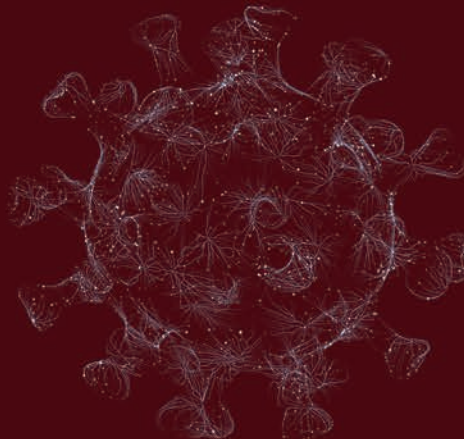
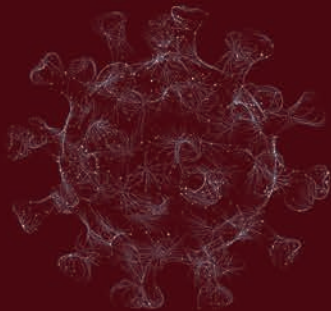
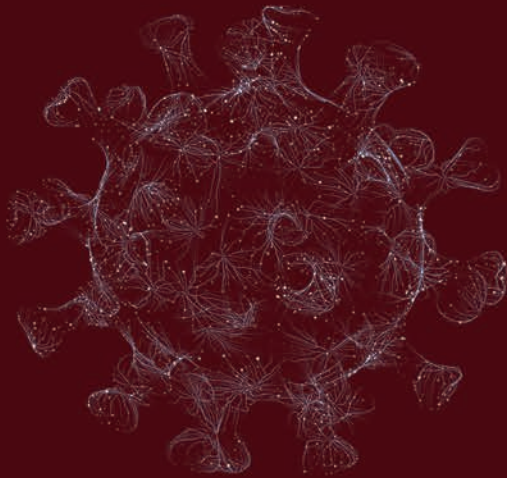
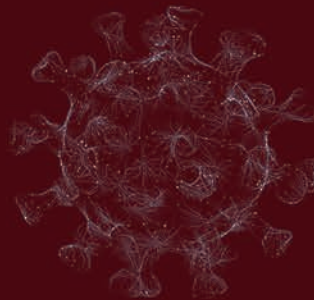
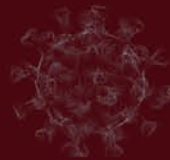
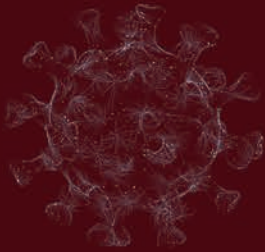


VOLUME 3

COMPETÊNCIAS E REGRAS



9
-
D
V
C

VOLUME 3

COMPETÊNCIAS E REGRAS

© 2021 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Coleção COVID-19 é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.org.br/biblioteca.

Coleção COVID-19

Brasília, janeiro de 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C736 Competências e regras / Organizadores Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.
314 p. – (Coleção Covid-19; v. 3)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-12-6

1. Covid-19 – Brasil. 2. Pandemia. 3. Saúde pública – Brasil.
I. Santos, Alethele de Oliveira. II. Lopes, Luciana Tolêdo.

CDD 616.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

VOLUME 3

COMPETÊNCIAS E REGRAS

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Carlos Alberto Chaves de Carvalho
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho	PB	Geraldo Antônio de Macedo

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Gilberto Figueiredo (MT)

REGIÃO NORDESTE

André Longo (PE)

REGIÃO NORTE

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

REGIÃO SUDESTE

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

REGIÃO SUL

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENAÇÃO TÉCNICA E APOIO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz
Lígia Formenti
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Heber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Luciana Tolêdo Lopes
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos
Adriane Cruz
Fernando P. Cupertino de Barros
Jurandi Frutuoso Silva
Marcus Carvalho
René José Moreira dos Santos
Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DA COLEÇÃO COVID-19

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos
Luciana Tolêdo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos
Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior
Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Fernando Passos Cupertino de Barros
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Héber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Jurandi Frutuoso Silva
Leonardo Moura Vilela
Lígia Formenti
Luciana Tolêdo Lopes
Marcus Carvalho
Maria Cecília Martins Brito
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Ana Lucia Brochier Kist
Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura
Marcus Carvalho

COLABORADORES VOLUME 3 – COMPETÊNCIAS E REGRAS

Alethele de Oliveira Santos
Ana Valéria M. Mendonça
Andrea de Oliveira Gonçalves
Beatriz de Faria Leão
Beatriz Figueiredo Dobashi
Bruno Moretti
Candice Lavocat Galvão Jobim
Danitza Passamai Rojas Buvinich
Fernanda Vargas Terrazas
Fernando Zasso Pigatto
Gabriel Menna Barreto von Gehlen
Ingo Wolfgang Sarlet
José Agenor Álvares da Silva
José Carlos Suárez-Herrera
Juliane Aparecida Alves
Júlio Marcelo de Oliveira
Leonardo Moura Vilela
Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior
Marcelo André Barboza da Rocha Chaves
Márcio Bruno Rios Diniz
Nubia Viana
Sandra Krieger Gonçalves
Sandra Mara Campos Alves

SUMÁRIO

VOLUME 3 – COMPETÊNCIAS E REGRAS

<p>RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS NO CONTEXTO DA COVID-19: O PAPEL DE CADA ENTE FEDERADO E SEU DESEMPENHO</p> <p>Ingo Wolfgang Sarlet</p>	12
<p>COVID-19: DESEMPENHO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL E AÇÃO INTERSETORIAL NA SAÚDE</p> <p>Alethele de Oliveira Santos, Juliane Aparecida Alves Leonardo Moura Vilela, José Carlos Suarez Herrera</p>	34
<p>O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO CONGRESSO NACIONAL: RESPOSTAS LEGISLATIVAS À MAIOR CRISE SANITÁRIA DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE</p> <p>Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior</p>	58
<p>CONTRIBUIÇÕES DO TCU PARA O SUS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19</p> <p>Marcelo André Barboza da Rocha Chaves</p>	66
<p>CONTROLE DA JUDICIALIZAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19: POSIÇÃO DO CNJ</p> <p>Candice Lavocat Galvão Jobim, Márcio Bruno Rios Diniz</p>	82
<p>A GESTÃO DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO</p> <p>Sandra Krieger Gonçalves</p>	94
<p>A REGULAÇÃO SANITÁRIA E A RESPOSTA À PANDEMIA NO BRASIL: A ATUAÇÃO DA ANVISA</p> <p>Danitza Passamai Rojas Buvnich</p>	106
<p>QUAL O VALOR DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA A TOMADA DE DECISÕES NA ESFERA PÚBLICA EM TEMPOS DE PANDEMIA?</p> <p>Fernando Zasso Pigatto</p>	122

RESPONSABILIDADE DOS AGENTES PÚBLICOS POR ATOS PRATICADOS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 Júlio Marcelo de Oliveira	136
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DIGITAL DO BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 Beatriz de Faria Leão	150
O PAPEL DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: ERROS E ACERTOS Ana Valéria M. Mendonça	164
MISSÃO DO CONASS EM TEMPOS DE PANDEMIA Beatriz Figueiredo Dobashi	180
GESTÃO ESTADUAL DO SUS: AVALIAÇÃO DA TRANSPARÊNCIA Nubia Viana	188
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO NÍVEL ESTADUAL PARA ENFRENTAR A PANDEMIA COVID-19 Andrea de Oliveira Gonçalves	208
O MANEJO DA REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA EM TEMPOS DE CORONAVÍRUS Sandra Mara Campos Alves	224
A PANDEMIA E OS DILEMAS FISCAIS DO SUS Bruno Moretti	236
LEGISLAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: LEIS E ATOS ADMINISTRATIVOS Fernanda Vargas Terrazas	248
ANVISA: REGULAÇÃO SANITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA José Agenor Álvares da Silva	270
TEMPOS DE PANDEMIA: DO ERRO GROSSEIRO À IMPROBIDADE. CONSIDERAÇÕES SOBRE CONTRATOS PÚBLICOS, RESPONSABILIDADE E IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA DURANTE A PANDEMIA Gabriel Menna Barreto von Gehlen	288

APRESENTAÇÃO

VOLUME 3 – COMPETÊNCIAS E REGRAS

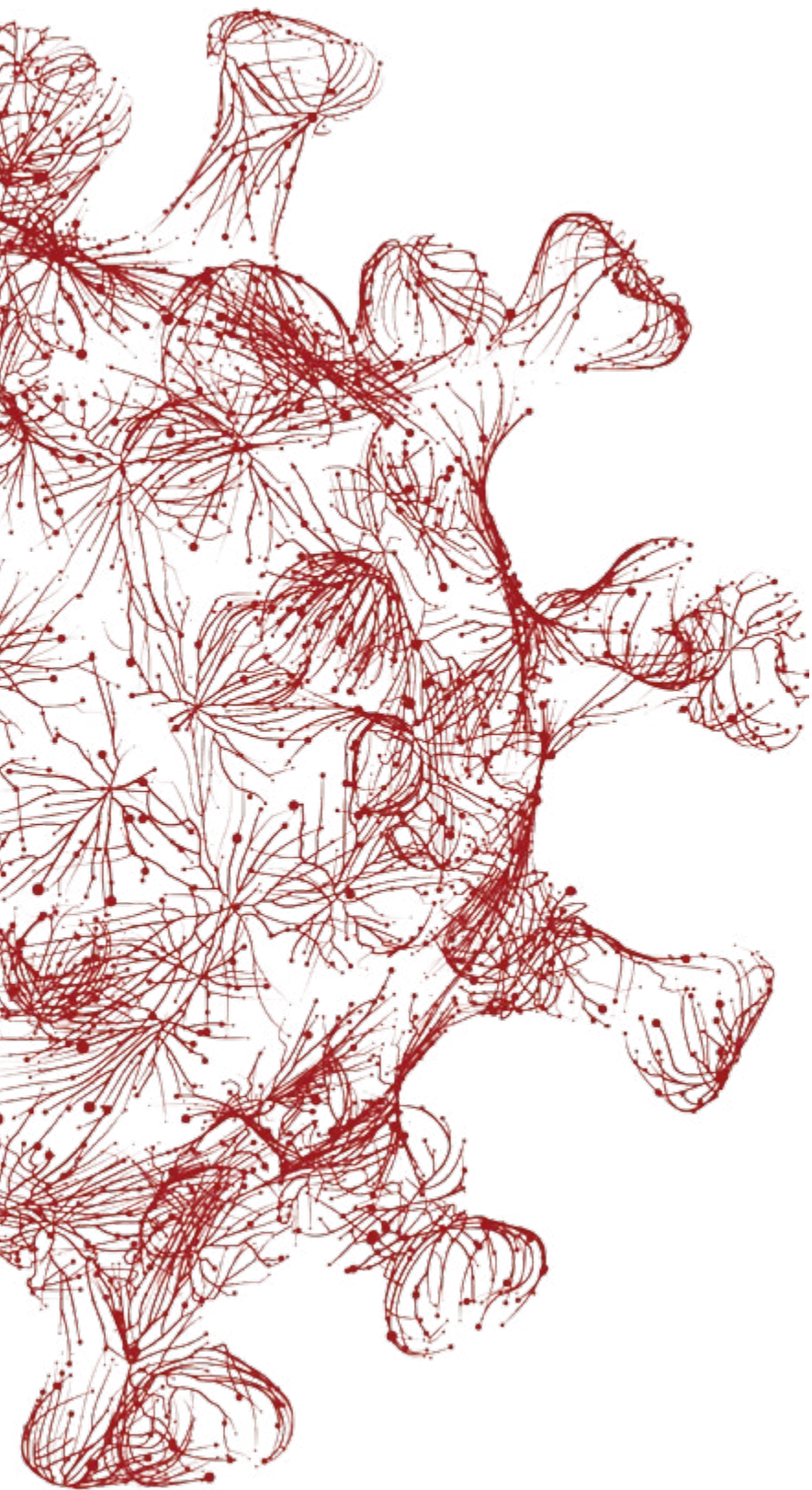
No Brasil, as competências e regras a que se submetem os entes federados e as diferentes instituições afetas ao direito à saúde conformaram-se no conteúdo deste livro. As Comissões Intergestores do SUS, o Congresso Nacional e o Tribunal de Contas da União (TCU), os Conselhos Nacionais de Justiça (CNJ) e do Ministério Público (CNMP), agências reguladoras (Anvisa) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) exararam manifestações por estratégias e instrumentação diversa, descritas e analisadas. As estratégias de saúde digital e da comunicação em saúde estiveram sob avaliação, assim como o desempenho do Conass e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em especial no quesito transparência das informações. Ainda nessa seara, os textos aqui compilados trouxeram ao debate questões relativas às transferências de recursos federais aos cofres estaduais, às requisições administrativas e aos dilemas que circundam o âmbito fiscal do SUS.

Numa tentativa de agrupar os principais comandos, estão apresentados o rol de leis e atos administrativos, a normativa regulatória sanitária e a interpretação do Poder Judiciário acerca da legislação, especialmente sob o crivo da responsabilização dos gestores públicos.

Quando iniciada a organização da Coleção COVID-19, a principal expectativa era que a disponibilização de seu conteúdo ocorresse num cenário em que as medidas de prevenção, controle e até mesmo mitigação tivessem apresentado as melhores respostas, no Brasil e no mundo. No entanto, o recrudescimento do número de infectados e dos óbitos já é um fato. Novas medidas, não farmacológicas, dessa vez acompanhadas das campanhas de vacinação em vários países, já são realidade no âmbito dos territórios. Portanto, o tempo permitirá perceber outros tantos comandos normativos afetos à saúde pública no Brasil e no mundo, o que requererá atenção do leitor quanto à necessidade de pesquisa e atualização. Conforme já asseverado, os textos revelam as opiniões de seus autores, ainda que porventura divirjam das posições do Conass. Que os diferentes posicionamentos compilados no **Volume 3 – Competências e Regras** sejam capazes de denotar limites e potencialidades para a gestão, bem como possam contribuir com aprendizados para o futuro!

Carlos Lula

Presidente do Conass



RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS NO CONTEXTO DA COVID-19: O PAPEL DE CADA ENTE FEDERADO E SEU DESEMPENHO

Ingo Wolfgang Sarlet¹

RESUMO: O presente trabalho analisa as relações interfederativas em matéria de saúde pública no contexto da COVID-19. Em um primeiro momento, explorou-se a estrutura federativa do Sistema Único de Saúde e os impactos da pandemia, para depois, à luz de casos selecionados, estudar decisões do Supremo Tribunal Federal e medidas de enfrentamento dos desafios com reflexos federativos. Na sequência, será, em caráter sumário, analisado o contexto dos grupos vulneráveis para, ao fim, avaliar, ainda que de modo esquemático, a atuação dos entes da federação e das comissões intergestores.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Interfederativas. SUS. Pandemia da COVID-19.

¹ Ingo Wolfgang Sarlet. Doutor em Direito pela Universidade de Munique. Estudos/pesquisas em nível de Pós-Doutorado nas Universidades de Munique (bolsa DAAD) e Instituto Max-Planck de Direito Social Estrangeiro e Internacional (hoje designado Instituto Max-Planck de Direito e Política Social) de Munique. Professor Titular e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da PUCRS. Advogado. Desembargador aposentado do TJ/RS. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7185324846597616>. iwsarlet@gmail.com.

