care excellence. Covid-19 rapid guideline: managing the long-term effects of covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>.
- [14] Charumilind S et al. Pandemic to endemic: how the world can learn to live with COVID-19. *McKINSEY & Co*; 2021.
- [15] Malta M, Vettore MV, da Silva CMFP, Silva AB, Strathdee SA. Political neglect of COVID-19 and the public health consequences in Brazil: The high costs of science denial. *EClinicalMedicine*. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8099674/>.
- [16] Oliveira T, Araujo RF, Cerqueira RC, Pedri P. Politização de controvérsias científicas pela mídia brasileira em tempos de pandemia: a circulação de preprints sobre Covid-19 e seus reflexos. *Revista Brasileira de História da Mídia*. 2021 Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rbhm/article/view/11810>.
- [17] Caponi S, Brzozowski FS, Hellmann F, Bittencourt SC. O uso político da clo-roquina: COVID 19, negacionismo e neoliberalismo. *Revista Brasileira de Sociologia - RBS*. 2021 Disponível em: <https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/>
- [18] Wardle C, & Derakhshan H. Information Disorder: Toward an Interdisciplinary Framework for Research and Policymaking. Council of Europe. 2017. Disponível em: <https://rm.coe.int/information-disorder-report-november-2017/1680764666>
- [19] Legislação atual dispõe de ferramentas processuais para combater *fake news*; 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-mar-19/opinia-o-legislacao-dispoe-ferramentas-combater-fake-news> Acesso em 10/02/2022
- [20] Hale T, Webster S, Petherick A, Phillips T e Kira B. Oxford COVID-19 Government Response Tracker. Blavatnik School of Government 2020. Disponível em: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/covid-19-government-response-tracker>.
- [21] Association between mobility patterns and COVID-19 transmission in the USA: a mathematical modelling study—The Lancet Infectious Diseases. 2021 Disponível em from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30553-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30553-3/fulltext)
- [22] Oliveira TM de. Como enfrentar a desinformação científica? Desafios sociais, políticos e jurídicos intensificados no contexto da pandemia. *Liinc Rev*. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://revista.ibict.br/liinc/article/view/5374>
- [23] CONASS e CONASEMS reforçam a importância da vacinação de adolescentes contra a Covid-19; 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-e-conasems-reforcaram-a-importancia-da-vacinacao-de-adolescentes-contra-a-covid-19/>. Acesso em 10/02/2022
- [24] Anvisa aprova vacina da Pfizer contra Covid para crianças de 5 a 11 anos; Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-vacina-da-pfizer-contra-covid-para-criancas-de-5-a-11-anos> Acesso em 12/02/2022
- [25] Brasil, Nota Pública; Frente Pela Vida repudia consulta pública do governo sobre vacinação em crianças contra Covid-19 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2268-nota-publica-frente-pela-vida-repudia-consulta-publica-do-governo-sobre-vacinacao-em-criancas-contra-covid-19>. Acesso em 11/02/2022
- [26] CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass Covid-19. Disponível em <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em 17/02/2022
- [27] CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Vital Strategies. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil. Disponível em <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>. Acesso em 17/02/2022
- [28] Estúdio F. Pesquisas desenvolvidas pelo ITPS e por seus parceiros; 2021. Disponível em: <https://www.itps.org.br/pesquisas>. Acesso em 17/02/2022
- [29] Lopes LT, de Barros FPC. Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000200277&tlng=pt.
- [30] CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Covid-19: Estratégia de Gestão. Instrumento para apoio à tomada de decisão na esfera local. Brasília, 2020. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-estrategia-de-gestao/>
- [31] CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-na-rede-de-atencao-a-saude/>
- [32] CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Vital Strategies. Redes sociais e covid-19 – sintomas e comportamentos dos internautas. Disponível em <https://www.conass.org.br/sintomasocovid19/>
- [33] CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Monitoramento de Autorizações de leitos UTI SRAG/COVID-19. Disponível em <https://www.conass.org.br/leitossrag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>
- [34] BRASIL, Saúde monitora medicamentos de intubação auxiliando estados e municípios a repor estoques; Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/marco/saude-monitora-medicamentos-de-intubacao-auxiliando-estados-e-municipios-a-repor-estoques>. Acesso em 17/02/2022

Conflitos de interesse:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.