Agradecemos o auxílio precioso prestado por Jeferson Ferreira Barbosa no que diz respeito à pesquisa de jurisprudência, legislação e adequação do texto aos padrões formais exigidos.



I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é dedicado às relações interfederativas no campo da saúde pública e no contexto da COVID-19. Em um primeiro momento, exploramos a estrutura federativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos da pandemia, para depois, à luz de casos selecionados, estudar decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e medidas de enfrentamento dos desafios com reflexos federativos. Na sequência, será, em caráter sumário, analisado o contexto dos grupos vulneráveis para, ao fim, avaliar, ainda que de modo esquemático, a atuação dos entes da federação.

Quanto à metodologia adotada, trata-se de pesquisa de cunho teórico e documental, com foco no Painel de Ações sobre a COVID-19 do STF, como local privilegiado para buscar conflitos federativos a serem ilustrados mediante recurso a alguns exemplos. A limitação à jurisprudência do STF se deve ao fato de se tratar da instância que decide de modo vinculativo em âmbito nacional e, ademais, profere a última palavra em matéria constitucional. Além disso, será analisado o marco normativo relativo ao SUS, sua organização e atuação no plano federativo.

2. A ESTRUTURA FEDERATIVA DO SUS

A descentralização do exercício do poder estatal, a existência de centros de governo, instâncias territoriais com natureza estatal, com atuação democrática e pautada por um dever de cooperação⁽¹⁻²⁾ são contextualizadas pelo exercício das funções estatais por meio dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário⁽³⁾. Tais aspectos formam a base para a estrutura federativa do SUS, delineada nos arts. 196 e 198 da Constituição Federal (CF)⁽⁴⁾ e concretizada com maior detalhamento pela legislação infraconstitucional respectiva.

A autonomia garantida a cada esfera não autoriza que se desconsidere o sentido de unidade. As competências são o núcleo de uma equação, que delimita a atuação de cada esfera, seguindo a ideia de que a União atua para o interesse nacional (geral), os estados para o interesse regional e os municípios para o interesse local⁽⁵⁾. Destaque-se aqui a competência concorrente (arts. 23 II CF – administrativa comum; 24 XII CF – legislativa concorrente entre União e estados; 30 II CF – legislativa suplementar dos municípios). Salvo os casos típicos da competência municipal para legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30 I CF – ex. coleta de lixo), em caso de conflito, o judiciário avaliará qual interesse predomina⁽⁶⁾.

O **Quadro 1** abaixo procura ilustrar a concretização de tais princípios na estrutura federativa do SUS e, ao mesmo tempo, resumir o essencial de suas complexidades.

QUADRO 1. Princípios do SUS e suas complexidades

Descentralização	Regionalização	Hierarquização	Integralidade	Participação da comunidade	Unidade
distribui competências legislativas e executivas	mecanismos de cooperação em determinado território	organização em níveis de complexidade	cada nível cumpre suas tarefas em harmonia com os demais, sem sobreposições	conferências de saúde em cada UF	reforça a cooperação combate a fragmentação
Rede de serviços entre setores e municípios, adaptação às necessidades locais e coordenação dos estados		Valoriza atenção básica e apoio técnico	cooperação técnica, científica e acordos	conselhos de saúde em cada UF	ex.: planejamento integrado

Direção única em cada nível federado: (a) ministério da saúde (União), (b) secretarias estaduais de saúde (estados) e (c) secretarias municipais de saúde (municípios) – secretaria do DF (b e c)

União: de regra planejamento e normatização; exceção atividade de vigilância sanitária e epidemiológica (1) com risco de disseminação nacional / (2) em portos, aeroportos e fronteiras;

estados: complementa direção nacional, suplementa execução municipal, descentraliza ações, hospitais de referência, sistemas de alta complexidade, indicadores de morbidade e mortalidade;

municípios: concentra execução dos serviços, celebra contratos, convênios e consórcios.

Conferências de saúde:

- i. a cada 4 anos em cada UF;
- ii. participação dos segmentos da sociedade;
- iii. avalia a situação e estabelece bases para a política de saúde.

Conselhos de saúde:

- i. órgão colegiado, com representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários;
- ii. Conselho Nacional de Saúde – CNS, conselhos estaduais e conselhos municipais;
- iii. definição e controle da política de saúde.

Descentralização Regionalização Hierarquização Integralidade Participação da comunidade Unidade

Comissões intersetoriais:

- vinculadas aos conselhos de saúde;
- articulação com outras políticas e programas (especialmente: alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia, recursos humanos, ciência e tecnologia e saúde do trabalhador);
- na União, subordinadas ao CNS e integradas por ministérios e órgãos competentes e repres. da sociedade civil.

Comissão Intergestores Tripartite – CIT (no nível da União), **Comissão Intergestores Bipartite**

– CIB (em cada estado) e a **Comissão Intergestores Regional – CIR** (em cada região de saúde):

- fóruns representativos das UF;
- pactuam diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal;
- deve observar a política de saúde aprovada pelos conselhos.

Integram a CIT 5 representantes do: (1) Ministério da Saúde, (2) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), (3) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);

integram a CIB: (1) a secretaria estadual de saúde, (2) o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

Quadro de elaboração própria. Fontes: art. 198; art. 7 XII e XIII; art. 9 I, II, III; arts. 12, 13, 14-A, 14-B, 16, 17, 18 Lei 8080/90⁽⁷⁾, art. 1º §1º e 2º Lei 8.142/1990⁽⁸⁾, art. 30 e 32 Decreto 7508/2011⁽⁹⁾, Portaria 545/1993^(10,11) em diálogo com a literatura⁽¹²⁻¹⁷⁾.

A leitura geral do **Quadro 1** nos indica as diretrizes de um sistema que se adapta às necessidades locais em sintonia e cooperação com as dimensões regionais e nacional, buscando o atendimento mais completo possível das necessidades em termos de saúde, com a participação dos interessados.

Na intersecção com os conselhos e conferências de saúde, vemos um parâmetro de participação social. As comissões intersetoriais abarcam muitos aspectos pertinentes aos efeitos negativos da pandemia como vigilância sanitária, saúde do trabalho e alimentação. Estudo indicou, com relação a comissões estaduais e nacional de saúde do trabalhador, falta de harmonia quanto a pautas, contribuição real, organização e fluxo de trabalho⁽¹⁷⁾. Mesmo a regionalização e o papel coordenador dos estados são um horizonte ainda distante, pois prevalece, no SUS, uma estrutura de financiamento e normatização centrada na União⁽¹⁸⁾.

3. IMPACTOS DA PANDEMIA NA ESTRUTURA FEDERATIVA DO SUS

No Brasil, a pandemia encontrou um país de dimensões continentais e com governos locais com diferentes contextos, recursos e capacidades disponíveis⁽¹⁹⁾. No plano federal, o reconhecimento do estado de calamidade pública se deu por meio do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020⁽²⁰⁾. O reconhecimento por parte dos estados começou a ocorrer a partir de

19 de março de 2020. Da mesma forma, os municípios passaram a aderir de modo massivo no sentido de reconhecer formalmente a situação excepcional ⁽²¹⁾.

A despeito da gravidade do quadro, é possível afirmar que não houve extenso planejamento, contemplando critérios para divisão de estados em áreas geográficas, possibilitando medidas mais rigorosas em áreas de maior exposição, nem previsão de diretrizes para suspensão e retomada das atividades, o que, contudo, acabou ocorrendo gradualmente, embora com substanciais variações conforme o ente federado ⁽²²⁾.

Além disso, verifica-se uma grande heterogeneidade com relação às medidas adotadas pelos governos estaduais e municipais, bem como uma pluralidade e diversidade de posturas entre os entes: posturas pela articulação, posturas assertivas e de confrontação ou mesmo permissivas ^(19;21-23).

A respeito da atuação dos entes federativos, destacamos:

- i. na esfera da União, uma disputa na fase inicial entre o Presidente e o Ministro da Saúde, posteriormente redirecionada a governadores ⁽²¹⁾, em especial:
 - a. conflitos entre a necessidade do distanciamento social (seguindo evidências científicas e orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS) e a flexibilização para evitar o colapso econômico e manter empregos;
 - b. baixa coordenação interfederativa, gerando e mesmo acirrando conflitos entre entes federados e exercício de forte liderança estadual;
- ii. os estados reagiram com a criação de órgãos colegiados/arranjos de coordenação para o enfrentamento da crise, gerando pluralidade de inovações institucionais para coordenar esforços ⁽²⁴⁾:
 - a. envolvendo vários setores, municípios ou sociedade civil;
 - b. alguns formalizados, outros não;
 - c. questionamento sobre relação com conselhos e comissões da área da saúde: há complementariedade ou conflito? são hábeis para além da crise?
 - d. reconhecendo o mérito de tais iniciativas, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) fez recomendações para harmonização e aprofundamento da participação democrática;
- iii. estados com sistema de saúde menos estruturado tenderam a tomar medidas mais rigorosas de distanciamento social ⁽²¹⁾:
 - a. os que possuíam em média uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para cada 9.540,6 habitantes adotaram medidas rigorosas; aqueles com uma para cada 8.961,7 habitantes adotaram medidas brandas, e aqueles que adotaram medidas rigorosas com tendência à flexibilização tinham uma UTI para cada 6.510 habitantes. Além disso,

houve uma tendência mais equilibrada quanto aos critérios do número de óbitos e casos de contaminação, número de médicos intensivistas e de respiradores;

- iv. foram encontrados três padrões de respostas de municípios aos estágios iniciais da crise ⁽¹⁹⁾:
 - a. *colaboração plural*: coordenação em rede entre setores público e privado, na ausência de recursos de saúde especializados no município e presença de vulnerabilidade social não relevante;
 - b. *ação pública*: coordenação em rede no setor público e programas de auxílio, na falta de recursos de saúde especializados no município e na presença de vulnerabilidade social;
 - c. *baseado em recursos*: coordenação centralizada nas unidades públicas e sem ajuda governamental, na disponibilidade de recursos de saúde especializados;
- v. a análise dos planos estaduais de flexibilização constatou a ocorrência de variações significativas no que diz respeito ao formato, aos critérios técnicos considerados e à transparência ⁽²³⁾:
 - a. Vinte e um estados tinham planos com base em critérios como evolução da epidemia e capacidade hospitalar, mas faltou uma política ampla de testagem em sinergia com uma coordenação federal;
 - b. Seis estados não tinham planos formalizados, gerando incerteza e fragilidade ante pressões.

Além das disputas políticas, em que a postura acusadora do Presidente da República direcionada aos Governadores tem sido apontada como elemento que enfraquece a capacidade de os estados continuarem tomando decisões tecnicamente fundadas, à vista dos custos eleitorais do impacto na economia ⁽²¹⁾, também ocorreu forte pressão em favor da flexibilização, sem maior consideração pela vulnerabilidade gerada pela pandemia nas regiões mais pobres. Outrossim, tendo em conta o problema da capacidade de suportar e seguir as medidas de isolamento num contexto de perda de renda e de empregos, a adoção de programas de auxílio se tornou incontornável ^(25;19).

Outro aspecto digno de nota é que, quando alguns municípios de uma região promovem a flexibilização, torna-se mais difícil para os demais manter as necessárias medidas de distanciamento necessárias. Especialmente as regiões metropolitanas pedem por soluções regionalizadas ⁽²²⁻²³⁾.

4. O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E OS CONFLITOS FEDERATIVOS

A pandemia impactou e exigiu ação dos mais amplos setores de nossa sociedade. Dados parciais da plataforma “Leis Municipais” indicaram, em 26 de setembro de 2020, um total de 23.777 leis criadas por municípios e 1.223 por estados. O Painel de Ações sobre COVID do

STF, em 4 de outubro, registrou 5.518 processos e 6.183 decisões sobre o tema. As medidas dos governos são heterogêneas, mas podem ser resumidas em três grupos: isolamento e distanciamento social, aumentar a capacidade dos serviços de saúde e ajuda econômica a cidadãos e empresas⁽²⁶⁾.

A Lei 13.979/2020⁽²⁷⁾ trata do enfrentamento mais direto da pandemia com normas sobre isolamento e quarentena, uso obrigatório de máscara, estudo epidemiológico e manejo de cadáver, exames, tratamentos e vacinas, restrição da locomoção, atividades essenciais, requisições e regras mais flexíveis para licitação e importação.

O STF, contudo, conforme Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341 MC⁽²⁸⁾ e ADI 6343 MC⁽²⁹⁾, assinalou que as medidas podem ser adotadas por todos os entes federados, respeitadas as competências. Não há necessidade de um aval prévio da União. Caso especial é, por exemplo, o da importação sujeita a autorização, cuja competência é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que inclusive não é decidida pelo Ministério da Saúde (art. 3º § 7º I e IV Lei 13.979/2020⁽²⁷⁾). Destaque-se da Lei 13.979/2020⁽²⁷⁾:

- i. atuação de três ministérios (União) para dispor sobre restrições em rodovias, portos e aeroportos, necessidade de recomendação técnica (art. 3º § 6º e § 6º B Lei 13.979/2020);
 - a. da Anvisa (entrada e saída do País e locomoção interestadual) ou
 - b. do órgão estadual de vigilância (locomoção intermunicipal);
- ii. dever de cooperação das concessionárias e empresas de transporte público na fiscalização do uso de máscara (art. 3º-G Lei 13.979/2020);
- iii. dever de cooperação do setor privado: obrigatoriedade, em nível nacional, do uso de máscaras em espaços com acesso ao público, em vias públicas, em transportes remunerados e locais de reunião (art. 3º-A I, II e III Lei 13.979/2020); fornecimento de máscaras pelo empregador (art. 3º-B, § 1º, § 2º c/c art. 3º-C Lei 13.979/2020); dever de higienizar e de disponibilizar álcool em gel (art. 3º-H Lei 13.979/2020); dever de comunicação às autoridades (art. 5º Lei 13.979/2020);
- iv. dever de fixar e regulamentar, incluindo gradação de multas a cargo dos entes federados (art. 3º-A § 1º, § 2º, § 6º e § 7º c/c art. 3º-C; art. 3º-B, § 1º, § 2º c/c art. 3º-C; art. 3º-G parágrafo único; art. 3º-H Lei 13.979/2020);
- v. o reconhecimento do atendimento às situações de violência doméstica contra a mulher e contra crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência como serviço público essencial (art. 3º § 7º C Lei 13.979/2020) e que restrições não podem atrapalhar o abastecimento de produtos (art. 3º § 7º C, § 9º e § 11 Lei 13.979/2020).

A jurisprudência do STF indica que o Presidente pode dispor sobre serviços públicos e atividades essenciais, sem prejuízo dos demais entes federados (art. 198 I CF), que podem adotar medidas de sua competência no que se refere a isolamento, quarentena e a restrição em rodovias, portos e aeroportos internacionais, interestaduais e intermunicipais (competência concorrente do art. 23 II CF)^(28; 30).

Estados e Municípios não precisam de autorização da União para adotarem restrição ao transporte intermunicipal e interestadual, desde que embasados em fundamentação técnica, e devem garantir a locomoção de produtos e serviços essenciais^(29;32). Entretanto, o fechamento de fronteiras por parte de Estados e Municípios extrapolaria as competências desses entes⁽²⁹⁾.

A Lei 13.979/2020, segundo apontado na decisão do STF, decorre da competência da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, podendo o Congresso Nacional legislar em prol de ações coordenadas⁽²⁸⁾. No entanto, a União não pode regular a totalidade das medidas a serem tomadas contra a pandemia, ela tem o papel de coordenação entre os entes, mas deve respeitar a autonomia, inclusive porque não conhece todas as peculiaridades regionais. Pode, contudo, tomar medidas com base no interesse geral, mas deve haver espaço para que os estados regulamentem o transporte intermunicipal e realizem barreiras sanitárias de acordo com o interesse regional sem ferir a autonomia dos municípios⁽²⁹⁾.

Sumarizamos mais alguns indicadores dos limites de atuação estabelecidos pelo STF:

- i. quanto à possibilidade de município estabelecer toque de recolher há pronunciamento no STF afirmando que decreto estadual e a Lei 13.979/20 não restringem o direito de ir e vir e existir a necessidade de recomendação técnica da Anvisa e de ações coordenadas⁽³³⁾; semelhante posição foi adotada no caso de suspensão do transporte coletivo, destacando-se a restrição ao transporte intermunicipal⁽³⁴⁾; quando o município reduziu a restrição do transporte público de 50% para 100% de passageiros sentados, reconheceu predominar o interesse local⁽³⁵⁾;
- ii. pretensão de Estados ante a Anvisa, de realizar medidas de controle sanitário nas áreas de circulação restrita de aeroportos e em aeronaves foi negada⁽³⁶⁻³⁷⁾;
- iii. contradição entre decreto municipal que proibia o funcionamento de lojas de conveniência e decreto estadual que permitia foi corrigida favoravelmente ao estado⁽³⁸⁾;
- iv. no silêncio da legislação federal, prevalece a permissão de estado para funcionamento na modalidade “delivery” e “drive thru”, em relação à proibição do município⁽³⁹⁾;
- v. tribunal não pode abrir exceção para abertura de centro comercial em relação à decreto municipal tecnicamente fundado, Judiciário não pode substituir essa autoridade⁽⁴⁰⁾;
- vi. sistema de classificação de risco para municípios adotado por estado não pode ser excepcionado pelo judiciário para abrandar medidas de distanciamento social⁽⁴¹⁾;
- vii. município não pode deixar de aderir a plano estadual com o argumento de ser autossuficiente porque em uma rede regionalizada há um dever de articulação entre os entes federados⁽⁴²⁾;
- viii. *em conflitos sobre definição de atividades essenciais* decididos no STF:
 - a. município foi impedido de restringir o funcionamento de postos de combustíveis, tratados em legislação federal e estadual como atividade essencial⁽⁴³⁾;

- b. município pode regular atividades essenciais⁽⁴⁴⁾, nos limites de seu interesse local, assim pode impor limites a atendimentos de saúde e laboratoriais⁽⁴⁵⁾;
- c. prevaleceu a determinação de município frente a decisão de tribunal que permitia a reabertura de lojas para comércio de tecidos e insumos para produção de máscaras, classificando como atividade essencial⁽⁴⁶⁾;
- d. decreto estadual que proibia o funcionamento de academia prevaleceu sobre decisão de tribunal⁽⁴⁷⁾; dois dias depois, o Decreto Federal 10.344/2020 incluiu academias na lista de atividades essenciais⁽⁴⁸⁾;
- e. depois, houve conflito desse decreto com decreto estadual e municipal que restringiam a atividade. Nesse caso, considerou-se não evidenciado o interesse nacional⁽⁴⁹⁾.

5. ORÇAMENTO, LEI DA RESPONSABILIDADE FISCAL, LICITAÇÕES E REQUISIÇÕES

O enfrentamento da pandemia também demandou uma série de medidas de cunho orçamentário, medidas para facilitar as aquisições pela administração pública, incluindo a possibilidade de requisições e o adiamento do pagamento de dívidas de ente federado. É clara, também nesse contexto, a relevância da cooperação e atuação dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário para um enfrentamento coordenado e eficaz do problema.

No caso das medidas de cunho orçamentário, destaca-se a atuação do STF e do Congresso Nacional. Aqui, a posição do STF foi no sentido de que os entes federados que decretaram calamidade pública em razão da pandemia de COVID-19 não precisariam cumprir a exigência de demonstrar a adequação e a compensação orçamentárias para criar ou aumentar programas públicos dirigidos à crise (Lei Complementar 101/200 – Lei de Responsabilidade Fiscal e Lei 13.898/2019 – Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2020)⁽⁵⁰⁾.

Apesar da existência de marcos legais suficientes para apoiar as medidas emergenciais⁽⁵¹⁾, tal decisão do STF buscou oferecer mais segurança jurídica aos gestores, surpreendidos por situação de dimensão econômica imprevisível⁽⁵⁰⁾. Por sua vez, no plano legislativo, a Emenda Constitucional 106/2020⁽⁵²⁾ instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para atender às necessidades e limitado ao período da calamidade pública.

Pesquisa que abrange até junho de 2020⁽⁵³⁾ registra aproximadamente R\$ 9,5 bilhões distribuídos a estados, municípios e Distrito Federal para enfrentar o surto, mas com certo engessamento no uso. Foram abertos R\$ 38,96 bilhões para o Ministério da Saúde, como isso resulta em aumento de apenas 21,95% da dotação inicial; infere-se que boa parte resulta de remanejamento de verbas do próprio ministério. Aborda também três repasses específicos realizados pelo órgão: (1º) de mais de R\$ 400 milhões; (2º) de mais de R\$ 600 milhões e (3º) de mais de R\$ 3,9 bilhões; a estados e municípios.

No primeiro e no segundo destaque-se a necessidade de pactuação nas CIB e a observância de plano de contingenciamento para os repasses aos municípios; no terceiro, houve mudança de critérios com relação aos municípios e não foram consideradas as desigualdades regionais e os vazios assistenciais.

Os indícios são de continuidade do subfinanciamento, de crescimento de gastos em saúde pública relativamente pequeno em termos reais e de permanência da desigualdade na destinação de recursos. Os critérios de repasse, ao que se constatou, estão centrados na população, produção de riquezas e número de leitos de internação, sendo pouco sensíveis a fatores epidemiológicos, agregando-se que parte considerável dos municípios deixou de receber emendas parlamentares por motivos políticos⁽⁵³⁾.

A Lei 13.979/2020 atribuiu aos entes federativos meios mais céleres para aquisição de bens e serviços, inclusive de engenharia e insumos para enfrentar a pandemia, enquanto perdurar a emergência de saúde pública, ao prever que a licitação é dispensável. É necessário seguir formalidades mínimas, havendo exceções (do art. 4º ao 4ºI). A lei presume comprovada a emergência, a necessidade de pronto atendimento, o risco e que a contratação está limitada ao necessário (art. 4º-B)⁽²⁷⁾. Em comparação com a previsão do art. 24 IV da Lei 8.666, a Lei 13.979/2020 oferece alternativa distinta, mais específica e limitada no tempo⁽⁵⁴⁾, além de outras diferenças, nota técnica do Ipea aponta os benefícios da experiência, mas também o risco de gerar mais fragmentação⁽⁵⁵⁾.

Os entes federados podem também requisitar bens e serviços privados, garantida a indenização, conforme art. 3º VII c/c § 7º-A I e III da Lei 13.979/2020⁽²⁷⁾. A atribuição de instrumentos para aquisições céleres a cada um deles e as atribuições constitucionais próprias de um estado federativo e democrático fazem com que não seja aceitável que um membro da federação requisite bem adquirido ou de propriedade de outro. Nesse sentido, quando a União requisita bens potencialmente já comprados por Estado da Federação, a resposta no STF tem sido por reconhecer as aquisições⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

Aspecto que calha referir nesse contexto é que os conflitos federativos foram intensificados também em virtude de um cenário mundial de concorrência predatória. O principal fornecedor mundial de equipamentos e produtos necessários no combate à pandemia, a China, enfrentou problemas de produção em função da paralização de atividades, e os demais países impediram exportações. Isso gerou discrepâncias de preços e enormes dificuldades para as aquisições no mundo. No Brasil, isso exacerbou conflitos entre União, estados e municípios, envolvendo os hospitais filantrópicos e hospitais privados, surgindo inclusive a ideia de um aval do Ministério da Saúde para requisições dos demais entes⁽⁶⁰⁾.

Para além da mera centralização de compras, está aqui em discussão a ideia de formar acordos-quadro multifornecedores, em uma estrutura de coordenação com comando centralizado e harmônico, que criaria mais fases no processo de compra e estenderia a ideia de um almoxarifado virtual federal aos demais entes; mas há também ponderações sobre efeitos negativos sobre pequenos fornecedores e variáveis na experiência internacional⁽⁶⁰⁾.

Por fim, a pandemia exigiu a atuação do Judiciário para garantir flexibilidades necessárias. Assim, para ilustrar, foi garantida a suspensão do pagamento de dívidas do município do Rio de Janeiro em relação ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) e à União ⁽⁶¹⁾, e três estados obtiveram autorização para redirecionar recursos recuperados por operações contra a corrupção para o combate à pandemia ⁽⁶²⁾.

6. DESIGUALDADES E ATENÇÃO AOS GRUPOS VULNERÁVEIS

Um estudo sobre as regiões que compõem o sistema de saúde descentralizado constatou que, em mais de um quarto das regiões verificadas, não havia UTI, existindo grandes vazios de cobertura nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ⁽⁶³⁾. No início da crise, houve discussões sobre a gestão de filas para obtenção de leitos em UTI. Uma primeira proposta foi a de instituir uma fila única geral, administrada pelo poder público, abrangendo vagas públicas e privadas; outra proposta foi a de uma fila única parcial abarcando as vagas públicas e as vagas excedentes do setor privado. Considerando a descoordenação entre saúde pública e privada, tais medidas têm sido tidas como insuficientes ⁽⁶⁴⁾.

Um problema frequentemente apontado (inclusive com investigações e até processos judiciais em andamento) diz respeito aos hospitais de campanha criados para atender os pacientes contaminados pela COVID-19, visto que em alguns existem suspeitas e acusações de corrupção, desperdício e má gestão dos recursos, sendo que em determinados casos tais hospitais sequer chegaram a funcionar ⁽⁶⁵⁾.

No que diz respeito aos grupos tidos como vulneráveis, é certo que crianças e adolescentes estão menos expostos à COVID-19 em comparação aos adultos e idosos, no entanto, os efeitos do isolamento social afetam fortemente esse grupo, em especial nos domicílios mais pobres. As famílias, além de terem suas rendas afetadas, sofrem com a suspensão do acesso à escola e à merenda escolar. Por isso, dentre outras medidas, foi recomendada a continuidade da oferta de merenda escolar, o cumprimento do calendário de imunizações e o fortalecimento dos conselhos tutelares ⁽⁶⁶⁾. A concretização de tais medidas tem sido igualmente marcada pela falta de coordenação nacional e pela adoção de medidas isoladas dos entes federados.

É de se referir também a vulnerabilidade das pessoas sem moradia ou que moram em condições precárias, como ocorre nas favelas, além da tendência de maior sobrecarga para as mulheres e em relação à população negra e parda, bom como do aumento de denúncias relativas à violência doméstica contra mulheres durante a pandemia ⁽²⁶⁾, tudo isso a demonstrar a necessidade de uma cooperação interfederativa que supera os limites do setor da saúde.

Com relação às pessoas vulneráveis, em função de pertencerem ao grupo de risco (idade avançada, pessoas com doenças crônicas, comorbidades, etc.), a pandemia tem sido também mais impactante no Brasil, levando-se em conta a projeção de que, em 2020, 14,26% da população

tenha 60 anos ou mais⁽⁶⁷⁾ e também a estimativa de que, em 2023, cerca de 33,5% dos adultos tenha pelo menos uma das doenças crônicas associadas a fatores de risco para a COVID-19⁽⁶⁸⁾. Em caso no qual o município restringiu a circulação de pessoas com mais de 60 anos de idade, a posição no STF foi: (i) pela necessidade de ações coordenadas, (ii) pela necessidade de recomendação técnica da Anvisa, (iii) de que a legislação do Estado e da União apenas apontavam que se devia restringir a circulação a atividades essenciais⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

Outro problema a ser destacado é o da vulnerabilidade da população carcerária, incluindo presos, mas também os servidores civis e militares atuantes nos presídios e mesmo familiares quando da visitação. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) expediu a recomendação nº 62 aos Tribunais e Juízes brasileiros⁽⁷¹⁾. No STF, com base na recomendação, há uma série de demandas relativas a pedidos de prisão domiciliar e de revogação de prisões de caráter cautelar, dependendo da análise concreta e da resposta afirmativa ou negativa das especificidades dos casos concretos⁽⁷²⁻⁷⁵⁾.

A proteção das comunidades indígenas também tem sido alvo de preocupação, tanto é que o STF determinou que a União elabore e monitore um plano de enfrentamento da COVID-19 para os povos indígenas, criando também uma Sala de Situação, que já tinha sido prevista na Portaria Conjunta 4.094/2018 do Ministério da Saúde e da Funai; note-se que as duas medidas devem contar com a participação da população indígena e de outras instituições⁽⁷⁶⁾.

Elementos centrais da decisão foram: (1) precaução e prevenção, protegendo vida e saúde; (2) diálogo institucional entre Judiciário e Executivo; (3) diálogo intercultural, em respeito às necessidades dos indígenas e seu direito de voz.

Outrossim, destacou-se a limitação da capacidade institucional do STF para resolver de modo eficaz o problema, sendo apontada a necessidade de mobilização de diferentes instituições e órgãos do poder público, a exemplo das Forças Armadas e do Ministério da Saúde⁽⁷⁶⁾.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante no exercício de competências para atender respectivamente aos interesses nacional (geral), regional ou local que o correspondente ente federado justifique tecnicamente e com elementos objetivos, na medida e em conexão com tais necessidades, e não impeça os demais no exercício de suas atribuições. A justificativa também é dirigida ao setor privado e aos indivíduos, favorecendo a adesão. Contradições entre decretos de membros da federação são, por isso, um problema significativo e sinal de *deficit* de cooperação.

Há um dever de cooperação não apenas entre os entes federados (municípios, estados, Distrito Federal e União), mas também entre os três Poderes, alcançando inclusive a sociedade. No contexto da pandemia, se a determinação de um ente federado é fundada tecnicamente, será muito difícil que o judiciário possa justificar uma exceção. No STF,

por vezes, transparece posição mais favorável à centralização. Em alguns momentos, em que requer pronunciamento técnico da Anvisa, talvez fosse o mais apropriado requerer o pronunciamento técnico do órgão de vigilância sanitária estadual.

O pronunciamento no STF contra requisições de um membro da federação que afeta bens dos demais e a desnecessidade de aval do Ministério da Saúde para medidas restritivas põe claros limites ao exercício do poder. Isso não contradiz a possível viabilidade de uma solução conjunta de compras, delineada de forma colaborativa entre os entes.

Com relação à atuação no âmbito da União, os indícios são de uma coordenação deficiente e de uma postura conflitiva, que compromete tanto a atuação alinhada entre os demais entes como a possibilidade de diálogo. Isso ocorre, por exemplo, na falta da coordenação nacional em uma política de testagem consistente para o diagnóstico da COVID-19. Igualmente, na falta de coordenação dos planos estaduais de flexibilização. A possibilidade de medidas contraditórias entre municípios e estados tende a enfraquecer a possibilidade de mobilizar esforços necessários para evitar contágios.

A definição de situações de violência a vulneráveis e a garantia do abastecimento como atividade essencial trazem a evidência de interesse nacional.

Persistem desigualdades regionais a serem combatidas pela União e pelos estados. Por parte da União, em especial, espera-se uma postura fomentadora da colaboração e do diálogo.

Indícios apontam que os estados responderam à crise com rigidez que correspondeu à sua estrutura de saúde. Formaram órgãos de gestão da crise com grande heterogeneidade de composições se comparados entre si. Formalização, inclusão dos setores afetados, inclusão de municípios e inclusão da sociedade – e até mesmo diálogo com os conselhos de saúde – são o formato mais compatível com a federação brasileira e os princípios do SUS. Nesse tópico, a atuação do Ministério da Saúde era necessária. No que se refere à flexibilização, alguns estados não possuíam planos formalizados, o que configura um *deficit* considerável.

A tendência verificada foi de que os municípios organizaram ações em diferentes articulações de setores, conforme as necessidades e recursos locais. Os estados apenas podem delimitar alguns marcos de harmonia, com relação aos municípios do seu território. Com uma fraca coordenação nacional, permanece a variação entre estados.

Os municípios podem regular atividades essenciais e impor algum limite às atividades reconhecidas por outro ente, desde que justifiquem tecnicamente a presença de seu interesse local e não inviabilizem ou desconfigurem o exercício das atribuições dos demais entes.

REFERÊNCIAS

1. Rovira EA. Federalismo y cooperacion en La Republica Federal Alemana. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1986.
2. Camargo A. Federalismo cooperativo e o princípio da subsidiariedade: notas sobre a experiência do Brasil e da Alemanha. In: Hofmeister W, Careneiro JM, organizadores. Federalismo na Alemanha e no Brasil. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer; 2001. (Série Debates. n. 22. vol. I). p. 69-94.
3. Weichert M. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2004.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 set 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
5. Bercovici G; Siqueira Neto JF. O debate sobre a repartição de competências Federativas no Brasil. In: Tavares AR, et. al. Federalismo no Brasil: Limites da Competência Legislativa e Administrativa. Distrito Federal: Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL); 2009. Relatório. (Série Pensando o Direito: Federalismo. n. 13.). p. 25-30.
6. Barroso LR. Saneamento Básico: competências constitucionais da união, estados e municípios. Revista Interesse Público. 2002;14:28-47.
7. Brasil. Presidência da República. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 set 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União [Internet]. 31 dez 1990 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.
9. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. 29 jun 2011 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.

10. Brasil. Portaria 545, de 20 de maio de 1993 (Norma Operacional Básica – SUS 01/93). Ministério da Saúde. [acesso 2020 set 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB, CIT. Plataforma Renast Online [Internet]. [acesso 2020 set 14]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>.
12. Figueiredo MF. Direito à Saúde. 6. ed. Salvador: Editora Juspodivm; 2019.
13. Figueiredo MF. O Sistema Único de Saúde e o Princípio da Sustentabilidade: Interconexões e Perspectivas acerca da Proteção Constitucional da Saúde [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.
14. Dourado DA, Elias PE. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso 2020 set 16];45(1):204-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>. p. 204-211.
15. Gadelha CA, et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 [acesso 2020 set 16];16(6):3003-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>.
16. Grabois V. Gestão Do Cuidado. In: Gondim R, Bomfim RL, Grabois V, organizadores. Qualificação de Gestores do SUS [Internet]. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz/MS; 2011 [acesso 2020 set 16]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf.
17. Rios OO. Análise Situacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador de Âmbito Estadual e Nacional (2012-2013) [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14204/1/ve_Olga_de_Oliveira_ENSP_2014.
18. Lenir S. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):2043-50. doi: <https://doi.org/10.1590/141381232018236.06082018>.
19. Ito NC, Pongeluppe LS. O surto da COVID-19 e as respostas da administração municipal: munificência de recursos, vulnerabilidade social e eficácia de ações públicas. Rev Adm Pública [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 24];54(4):782-838. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/pt_1982-3134-rap-54-04-782.pdf.
20. Brasil. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020 [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 set 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm.

21. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):678-96. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323>.
22. Moraes RF. COVID-19 e Medidas Legais de Distanciamento Social: Tipologia de Políticas Estaduais e Análise do Período de 13 a 26 de abril de 2020 [Internet]. Nota Técnica 18. Dinte. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200429_nt18_covid-19.pdf.
23. Moraes RF, Silva LL, Toscano CM. Covid-19 e Medidas de Distanciamento Social no Brasil: Análise Comparativa dos Planos Estaduais de Flexibilização [Internet]. Nota Técnica 25. Dinte. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200807_nt_dinte_n%C2%BA_25_web.pdf.
24. Linhares PT, Ramos TQ, Messenberg RP, Inovação Institucional na Coordenação Federativa para o Enfrentamento e Saída do Surto de Covid-19 [Internet]. Nota Técnica 41. Diest. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 set 26]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200806_nt_41_diest.pdf.
25. Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e240. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2).
26. Pires RR. Os Efeitos sobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados das Medidas de Enfrentamento à Crise Sanitária da COVID-19: Propostas para o Aperfeiçoamento da Ação Pública [Internet]. Nota Técnica 33. Diest. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_notatcnica_diest.pdf.
27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.
28. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341 MC-Ref/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 15.04.2020 (ADI-6341). In: Informativo 973. Data de divulgação: 23 abril 2020.
29. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6343 MC-Ref/DF. Relator Original: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Alexandre de Moraes, julgamento em 6.5.2020 (ADI-6343). In: Informativo 976. Data de divulgação: 13 maio 2020.

30. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672 Distrito Federal (DF). Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Requerente: Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Interessado: Presidente da República. Decisão de 9 abr 2020, publicada no DJe em 15 abr 2020.
31. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Reclamação (RCL) 39.871 Distrito Federal (DF). Relator: Ministro Roberto Barroso. Reclamante: União. Reclamado: Juiz Federal da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária do Estado do Amazonas e Relator do AI 100836475.2020.4.01.0000 no Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Decisão de 7 abr 2020, publicada no DJe em 14 abr 2020.
32. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Reclamação (RCL) 39.871 Distrito Federal (DF). Relator: Ministro Roberto Barroso. Reclamante: União. Reclamado: Juiz Federal da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária do Estado do Amazonas e Relator do AI 1008364-75.2020.4.01.0000 no Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Decisão de 7 abr 2020, publicada no DJe em 14 abr 2020.
33. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Liminar (SL) 1.315 Paraná (PR). Presidente: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Umuarama. Requerido: Relator de HC no TJ/PR. Decisão de 17 abr 2020, publicada no DJe em 22 abr 2020.
34. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Liminar (SL) 1.320 Minas Gerais (MG). Presidente: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Salinas. Requerido: Relatora em plantão de HC no TJ/MG. Interessado: MP/MG. Decisão de 28 abr 2020, publicada no DJe em 30 abr 2020.
35. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Tutela Provisória (STP) 296 Tocantins (TO). Presidente: Ministro Luiz Fux. Requerente: Município de Palmas. Requerido: relatora de AI no TJ/TO. Decisão de 26 maio 2020, publicada no DJe em 27 maio 2020.
36. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Provisória (STP) 172 Bahia (BA). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Estado da Bahia. Requerido: Corregedora Regional da Justiça Federal da 1ª Região, no Exercício do Plantão Judicial. Interessado: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Decisão de 8 abr 2020, publicada no DJe em 14 abr 2020.
37. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Provisória (STP) 173 Maranhão (MA). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Estado do Maranhão. Requerido: Corregedora Regional da Justiça Federal da 1ª Região, no Exercício do Plantão Judicial. Interessado: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outro. Decisão de 10 abr 2020, publicada no DJe em 15 abr 2020.

38. Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Suspensão de Segurança (SS) 5.364 Rio de Janeiro (RJ). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Niterói. Requerido: os relatores de mandados de segurança do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro n. 001955163.2020.8.19.0000 e n. 0018985-17.2020.8.19.0000. Decisão de 17 abr 2020, publicada no DJe em: 20 abr 2020.
39. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança (SS) 5.370 Rio Grande do Sul (RS). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Santa Cruz do Sul. Requerido: o Relator de AI no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Decisão de 22 abr 2020, publicada no DJe em 28 abr 2020.
40. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança (SS) 5.371 Amapá (AP). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Macapá. Requerido: o Relator de MS no Tribunal de Justiça do Estado do Macapá. Decisão de 29 abr 2020, publicada no DJe em 6 maio 2020.
41. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Segurança (SS) 5.403 São Paulo (SP). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Relator do MS 2127817-18.2020.8.26.0000 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Interessados: Município de Marília e Governo do Estado de São Paulo. Decisão de 24 jun 2020, publicada no DJe em 25 jun 2020.
42. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Provisória (STP) 442 Minas Gerais (MG). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Sete Lagos. Requerido: Relator do AI 1.0000.20.075756-5/001 do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Decisão de 9 jul 2020, publicada no DJe em 10 jul 2020.
43. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança (SS) 5.369 São Paulo (SP). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Jundiaí. Requerido: Relator do AI 2056221-71.2020.8.26.0000 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Decisão de 17 abr 2020, publicada no DJe em 22 abr 2020.
44. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Reclamação (RCL) 40.342 Paraná (PR). Relator: Ministro Edson Fachin. Reclamante: Município de Londrina. Reclamado: Relatora do AI 0019324-57.2020.8.16.0000 do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Decisão de 1 maio 2020, publicada no DJe em 6 maio 2020.
45. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Segurança (SS) 5.394 Piauí (PI). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Terezinha. Requerido: Relator do AI 0751430-74.2020.8.18.0140 do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí. Decisão de 4 jun 2020, publicada no DJe em 5 jun 2020.

46. Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Suspensão de Tutela Provisória (STP) 282 Pará. Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Belém. Requerido: Relatora do AI 0804350-36.2020.8.14.0000 do Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Decisão de 25 maio 2020, publicada no DJe em 26 maio 2020.
47. Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Medida Cautelar na Suspensão de Segurança (SS) 5.377 São Paulo (SP). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Decisão de 6 maio 2020, publicada no DJe em 11 maio 2020.
48. Brasil. Presidência da República. Decreto Federal 10.344, de 08 de maio de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais [Internet]. 11 maio 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10344.htm#art1.
49. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Segurança (SS) 5.402 São Paulo (SP). Relator: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de São José do Rio Preto. Requerido: Relator do AI 2114282-22.2020.8.26.0000 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Decisão de 24 jun 2020, publicada no DJe em 25 jun 2020.
50. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6357 MC-Ref/DF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes, julgamento em 13 maio 2020 (ADI-6357). In: Informativo 977. Data de divulgação 21 maio 2020.
51. Couto LF. A Crise do COVID-19, Regras Orçamentárias e suas Interpretações: mudanças necessárias? Nota Técnica 28. Diest. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020. [acesso 2020 set 30]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200403_nt28_a_crise_covid.pdf.
52. Brasil. Emenda Constitucional nº 106, de 07 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia [Internet]. 8 maio 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm.
53. Fernandes GA, Pereira BL. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):595-613. doi: <https://doi.org/10.1590/0034761220200290>.
54. Nobre ES, Aguiar SC. Lei nº 13.979/2020 e o regime emergencial da dispensa de licitação do coronavírus. *Rev Controle*. 2020;18(2):77-108. doi: <https://doi.org/10.32586/rcda.v18i2.631>.
55. Fiuza EP, et al. Revisão do Arranjo das Compras Públicas para um Contexto de Crise [Internet]. Nota Técnica 68. Diset. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020. [acesso

- 2020 out 01]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10088/1/NT_68_Diset_Revisao%20do%20Arranjo%20das%20Compras%20Publicas%20a%20Partir%20de%20um%20Contexto%20de%20Crise.pdf.
56. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tutela Provisória na Ação Cível Originária (ACO) 3.385 Maranhão (MA). Relator: Ministro Celso de Mello. Autor: Estado do Maranhão. Réus: União e Intermed Equipament Medico Hospitalar LTDA. Decisão de 22 abr 2020, publicada no DJe em: 24 abr 2020.
 57. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Referendo na Medida Cautelar na Ação Cível Originária (ACO) 3.393 Mato Grosso (MT). Relator: Ministro Roberto Barroso. Autor: Estado de Mato Grosso. Réu: União e Magnamed Tecnologia Médica S/A. Decisão de 22 jun 2020, publicada no DJe em: 30 jun 2020.
 58. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Cível Originária (ACO) 3.398 Rondônia (RO). Relator: Ministro Roberto Barroso. Autor: Estado de Rondônia. Réu: União e Magnamed Tecnologia Médica S/A. Decisão de 22 jun 2020, publicada no DJe em: 23 jun 2020.
 59. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Segurança (SS) 5.382 Piauí (PI). Relator: Min. Dias Toffoli. Requerente: Estado do Piauí. Requerido Relator do AI 1013585-39.2020.4.01.0000 do Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Interessado: União e outros. Decisão de: 21 maio 2020, publicada no DJe em 22 maio 2020.
 60. Fiuza EP, et al. Compras Públicas Centralizadas em Situações de Emergência e Calamidade Pública [Internet]. Texto para Discussão 2575. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2575.pdf.
 61. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tutela Provisória na Petição (PET) 8.743 Rio de Janeiro (RJ). Relator: Ministro Luiz Fux. Requerente: Município do Rio de Janeiro. Requerido: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) e União. Decisão de: 2 abr .2020, publicada no DJe em 7 abr 2020.
 62. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 568 Paraná (PR). Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Decisão de 14 maio 2020, publicada no DJe em 15 maio 2020.
 63. Portela MC, et al. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19 [Internet]. Nota Técnica 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42249/2/nt_2_portela_et_al_regioes_de_saude_e_a_capacidade_instalada_de_leitos_de_uti_e_equipamentos_na_covid-19.pdf.

64. Marinho A. A proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis [Internet]. Nota técnica 65. Diset. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200521_nt_65_diset.pdf.
65. Estadão Conteúdo. Hospitais de campanha já vivem impasse. Estado de Minas Nacional [Internet]. 9 set 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/09/09/interna_nacional,1183787/hospitais-de-campanha-ja-vivem-impasse.shtml.
66. Silva ER, Oliveira VR. Proteção de Crianças e Adolescentes no Contexto da Pandemia da COVID-19: Consequências e Medidas Necessárias para o Enfrentamento. Nota Técnica 70. Disoc. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200522_nt_disoc_n_70.pdf.
67. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população. Projeção da população por sexo e idade, em 1º de julho - 2010/2060. Revisão 2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Tabelas. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
68. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19: indicadores oferecem dados sobre grupos de risco. Canal Saúde [Internet]. 29 abr 2020 [acesso 2020 out13]. Disponível: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/covid-19-indicadores-oferecem-dados-sobre-grupos-de-risco29042020>.
69. Brasil. Supremo Tribunal Federa. Suspensão de Liminar (SL) 1.309 São Paulo (SP). Presidente: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de São Bernardo do Campo. Requerido Relator de AI no TJ/SP. Interessando MP/SP. Decisão de 1 abr 2020, publicada no DJe em 6 abr 2020.
70. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Provisória (STP) 175 São Paulo (SP). Presidente: Ministro Dias Toffoli. Requerente: Município de Santo André. Requerido: TJ/SP. Beneficiário: MP/SP. Decisão de 15 abr 2020, publicada no DJe em 20 abr 2020.
71. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 62, de 17 de março 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Diário da Justiça Eletrônico [Internet]. 17 mar 2020 [acesso 2020 set 29]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>.

72. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental na Ação Penal (AP) 996. Relator: Ministro Edson Fachin. Decisão de 8 jun 2020, publicada no DJe em 10 jun 2020.
73. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Extradicação 1.270 Distrito Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. Redator do Acórdão: Min. Roberto Barroso. Decisão de 26 maio 2020, publicada no DJe em 28 maio 2020.
74. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Extradicação 1.601 Distrito Federal (DF). Relator: Ministro Gilmar Mendes. Decisão de 1 abr 2020, publicada no DJe em 2 abr 2020.
75. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar no Habeas Corpus 182.596 Espírito Santo (ES). Relator: Ministro Gilmar Mendes. Decisão de 24 mar 2020, publicada no DJe em 26 mar 2020.
76. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADPF 709 Ref-MC/DF. Relator: Ministro Roberto Barroso, julgamento em 3 e 5 ago 2020. (ADPF-709). In: Informativo 985. Data de divulgação 13 ago 2020.

COVID-19: DESEMPENHO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL E AÇÃO INTERSETORIAL NA SAÚDE

Alethele de Oliveira Santos¹
Juliane Aparecida Alves²
Leonardo Moura Vilela³
José Carlos Suarez Herrera⁴

RESUMO: A partir da premissa de que são imprescindíveis o acompanhamento e a avaliação do conjunto de proposições legislativas capazes de afetar a grande área da saúde, foi realizada uma análise documental e de conteúdo, por meio da abordagem qualitativa, de dados públicos obtidos do portal eletrônico da Câmara dos Deputados. Foram observadas, como influenciadoras da saúde pública, as proposições que contivessem descritores como ‘COVID’ ou ‘pandemia’. Os principais resultados são a evidência de uma notável inflação legislativa e a falta de uma abordagem intersetorial nos processos legislativos de saúde para relacioná-los – de forma ampla, global e solidária – com os setores de saúde, político e econômico, conforme proposto pelos princípios da diplomacia da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Saúde Global. Legislação em saúde como assunto. Ação intersetorial.

1 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Responsável pela concepção, projeto, análise, interpretação dos dados e redação. Não há conflito de interesses. <https://orcid.org/0000-0001-7952-6408>. alethele.santos@conass.org.br.

2 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Fundação Oswaldo Cruz. Brasília. Responsável pela captura, organização, garantia da exatidão, integridade e elaboração de figuras didáticas. Não há conflito de interesses. juliane.alves@conass.org.br.

3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Universidade Federal de Goiás. Responsável pela análise de dados e redação. Não há conflito de interesses. leonardo.vilela@conass.org.br.

4 KEDGE Business School. Marselha. Responsável pela revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Não há conflito de interesses. França. jose-carlos.suarez-herrera@kedgebs.com.



I. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, o mundo foi surpreendido pela detecção de um novo tipo de coronavírus, inicialmente na região de Wuhan, na China. Denominado SARS-CoV-2, é o causador da COVID-19, em referência ao ano em que foi identificado⁽¹⁾. Da China, o vírus rapidamente espalhou-se pelo continente asiático e para a Europa, tendo inicialmente a Itália como epicentro para, depois, expandir-se pela Espanha, França e Reino Unido, em magnitude diversa, além de outros países europeus, quando observado desde seu início⁽²⁾.

Países como Rússia, Turquia e África do Sul também foram afetados e, com o vírus se dispersando por todo o planeta, na América do Norte, os Estados Unidos foram fortemente atingidos, conforme considerado por Fauci et al., em seu editorial ‘COVID-19 – navegando pelo desconhecido’, quando afirmaram que a eficiência da transmissão exigia que o mundo e os americanos estivessem preparados para mudar da contenção para a mitigação⁽³⁾.

Desde os primeiros momentos da sua detecção, tem havido grande esforço dos cientistas na busca de tratamentos e vacinas eficazes ao combate da doença. Vários medicamentos já conhecidos, como antivirais, antiparasitários, anticoagulantes, anti-inflamatórios e outros, são testados, configurando extensa lista; e, até o momento, os resultados são controversos e/ou pouco significativos. Outra linha de pesquisa é o desenvolvimento de vacinas contra o SARS-CoV-2. Várias instituições públicas e privadas, no mundo inteiro, desenvolvem pesquisas utilizando as mais diversas técnicas para a produção de uma vacina eficaz. Algumas dessas pesquisas já estão em fase avançada, incluindo os testes em seres humanos⁽³⁾.

Enquanto não estão disponíveis medicamentos e vacinas eficazes, medidas de prevenção, contenção, diagnóstico e mitigação têm sido aplicadas, com diferentes graus de sucesso, em

múltiplos países asiáticos, europeus e americanos. Entre elas, notam-se denominadores comuns entre as pandemias pregressas: (i) monitoramento dos dados de contágio, desde os tempos da correspondência postal e dos telégrafos, nos diferentes países; (ii) informação à população acerca dos cuidados profiláticos, distanciamento e uso seguro de medicamentos; (iii) planejamento das ações e padronização das fiscalizações; (iv) proteção às camadas vulneráveis da população; (v) adoção de estratégias de minimização dos impactos e da letalidade; (vi) combate à discriminação e estigmatização dos adoecidos; com ênfase para a (vii) produção de normas jurídicas específicas, entre outros ⁽⁴⁾.

Os primeiros meses do ano 2020 revelaram que Itália, Espanha, Bélgica, França e Reino Unido adotaram uma abordagem que gerou atrasos na ação governamental, tanto em termos de testes como de medidas de controle. O resultado foi um elevado número de mortes – em relação à sua população – entre pessoas em risco, tais como idosos, doentes crônicos e pessoas imunodeficientes, que foram afastadas das instalações hospitalares por falta de leitos. Esse parece ser o mesmo caminho que os Estados Unidos seguiram inicialmente ⁽⁵⁾.

Outro grupo de países parece ter encontrado uma via intermediária. Singapura, Hong Kong, Japão, Alemanha, Nova Zelândia, Noruega, Islândia, Dinamarca, Finlândia, Taiwan e Coreia do Sul demonstraram um êxito notável na luta contra a pandemia com a adoção de medidas relativas de confinamento social e de vigilância dos cidadãos. A Coreia do Sul abrandou significativamente a propagação do vírus, e Singapura, Hong Kong e Taiwan conseguiram, em primeiro lugar, evitar um surto maciço. Até hoje, estes últimos têm um número baixo de mortes de COVID-19 ⁽⁵⁾.

No terceiro trimestre do ano 2020, observa-se que os países retomam as medidas preventivas, em maior ou menor medida, em relação àquelas dos meses iniciais. Dentre as diversas medidas de prevenção levadas a cabo por esses países, destaca-se o distanciamento social, mais tarde referido justificadamente como distanciamento físico. O objetivo da medida é evitar que a população infectada concomitantemente sobrecarregue as unidades hospitalares e, com isso, haja colapso dos sistemas de saúde ⁽⁶⁾.

2. A COVID-19 NO CONTEXTO BRASILEIRO

Na América Latina, é o Brasil que apresenta hodiernamente, em números absolutos, o maior número de casos e mortes. O primeiro caso da COVID-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020; e o primeiro óbito, em 15 de março. A identificação do primeiro paciente infectado deu-se pela saúde suplementar, ocasião em que o Sistema Único de Saúde (SUS), subfinanciado há tempos e em constante luta política pela sobrevivência, já havia entrado em disputa no mercado concorrencial global, em defesa da saúde dos brasileiros, com uma estratégia inicial de compras centralizadas por parte do ente federal ⁽⁷⁾.

Em maio de 2020, a previsão de duplicação da taxa de mortalidade era estimada em apenas cinco dias, e um estudo do Imperial College (Londres, Reino Unido), que analisou a taxa de transmissão ativa da COVID-19 em 48 países, mostrou que o Brasil era, naquele momento, o país com a taxa de transmissão mais elevada (R_0 de 2,81), ainda que de variação diária⁽⁸⁾.

O baixo número de pessoas testadas faz inferir possível (e elevada) subnotificação de casos e óbitos e impede a execução de inquéritos epidemiológicos que poderiam conhecer a situação real, em tempo oportuno, para prever o comportamento da pandemia e planejar com maior precisão seu enfrentamento⁽⁸⁾. Enquanto o teste para a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (RT-PCR sigla em inglês) identifica a presença do vírus no organismo, usando secreção nasal e de orofaringe, o teste sorológico identifica a presença de anticorpos produzidos pelo organismo contra o vírus, indicando infecção recente (IgM) ou antiga (IgG)⁽⁹⁾. A aquisição, distribuição e utilização de ambos também se revela um problema de reverberação nacional^(10,7).

Acerca das medidas de contingência, a Suprema Corte reconheceu aos entes municipal, estadual e distrital competência para a adoção ou manutenção de medidas restritivas durante a pandemia da COVID-19 (distanciamento físico; suspensão de atividades de ensino; restrições de comércio, atividades culturais e circulação de pessoas, entre outras), no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672, proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) contra atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados durante a crise de saúde pública decorrente da pandemia⁽¹¹⁾.

De um ponto de vista assistencial, observa-se, nacionalmente, um destaque para o esforço de ampliação do número de leitos de internação em enfermarias e em unidades de terapia intensiva (UTI), devidamente equipados, por parte dos entes subnacionais. Nesse âmbito, importa explicitar que considerar exclusivamente os leitos habilitados pelo Ministério da Saúde para Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG)/COVID-19⁽⁶⁾ é absolutamente inadequado e insuficiente. Também há leitos disponibilizados para tal fim pelos entes subnacionais – em unidades hospitalares próprias, ‘contratualizadas’ e de campanha –, quando observada a informação das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, individual ou conjuntamente, e que não contam, temporária ou definitivamente, com o aporte de custeio federal⁽¹²⁾.

Convém ressaltar que as realidades sanitárias são distintas no Brasil, o que também se aplica à oferta de leitos hospitalares. Há assimetria entre estados e em municípios de um mesmo território estadual e que pode estar relacionada com: o binômio oferta/demanda; a alocação e a fixação de profissionais especialistas; os condicionantes e os determinantes de saúde; o cenário epidemiológico; os indicadores próprios dos níveis de atenção à saúde, entre outros – requerendo análise minuciosa e especializada para fins da aplicação de metodologias avaliativas. Com o intuito de contribuir com a gestão estadual do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) disponibilizou, em seu portal, o painel ‘Leitos SRAG/UTI – COVID 19 – Monitoramento de Habilitações’, para servir de monitoramento dos processos de habilitação/desabilitação dos

leitos de UTI, pelo Ministério da Saúde, com vistas a facilitar os controles exercidos pelos entes subnacionais, em especial as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), com informes gerenciais que permitissem adequações municipais, regionais ou macrorregionais no âmbito de cada território estadual, no suprimento das necessidades impostas pela COVID-19, além de outras informações constantes do Portal⁽¹³⁾.

Ainda em sede de grandes dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde, estão a escassez e o alto preço de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e equipamentos de proteção individual (EPI), estes últimos a serem destinados especialmente aos trabalhadores de saúde. Na medida em que há disputa global pelos itens, além de caracterizar dependência mundial da produção de países como a China e a Índia, o atraso e a ruptura dos contratos são regra, observada tanto nos esforços de compras centralizadas pelo ente federal, e mais ainda nos esforços aplicados pelos entes subnacionais^(14,7).

Ao rol de dificuldades, soma-se o número insuficiente de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, que, por vezes, são afastados do trabalho em decorrência da infecção pelo vírus, ensejando iniciativas de substituição da força de trabalho⁽⁷⁾.

As medidas adotadas pelas autoridades sanitárias brasileiras referem-se ao distanciamento físico (popularmente conhecido como “distanciamento social”) e à quarentena (também conhecida como confinamento), ambos utilizados em maior ou menor grau pelos países onde o vírus foi detectado⁽⁴⁾ desde dezembro de 2019.

Cabe explicitar que “quarentena” consiste em um período em que pessoas saudáveis, mas que estiveram expostas a uma doença transmissível, seja por contato com um doente, seja por estarem em regiões de surtos epidêmicos, têm sua liberdade de trânsito limitada, o que também pode ser expandido aos animais. O “distanciamento social” é uma medida destinada a manter regulado o fluxo de pessoas, especialmente no trânsito entre países, com o objetivo de reduzir a propagação de determinada doença, e o “distanciamento físico” é a distância necessária entre pessoas presentes em um mesmo local, como medida de segurança. A adoção de medidas desse tipo é essencial para evitar o aumento do número de pessoas infectadas e a necessidade de internações na tentativa de mitigar a sobrecarga no sistema de saúde.

Como consequência do fechamento de atividades ‘não essenciais’ e das restrições da circulação social de pessoas, em diferentes graus, advém a indiscutível alteração de cenários na atividade econômica. A conversão da informalidade em desemprego e a queda do rendimento formal das famílias impuseram ao Estado Brasileiro a adoção de diferentes medidas. Houve a criação de um auxílio emergencial, iniciado em maio e cuja vigência, em outubro de 2020, encontra-se em debate, usufruído por milhões de pessoas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Também foi aprovado socorro financeiro a estados e municípios para compensar a queda da arrecadação de impostos, sendo que tal proposição, aprovada pelo Congresso Nacional aos 6 de maio de 2020, foi convertida em Lei Complementar nº 173, por sanção presidencial ocorrida aos 27 dias do mesmo mês⁽¹⁷⁾.

Sobre o Brasil, os comentários em destaque em periódicos de circulação mundial guardam relação com comportamentos divergentes de autoridades da República em relação às melhores evidências⁽¹⁸⁾.

O cenário nacional destaca contornos complexos. Não bastassem as crises sanitária, social e econômica, concomitantes e indissociáveis, observou-se um cenário de esgarçamento das relações institucionais, para o qual a mídia revelou confronto entre os poderes executivo federal e estadual, na discussão sobre a adequação do uso, ou não, da cloroquina e da hidroxicloroquina nas fases mais precoces da COVID-19, além de outros tantos entreveros de ordem político-partidária.

Em menos de 30 dias, dois ministros da saúde foram exonerados de suas funções: Luiz Henrique Mandetta, aos 16 de abril de 2020, e Néelson Teich, aos 15 de maio, em menos de um mês contado de sua posse. Nessa data, é Ministro Interino da Saúde o General Eduardo Pazuello e, com ele, há dezenas de militares de diferentes patentes em cargos estratégicos da gestão federal do SUS, denotando quadro funcional ainda não observado após o advento do atual período democrático. Ainda em sede de exonerações, acerca de gestores estaduais do SUS, considerado o lapso temporal compreendido entre o início do atual governo (janeiro de 2019) e a data de 30 de setembro de 2020, 25 titulares das secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal foram exonerados, sendo 14 dessas exonerações observadas desde o início da pandemia em território nacional⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Infere-se que situação semelhante deve existir no cenário da gestão municipal do SUS, cujas indicações e afastamento dos interessados à disputa por cargos públicos eletivos municipais, a ocorrer em novembro de 2020, colaboram com o desligamento de gestores de saúde. A compreensão acerca da inconstância na gestão do SUS, em especial durante a crise sanitária da COVID-19, requer pesquisa e análise mais aprofundada para a explicitação e entendimento de seus motivos.

A severidade do quadro nacional imposto pela pandemia, que ultrapassou 5 milhões de infectados e mais de 150 mil óbitos acumulados – em outubro de 2020, exigiu embates acerca da transparência de dados, mesmo a despeito da subnotificação e atraso na comunicação dos casos, em que pese reconhecer que a pandemia ainda se apresenta em curva ascendente, quer para os casos positivos, quer para os óbitos⁽¹³⁾.

Nesse quadro complexo da realidade nacional, o Poder Legislativo federal está envolvido nos dilemas sanitários, econômicos e político-partidários. O denominado Congresso Nacional Brasileiro (CN) é bicameral, composto pelo Senado da República (SR), que representa os estados, cada qual com três senadores, e a Câmara dos Deputados (CD), com representação proporcional à população de cada estado, guardado o número mínimo de oito e o máximo de 70 parlamentares, que é a bancada de São Paulo, o estado mais populoso⁽²²⁾.

Desde março, o CN adotou medidas *interna corporis* de distanciamento físico que levaram à redução de suas atividades presenciais e do fluxo de pessoas, passando a realizar boa parte

de suas ações remotamente, por meio de videoconferência. A primeira votação virtual do SR ocorreu aos 20 de março de 2020, quando os senadores aprovaram, por unanimidade, o decreto legislativo que reconheceu o estado de calamidade pública nacional. Foi a primeira votação do tipo em 196 anos de história da Casa Legislativa ⁽²³⁾.

Importa destacar que, mesmo mencionada a bicameralidade do legislativo federal brasileiro, o presente ensaio detém-se à produção legislativa da CD, por guardar proporcionalidade representativa populacional com os territórios estaduais. Naquela casa parlamentar, mesmo com os congressistas em quarentena, houve a apresentação de quantidade expressiva de proposições legislativas desde o início da legislatura de 2020. Segundo dados coletados para a elaboração do presente texto, até o dia 1º de setembro de 2020, foram apresentadas, pelos deputados federais, 1.914 sobre o tema ‘saúde’ relacionadas com a pandemia do novo coronavírus.

As lições de Santos et al. ⁽²⁴⁻²⁶⁾ revelam que as leis e os projetos de lei não são suficientemente considerados como intervenção no campo da saúde, em que pese guardarem complexidade suficiente para tal, na medida em que se traduzem em expectativa ou determinação de mudança de um quadro atual do estado de coisas:

Na busca por compreender o impacto da legislação em saúde na política pública buscou-se por doutrina e pesquisas avaliativas sobre o tema. No entanto, é de se espantar que nos processos avaliativos em saúde no Brasil não houve indicação de que a lei tenha sido tomada como intervenção. As leis, com imposições de diferentes naturezas, podem alterar o curso da política pública de saúde no Brasil, promovendo alterações sociais de maior ou menor impacto, e ainda assim, não são avaliadas ⁽²³⁾.

Para Leavitt ⁽²⁷⁾, o que precede uma pandemia ganha tons alarmistas, e o que sucede, é tido como inadequado; é a partir dessa premissa que esclarece que não interessarão ao presente ensaio quaisquer valorações qualitativas acerca de determinado projeto de lei ou conjunto de projetos de lei, e, sim, a apresentação de informações capazes de incrementar os debates sobre a pretendida contiguidade entre os sistemas de saúde e o Legislativo.

A pretensão do texto é analisar e discutir o conjunto de proposições legislativas sobre a pandemia de COVID-19, com o objetivo de contextualizar tal cenário na CD, bem como produzir conhecimentos que melhorem a compreensão de estratégias relacionadas com a inter-relação entre o sistema de saúde e o Legislativo.

3. MÉTODOS

Trata-se de ensaio escrito a partir de pesquisa de abordagem qualitativa, decorrente da análise de fontes normativas, obtidas em portal eletrônico de acesso público, livre e desembaraçado, oficialmente mantido pela CD ⁽²⁸⁾.

O conjunto normativo foi selecionado a partir da leitura e identificação de ementas de projetos de lei, cujo conteúdo referisse ‘COVID’, ‘COVID-19’, ‘coronavírus’, e/ou ‘SARS-Co-V’, de forma a agrupar a maior quantidade de informações de pertinência temática, no período compreendido entre 1º de janeiro e 2 de setembro de 2020. Os principais tipos legislativos foram capturados: Projeto de Decreto Legislativo (PDL); Projetos de Lei Ordinária (PL); Projeto de Lei Complementar (PLP); Projeto de Resolução (PRC); Propostas de Emenda à Constituição (PEC); Medida Provisória (MPV); Projeto de Lei de Conversão (PLV), sem importar o trâmite legislativo de cada uma das proposições. Os textos das proposições legislativas foram submetidos à Análise documental⁽²⁹⁾, aplicada técnica de Análise de Conteúdo⁽³⁰⁾.

Conforme se lê em Bardin⁽³⁰⁾, a análise de conteúdo colabora, sobretudo, com a produção de inferências, que podem ter foco quantitativo, por meio da frequência das palavras, ou qualitativo, se aplicado à análise de determinadas categorias semânticas. Para tanto, foram cumpridas as fases indicadas pelos autores: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Foi utilizado o *software* auxiliar N. Vivo⁽¹⁴⁾ para a aplicação das técnicas de análise de conteúdo, que contribuiu para a organização e a codificação dos textos, como também para a identificação de palavras-chave e sua respectiva frequência, e análise temática. Esse tipo de abordagem permite compreender o conteúdo dos textos, sintetizá-los e extrair as principais ideias sem relação à nossa matriz de análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realidade do sistema público de saúde no Brasil traduz que tanto a gestão quanto o financiamento da prestação positiva pública ocorrem pelos esforços dos entes federados, que podem contar com o setor privado para garanti-la (o que recebe o nome de saúde complementar). O setor privado atua sob a oferta de planos e seguros (chamada de saúde suplementar), mediante contraprestação financeira pelos indivíduos, famílias e empresas. Enquanto o público é um sistema, o privado é um setor, o que revela a oferta mista existente no país, todavia, de duas opções interconectadas pela lei⁽²⁴⁾.

Ao tomar que a transformação do sistema de saúde brasileiro se deu a partir da Constituição Federal, devidamente regulamentada por um conjunto legal, é crível considerar que a lei é propulsora de mudanças sociais e pode, portanto, ser considerada uma intervenção, consequentemente, suscetível de avaliação⁽²⁴⁾. Apesar de tal pretensão, ao estabelecer que o elo entre o direito e o acesso às ações e serviços de saúde no Brasil é a lei, Santos esclarece:

[...] o que mais chama a atenção é o fato de que as leis ou o conjunto de leis não são comumente considerados como intervenção no campo da saúde, especialmente para que seja possível verificar o quanto estiveram alicerçadas em evidências e o quanto de impacto pretendem/conseguiram promover⁽²³⁾.

No sentido de colaborar com o incremento das pesquisas que consideram a inter-relação entre o poder legislativo e o sistema de saúde é que se buscou analisar o conjunto de proposições legislativas da CD em relação à pandemia da COVID-19.

O primeiro dado: ‘1.914 proposições legislativas referentes à pandemia da COVID-19’ remete ao que foi designado por Carnelutti por ‘inflação legislativa’, compreendida pelo aumento desordenado e desarticulado de matérias expressas em textos legais, originados em face de desenfreada produção legislativa, e cujo resultado fragiliza a segurança jurídica e a racionalidade do sistema jurídico⁽³¹⁾. Tal prática é reverberada para a normativa infralegal, observada no campo da saúde na produção das comissões intergestores e das agências reguladoras, dificultando sobremaneira o uso e a interpretação das normas pelos usuários⁽²⁴⁾.

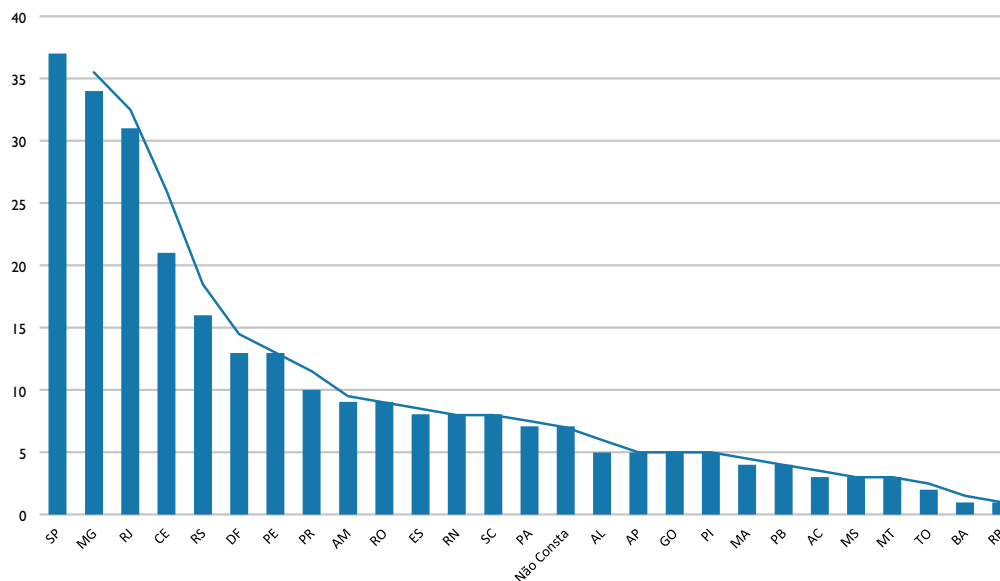
O cenário da inflação legislativa, seja no campo das proposições, seja no campo das leis vigentes, é notadamente multifatorial. Todavia, merece destaque a questão relativa ao que é considerado bom desempenho de cada parlamentar, ou ainda a possibilidade de que determinada lei, o que é *práxis* no Brasil, carregue *ad eternum* o nome de seu proponente. Tal observação foi tratada por Santos, em sede de tese de doutoramento, cujo entrevistado asseverou:

[...]. Medir o desempenho do parlamentar pelo número de projetos aprovados é uma visão absolutamente míope, caolha e que não responde à realidade. [...]. As mídias sociais influenciam muito, hoje os parlamentares querem saber quantos seguidores, quantas curtidas, aplausos, qual a aprovação e reprovação. Os parlamentares balizam seu trabalho pelo *feedback* positivo das redes sociais, mesmo que isso não corresponda ao que de fato represente benefício à população⁽²³⁾.

Tomadas as 1.914 proposições legislativas como objetivo da análise, passa-se à observação de figuras didáticas. A **Figura 1**, produzida a partir da frequência de palavras nas ementas dos projetos de lei analisados, dá realce às palavras: ‘pandemia’, ‘emergência’, ‘coronavírus’, ‘saúde’, ‘COVID’, ‘pública’, ‘medidas’, ‘combate’, ‘enfrentamento’ denotando relação entre as propostas e o sistema de saúde. Quando observadas as palavras: ‘benefício’, ‘serviços’, ‘imposto’, ‘pagamento’, ‘tributação’, ‘auxílio’, ‘garantia’, ‘elétrica’, ‘energia’, ‘renda’ e ‘emprego’, a relação desloca-se para o sistema econômico. A atenção também se fixa nas palavras ‘apensação’, ‘aguardando’, ‘despacho’, ‘alterações’, ‘deputados’, ‘eleitos’, ‘tramitação’, que referem trâmites legislativos e eleitorais.

Assumida a inflação legislativa como existente, entendeu-se por apresentar os projetos de lei em duas imagens para análise: (i) a produção legislativa do período inicial da pandemia, até 1º de maio de 2020, quando somava 272 proposições relativas à pandemia, conforme demonstrado no Gráfico 1; e (ii) a produção legislativa total, identificada para a presente pesquisa, isto é, 1.914 proposições, coletadas até 1º de setembro, conforme se lê no **Gráfico 2**, de modo a responder à hipótese de que a quantidade de proposições guarda relação com a quantidade de parlamentares.

GRÁFICO 1. Proposições legislativas por Estado do parlamentar, até 01.05.2020



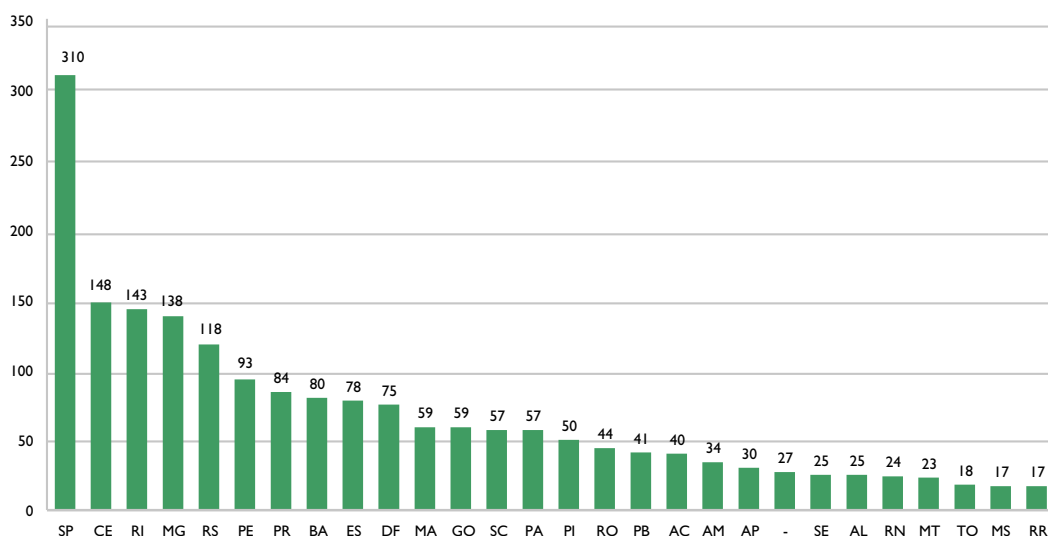
Fonte: Elaboração dos autores conforme dados disponíveis em software auxiliar.

Aferindo-se o período que vai do início da pandemia até 1º de maio de 2020, as primeiras 272 proposições identificadas com a temática da COVID-19 e sua estratificação por unidade federativa do proponente, vê-se que o resultado não guardou compatibilidade com a quantidade de parlamentares, com destaque para o número de projetos de lei proporcionalmente inferior aos demais, por parte dos congressistas que representam o estado da Bahia, conforme se lê no **Gráfico 1**.

Ainda no esforço de identificar a motivação de quantitativos expressivos de proposições legislativas em determinadas unidades federativas, buscou-se analisar os dados da gravidade da pandemia de COVID-19, considerado o número de óbitos por estado até o dia 1º de maio de 2020, limite para o agrupamento e análise dos dados, com vistas a verificar eventual compatibilidade. Segundo dados da Empresa Brasileira de Comunicação, veículo estatal de mídia, os estados com o maior número de óbitos eram, à ocasião: São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Ceará e Amazonas⁽³⁵⁾.

O **Gráfico 2** considera a totalidade de proposições selecionadas até 1º de setembro de 2020, relativas à pandemia, e mantém a relação entre a apresentação de projetos de lei e os quantitativos de óbitos no estado do parlamentar: São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Pernambuco, excetuado o Pará⁽¹³⁾.

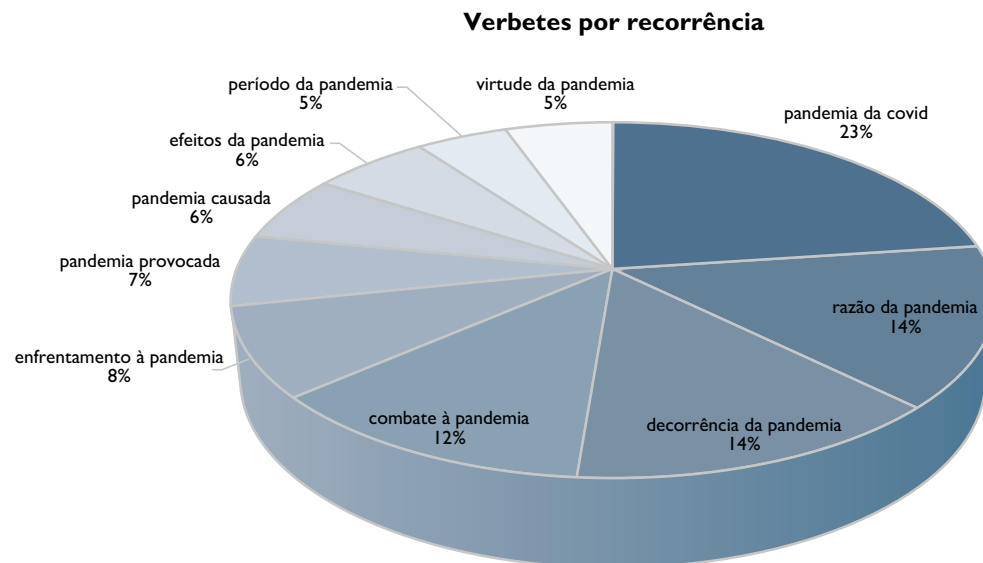
GRÁFICO 2. Proposições legislativas por Estado do parlamentar, até 01.09.2020



Fonte: Elaboração dos autores conforme dados disponíveis em software auxiliar.

Ao considerar que os deputados federais propuseram, quantitativamente, mais projetos de lei quando impulsionados por condições fáticas de seus territórios de origem político-partidária, importa sobremaneira compreender a utilização do termo ‘pandemia’ no texto das proposições sobre o tema. O **Gráfico 3** permite inferir que as associações da palavra ‘pandemia’ com ‘prevenção’, ‘declarada’, internacional’, ‘período’, ‘efeitos’, ‘provocada’, ‘combate’, ‘COVID’ e ‘razão’ tanto podem referir projetos de lei aplicáveis ao sistema de saúde quanto ao sistema econômico, confirmando a indissociabilidade desses setores, na compreensão da CD.

GRÁFICO 3. Associação da palavra pandemia no corpo das propostas legislativas

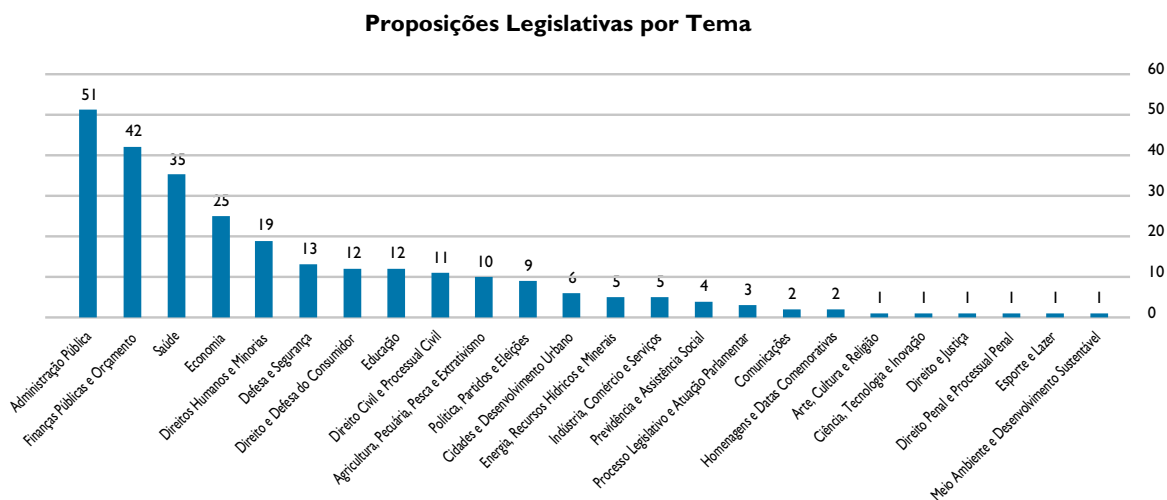


Fonte: Elaboração dos autores conforme dados disponíveis em software auxiliar.

Com o objetivo específico de aferir a procedência da hipótese, optou-se pela verificação dos projetos de lei que compõem o conjunto da expressão ‘pandemia provocada’, que compreende 11% do total de propostas. Foram identificados conteúdos referentes a: (i) criação de benefícios financeiros no âmbito do Programa Bolsa Família; (ii) estabelecimento de medidas de proteção e garantia de renda para catadores de material reciclável; (iii) destinação de recursos financeiros ao Fundo Nacional de Saúde (jogos de loteria, leilão de petróleo; (iv) prorrogação dos empréstimos ou financiamento bancários contratados por pessoas físicas ou jurídicas; e (v) renovação de licença sanitária, confirmando a hipótese de indissociabilidade entre os temas ‘saúde’ e ‘economia’.

O passo seguinte tratou de verificar o conteúdo das matérias propostas, para o que foi considerado seu *totum* (ementa e texto legislativo) de forma a categorizá-las por assunto. As categorias apresentadas foram identificadas pela própria CD desde a captura dos dados e preservadas para a análise⁽²⁷⁾.

GRÁFICO 4. Proposições legislativas conforme categorias selecionadas



Fonte: Elaboração dos autores conforme dados disponíveis em software auxiliar.

Ao observar as categorias ‘Administração Pública’, ‘Saúde’, ‘Finanças Públicas e Orçamento’, ‘Direitos Humanos e Minorias’ e ‘Economia’, conclui-se que esses temas ocupam mais de 50% do total de proposições legislativas relacionadas com a pandemia de COVID-19, corroborando afirmativas anteriores acerca da concomitância e ligação entre as crises sanitária e econômica. Não obstante as já referidas categorias serem quantitativamente majoritárias, as demais denotam a relação da pandemia com outros contextos, expandindo o arcabouço de proposições legislativas ao possível propósito de normatizar diferentes segmentos e cenas sociais.

É inconteste a capacidade do **Gráfico 4** de fazer emergir no debate a ‘crise social’. Muitas das categorias apresentadas estão relacionadas com a estruturação e funcionamento da função jurisdicional e legislativa: ‘direito e justiça’, ‘direito civil e processo civil’, ‘direito penal e processo penal’, ‘política, partidos e eleições’. Outras, com a estruturação organizacional do país: ‘cidades e desenvolvimento urbano’, ‘energia, recursos hídricos e minerais’, ‘indústria, comércio e serviços’, ‘agricultura, pesca e extrativismo’, ‘ciência, tecnologia e inovação’ e até mesmo ‘homenagens e datas comemorativas’.

Contudo, cabe observar que as categorias que mais refletem questões relativas às iniquidades dizem respeito às políticas públicas nacionais mais importantes, como ‘saúde’, ‘educação’, ‘defesa e segurança’, ‘previdência e assistência social’, acrescidas de ‘direitos humanos e minorias’, ‘arte, cultura e religião’, ‘esporte e lazer’ e ‘meio ambiente e desenvolvimento sustentável’, na medida em que trazem em seu bojo regramentos referentes ao acesso e à materialização de direitos.

As iniquidades põem em antagonismo as medidas de prevenção à propagação do vírus (como lavar as mãos, confinamento, distanciamento físico e o uso de máscaras) com situações tais como moradias sem água e esgoto; população em situação de rua; população penitenciária.

Merece destaque o que ocorre com trabalhadores de baixos salários, cuja ocupação é exclusivamente presencial e que, por falta de estratégias dos empregadores ou por terem função essencial, utilizam transportes públicos lotados e que não dispõem de todos os meios de proteção. A desvantagem econômica de elevado percentual da população brasileira também permite associar a existência de condições que favoreçam a morbidade, tais como a imunossupressão, diabetes, hipertensão, obesidade e doenças do aparelho respiratório, além de estarem também fortemente associadas ao gradiente de cor da pele⁽³⁶⁾.

Estudo pormenorizado sobre infectados e óbitos pode vir a revelar sobrecarga das diferenças sociais históricas no desfecho da pandemia da COVID-19, colocando luzes na necessária realocação da importância dos debates sobre condicionantes e determinantes sociais no campo da saúde, incluídas questões relativas à discriminação dos infectados, à produção de *fake news* sobre a pandemia e à suscetibilidade das populações vulneráveis a esses fenômenos, no Brasil e em outros países.

Todas as proposições legislativas que referem políticas públicas e atuação estatal estão direta ou indiretamente associadas ao financiamento, seus limites e potencialidades. Analisado o *corpus* das proposições legislativas, a partir do descritor ‘financiamento’, em formação de árvore associativa de palavras, foi possível identificar diferentes pretensões da CD, compreendidas as crises sanitária, econômica e social.

A **Figura 2**, árvore de associações, permite observar que a utilização da palavra ‘financiamento’ indica seu uso com diferentes significados.

FIGURA 2. Dendograma por similaridade de palavras nos textos das propostas legislativas



Fonte: Elaboração dos autores conforme dados disponíveis em software auxiliar.

Quando observadas as proposições legislativas, o uso da palavra ‘financiamento’ associa o sistema bancário e particulares, com ênfase para as palavras: ‘arrendamento mercantil’, ‘empréstimo bancário’, ‘crédito consignado’, ‘concedido’, ‘contratados’, ‘pagamento’, ‘penhora’, ‘cartão de crédito’, ‘bens’ e ‘inadimplemento’, denotando as intenções dos congressistas acerca da regulamentação excepcional das relações privadas e da livre iniciativa, em tempos de crise sanitária.

No mesmo sentido, há a correlação da palavra ‘financiamento’ com as políticas públicas, observada nas proposições legislativas relacionadas com: ‘seguridade social’, ‘estudantil’, ‘habitacional’, ‘imobiliário’, ‘pis/pasep’, revelando intenção de regulamentação específica relativa à decretação de emergência por COVID-19.

Interessa, ainda, que o conjunto propositivo revelou associação entre a palavra ‘financiamento’ e ‘fundo partidário’, com ênfase para os assuntos ‘campanha’ e ‘eleições municipais’, indicando que questões pertinentes à política partidária também foram alvo de propostas legislativas, em ano de eleições coincidente com o período pandêmico.

Nessa seara, merece destaque o fato de que a árvore associativa exposta na **Figura 2**, quando perquiridas as demais associações do dendograma, não identificou o uso de palavras relacionadas exclusivamente com a política pública de saúde, especialmente: ‘sistema único de saúde’ ou ‘SUS’, denotando a prevalência dos interesses do sistema econômico sobre o incremento financeiro para o sistema de saúde.

A lição de Pinotti ⁽³⁷⁾ impõe uma reflexão importante sobre a relação entre o sistema de saúde e o poder legislativo, numa síntese adequada para o conjunto de achados e inferências:

Saúde não é assunto barato, nem simples e não é possível fazer milagres. A única solução para o nosso país é organizar, aprimorar e ampliar novamente o sistema público, que é pré-pago pelos nossos altíssimos impostos. [...]. É também fundamental que o governo mude o enfoque do desenvolvimento monetarista para o de desenvolvimento humano, o qual não será medido por inflação, superávit fiscal ou primário, mas significará, como meta a ser alcançada, uma vida digna para todos os brasileiros e, obviamente, com equidade de acesso à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É razoável entender pelo cumprimento do objetivo do presente ensaio na medida em que, a partir de dados inseridos em *software* auxiliar e da apresentação de figuras didáticas, foi possível observar que, conforme dados coletados entre 1º de janeiro e 1º de setembro de 2020, o quantitativo de projetos de lei sobre o tema saúde que guardam conexão com a pandemia de COVID-19 alcançou 1.914 proposições.

Em que pese a pesquisa não ter se ocupado com a hierarquização dos tipos legislativos nem com a aferição do trâmite legislativo das propostas de modo a identificar aquelas que se tornaram leis, foi possível reiterar a importância dos debates quanto à ‘inflação legislativa’, que mesmo identificada como causa para a insegurança jurídica, representa – ainda que equivocadamente – parâmetro de avaliação de desempenho dos parlamentares.

Nesse âmbito, identificar a sincronia entre o maior quantitativo de propostas dos congressistas originários de estados mais afetados pelas mortes provocadas pela COVID-19 permite inferir a prevalência de interesses locais em detrimento de interesses nacionais, quando da apresentação de propostas.

Ainda assim, cabe considerar que um fator preditivo poderia ser o efeito perverso criado pelo excessivo fluxo de informações pela mídia, que pode vir a dar causa a uma histeria internacional⁽³⁷⁾ ou a um quadro de psicose coletiva⁽³⁹⁾, com consequente pressão social que conduz, irremediavelmente, à produção emergente de propostas legislativas.

Impende destacar a questão relativa à importância da precisão terminológica utilizada na produção legislativa referente aos diferentes campos do saber, na medida em que a precisão dos termos utilizados permitiria inferência de maior inter-relação. O caso ora estudado pode dar destaque à utilização de termos como ‘distância social’ e ‘distância física’, uma vez que o primeiro pode causar uma carga adicional de estresse social, por conseguinte, de mobilidade nos grupos populacionais mais isolados, vulneráveis ou marginalizados; e o segundo não implica necessariamente o isolamento de grupos populacionais específicos.

Considerados os objetivos pretendidos, cabe ainda asseverar que é de grande importância para o Brasil estabelecer uma abordagem intersetorial nos processos legislativos em matéria de saúde, relacionando-os com os setores político e econômico, num aspecto mais amplo, global e solidário. Importa, sob tal prisma, relacionar a noção de diplomacia sanitária⁽⁴⁰⁾, necessária para uma ação internacional conjunta ante os desafios globais em matéria de saúde, tais como catástrofes ou a pandemia ora vivenciada.

Tal recomendação não é fato novo, visto que, no campo internacional, tais práticas são observadas no conjunto de ações com vistas ao alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável e de qualidade de vida⁽⁴¹⁻⁴³⁾ e, no campo nacional, nas experiências que relacionam planejamentos intersetoriais e parcerias de desenvolvimento produtivo⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Por fim, há um conjunto de inferências acerca da associação incontestada da palavra ‘pandemia’ com a compreensão de crises: sanitária, econômica e social. Isso porque, do conjunto de propostas analisado, ainda que atrelado exclusivamente à pandemia de COVID-19, nota-se a imputação de obrigações paralelas entre políticas públicas (saúde e habitação, economia e financiamento estudantil etc.), exigindo uma postura estatal futura compatível com o planejamento de mudanças de curto (como exige a pandemia), médio (como exige a economia) e longo prazo (como exige a sociedade). Tais ações devem ser fi-

nanceiramente compatíveis com as capacidades dos contribuintes e com a repartição entre os entes públicos e que, se derivadas de lei, devem considerá-la como intervenção e, sob tal prisma, submetê-la às pesquisas avaliativas ⁽⁴⁵⁾.

Para além da lei, o conjunto de proposições e a relação entre os poderes executivo e legislativo e seus impactos na política de saúde devem ser alvo de constante monitoramento e avaliação. Tal avaliação torna-se ainda mais importante nos casos de países emergentes, como o Brasil, por suas raízes burocráticas consolidadas e pela necessária tessitura social.

REFERÊNCIAS

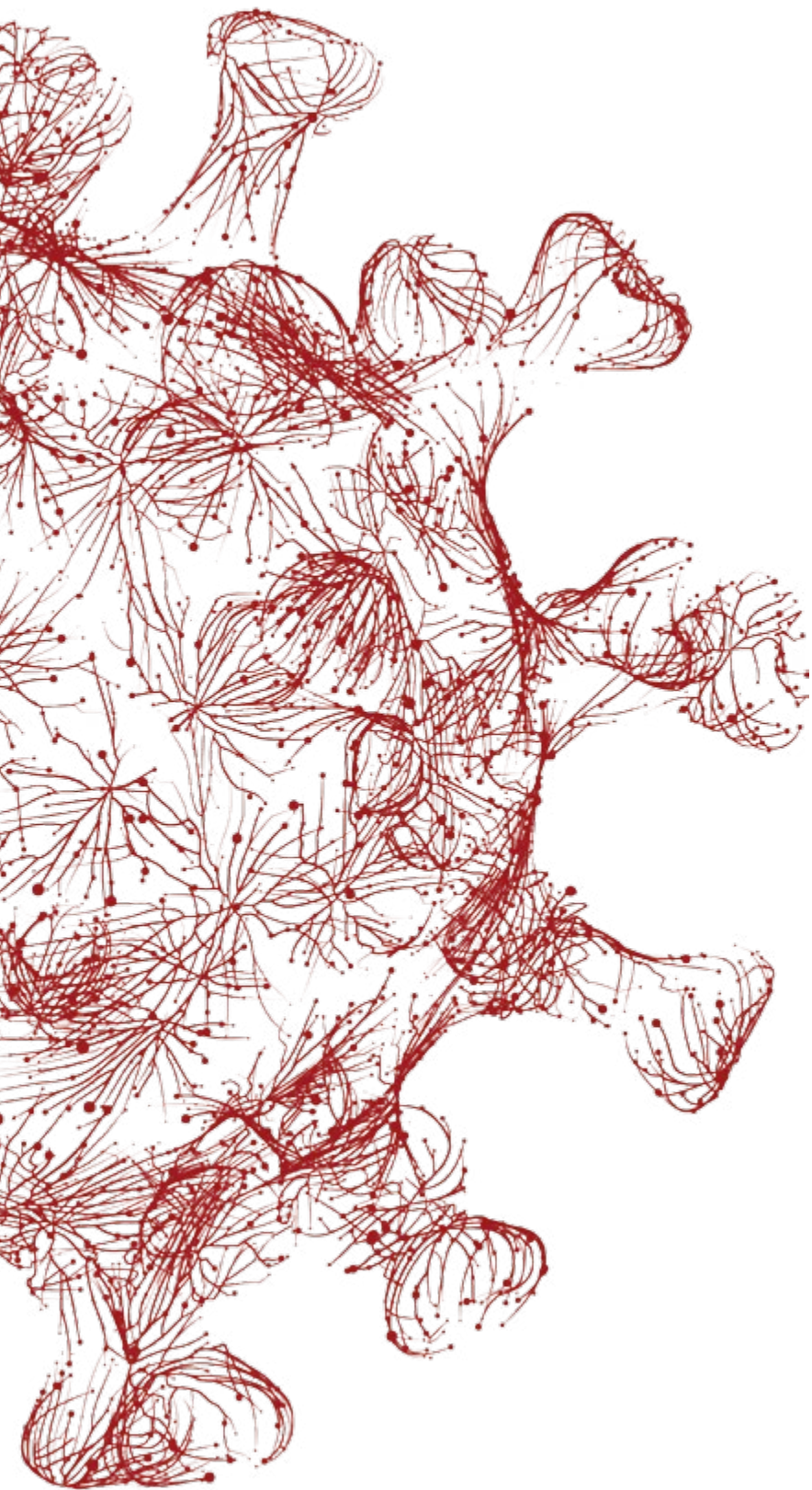
1. Organização Mundial da Saúde. Pneumonia de causa desconhecida - China: notícias sobre surtos de doenças [Internet]. Genebra: OMS; (2020) [acesso 2020 out 07]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>.
2. Saglietto A, et al. COVID-19 in Europe: the Italian lesson. *Lancet*. 2020;395(10230):1110-1. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30690-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30690-5).
3. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19 - Navigating the Uncharted. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1268-1269. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387>.
4. Passos E, Machado TW. Pandemias do passado, lições para o futuro e um pouco de legislação. *Cajur* [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 6];7(1):9-61. Disponível em: <http://www.cajur.com.br/index.php/cajur/article/view/264>.
5. Complex Multilayer Networks Lab. Covid19 Infodemics Observatory [Internet]. 2020 [acesso 2020 jun 06]. Disponível em: <https://covid19obs.fbk.eu/#/>.
6. Fong MW, et al. Medidas não farmacêuticas para influenza pandêmica em ambientes não-assistenciais - medidas de distanciamento social. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08];26(5):976-84. Disponível em: <https://europepmc.org/articles/pmc7181908/bin/19-0995-te-chapp-s1.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/resposta-brasileira-a-emergencia>.
8. Imperial College. Short-term forecasts of COVID-19 deaths in multiple countries [Internet]. 2020 [acesso 2020 jun 06]. Disponível em: <https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/index.html>.
9. Martins RM, Henriques CM. Entrevista: ‘o número de infectados por coronavírus pode ser muito maior que 11 casos para cada confirmado’ diz sanitaria. *The Intercept* [Internet]. 2020 [acesso 2020 mai 24];:1-11. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41265>.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass Informa n. 229/2020 – Nota Técnica CNJ sobre Testes diagnósticos para a identificação do vírus SARS-CoV-2 e para o diagnóstico da Covid 19 [Internet]. 19 maio 2020 [acesso 2020 maio 21]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-229-2020-nota-tecnica-cnj-sobre-testes-diagnosticos-para-a-identificacao-do-virus-sars-cov-2-e-para-o-diagnostico-da-covid-19/>.
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672 Distrito Federal (DF) [Internet]. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Requerente: Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Interessado: Presidente da República. Decisão de 9

- abr 2020, publicada no DJe em 15 abr 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5885755>.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Leitos SRAG/UTI COVID-19 – Monitoramento de Habilitações [Internet]. 2020 [acesso 2020 mai 29]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>.
 13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Leitos SRAG/UTI COVID-19 – Monitoramento de Habilitações [Internet]. 2020 [acesso 2020 mai 29]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>.
 14. Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Nota Técnica – 2020 – Abril – Número 63 – Disc [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35484.
 15. Brasil. Planalto. Lei n. 13.982, de 2020. Altera a lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 20 abr 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm.
 16. Brasil. Planalto. Decreto Legislativo 10.316, de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União [Internet]. 7 abr 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10316.htm.
 17. Brasil. Planalto. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>
 18. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” Lancet. 2020;395(10235):1461. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).
 19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Um por mês – artigo de opinião do secretário de Estado da Saúde do Maranhão, Carlos Lula [Internet]. 18 maio 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/um-por-mes-artigo-de-opiniao-do-secretario-de-estado-da-saude-do-maranhao-carlos-lula/>.

20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Dados obtidos por levantamento compatível à substituição de gestores no período conforme dados públicos; 2020.
21. Santos AO, Carvalho MV, Cupertino de Barros FP. Preocupações brasileiras: futebol e saúde [Internet]. In: Anais do I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário, 26 e 27 out 2017 [acesso 2020 mai 05]. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/447/508>.
22. Brasil. Congresso Nacional [Internet]. [acesso 2020 maio 21]. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/>.
23. Brasil. Senado Federal. Senado conclui implementação de sistema remoto com primeira votação virtual. Senado Notícias [Internet] 24 mar 2020 [acesso 2020 maio 21]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/24/senado-conclui-implementacao-de-sistema-remoto-com-primeira-votacao-virtual>.
24. Santos AO. Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada [tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Brasília; 2019 [acesso 2020 maio 19]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37705>.
25. Santos AO, Hartz Z, Delduque MC. Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde. In: Santos AO, Lopes LT, organizadoras. Coletânea Direito à Saúde: Institucionalização [Internet]. Brasília: Conass; 2018 [acesso 2020 out 07]. p. 308-320. Disponível em: <https://goo.gl/nXnBHj>
26. Santos AO, Alves JA. Avaliação compulsória das políticas públicas no Brasil: um estudo de avaliabilidade sobre a proposta legislativa. In: Hartz Z, et al, organizadores. Implementação e Avaliabilidade das Intervenções em saúde: estudos de caso no Brasil [Internet]. Brasília; Conass; 2020 [acesso 2020 out 07]. p. 12-33. (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS), 4). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/leiass-4-implementacao-e-avaliabilidade-das-intervencoes-em-saude-estudos-de-caso-no-brasil/>.
27. Leavitt M. To prepare for coronavirus, here's what all of us must do. Fox News [Internet]. 5 mar 2020 [acesso 2020 maio 22]. Disponível em: <https://www.foxnews.com/opinion/michael-leavitt-to-prepare-for-coronavirus-heres-what-all-of-us-must-do>.
28. Brasil. Câmara dos Deputados. Propostas Legislativas. Sistema de Informação Legislativa da Câmara dos Deputados [Internet]. 2020 [acesso 2020 mai 22]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>.
29. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008.
30. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2004.

31. Carnelutti F. A Morte do direito. Tradução Hiltomar Martins Oliveira. Belo Horizonte: Líder; 2003. p. 11.
32. Schmidt F, Mello J, Cavalcante P. Estratégias de Coordenação Governamental na Crise da COVID-19 [Internet]. Nota Técnica nº 32. Brasília: Diest; 2020 [acesso 2020 mai 22]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9828/1/NT_32_Diest_Estrat%3%a9gias%20de%20coordena%3%a7%3%a3o%20governamental%20na%20crise%20da%20Covid_19.pdf.
33. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Estimativa populacional para o ano 2019 [Internet]. 2018 [acesso 2020 mai 22]. Disponível em: <http://ibge.gov.br>.
34. Brasil. Câmara de Deputados. Papel e História da Câmara [Internet]. 2020 [acesso 2020 maio 23]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/numero-de-deputados-por-estado>.
35. Valente J. Covid-19: Brasil passa dos 85 mil casos confirmados. Agência Brasil [Internet]. 30 abr 2020 [acesso 2020 maio 27]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/covid-19-brasil-passa-dos-85-mil-casos-confirmados>.
36. Bavel JJ, et al. Usando a ciência social e comportamental para apoiar a resposta à pandemia do COVID-19. *Nat Hum Behav.* 2020;4(5):460-471. doi: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>.
37. Pinotti JA. Saúde no Brasil: Provocações e Reflexões [Internet]. Brasília: Conass; 2019 [acesso 2020 set 27]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-no-brasil-provocacoes-e-reflexoes/>.
38. Michel JD. On a assisté à une psychose collective avec le Covid-19. Marianne [Internet] 6 jun 2020 [acesso 2020 mai 27]. Disponível em: <https://www.marianne.net/societe/jean-dominique-michel-assiste-une-psychose-collective-avec-le-covid-19>.
39. The Brendan O’Neil Show: ‘This is international hysteria’ [Internet]. Entrevistador: Brendan O’Neill. Entrevistado: Lionel Shriver. [L.S.] Spiked, 2020 [acesso 2020 mai 27]. Podcast. Disponível em: <https://www.spiked-online.com/podcast-episode/this-is-international-hysteria/>.
40. Buss PM. De pandemias, desenvolvimento e multilateralismo. *Le Monde Diplomatique* [Internet]. 3 abr 2020 [acesso 2020 mai 27]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/de-pandemias-de-senvolvimento-e-multilateralismo/>.
41. Mcquenn DV. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. WHO, Regional Off. for Europe; 2012.
42. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology* (Cambridge, Mass.). 2018;29(1):5-7. doi: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>.
43. Van De Pas R, et al. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? *Glob Chall.* 2017;1(1):47-60. doi: <https://doi.org/10.1002/gch2.1022>.

44. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev de Adm. Publica.* 2000;34(6):63-80.
45. Oliveira SG, Rezende K. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo: a constituição de redes sociotécnicas no Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Visa em Debate.* 2017;5(1):11-22. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.00807>.
46. 46. Muntaner C, et al. Locating Politics in Social Epidemiology. In: O'Campo P, Dunn JR, editors. *Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change.* p. 175-202. Springer Netherlands; 2012. doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8_9.



O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELO CONGRESSO NACIONAL: RESPOSTAS LEGISLATIVAS À MAIOR CRISE SANITÁRIA DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior¹

RESUMO: O mundo está enfrentando, desde o início do presente ano, uma pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – agente etiológico da COVID-19 –, que teve origem na província de Wuhan na China e que causa sérias infecções, principalmente, respiratórias. As mortes causadas pela doença já passam de 1 milhão em todo globo terrestre, e esses números não apresentam sinal de arrefecimento. Esses fatos acenderam um alerta no parlamento brasileiro de que seria necessário apresentar uma resposta urgente, com incremento de nova legislação capaz de auxiliar o governo federal no enfrentamento desse vírus ainda em meados de fevereiro de 2020. Com base nessas informações, o objetivo do referido artigo foi explicitar as respostas que o Congresso Nacional apresentou à sociedade por meio da formulação de leis, decretos legislativos e projetos de indicação enviados ao Poder Executivo, contribuindo, assim, de forma efetiva e eficaz para o enfrentamento dos efeitos do novo coronavírus no Brasil. Conclui-se que, devido a essas medidas tomadas pela Câmara dos Deputados, em conjunto com o Senado Federal, os efeitos da COVID-19 em nosso país são, apesar de ainda graves, menos danosos do que poderiam ter sido.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. Coronavírus. COVID-19. Câmara dos Deputados. Congresso Nacional.

¹ Luiz Antônio Teixeira Júnior. Médico especialista em ortopedia e traumatologia. Deputado Federal. dep.dr.luizantonioteixeirajr@camara.leg.br.



I. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) é o agente causador da emergência de saúde pública de importância internacional, que foi declarada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020⁽¹⁾, devido a sua rápida disseminação em todos os continentes. Esse vírus desencadeia a doença batizada de COVID-19, uma infecção respiratória grave que, se não for tratada a tempo, apresenta alto grau de letalidade para os contaminados.

O primeiro caso confirmado no Brasil ocorreu em São Paulo, em 26 de fevereiro⁽²⁾ do corrente ano, e a partir daí, a doença começou a se disseminar por todo o país, causando pânico na população e, principalmente, uma grande preocupação a todos os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

No início do enfrentamento do novo coronavírus no Brasil, por tratar-se de uma doença ainda não estudada, a grande preocupação dos gestores públicos era como se daria o combate à doença, uma vez que o SUS já se encontrava subfinanciado e com vários pontos cruciais de seu funcionamento precisando de auxílio imediato.

A falta de profissionais para realizar o atendimento na ponta do sistema, aliada à escassez de materiais básicos – como equipamentos de proteção individual, medicamentos e insumos, aparelhos para estruturação de novas unidades de terapia intensiva necessárias nos casos mais graves da doença, além da falta de informações de como se deveria combater esse novo inimigo –, geraram grandes preocupações que deveriam ser solucionadas em tempo recorde.

Novas medidas sanitárias visando combater o avanço da doença em território nacional deveriam ser estudadas e implementadas pelo Ministério da Saúde, que necessitaria do apoio incondicional da Presidência da República e do parlamento para implementar as mudanças necessárias que impedissem o crescimento da pandemia no Brasil.

Nesse contexto, o presente artigo faz uma abordagem da atuação da Câmara dos Deputados ante a pandemia da COVID-19, levando em consideração sua atuação na formulação de nova legislação visando ao combate ao avanço do vírus, bem como a atuação de seus membros auxiliando de forma direta, com ideias e proposições, o Poder Executivo nacional, principalmente os três Ministros da Saúde que ocuparam a pasta desde o início do enfrentamento da pandemia.

2. A LEI DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA

Com o objetivo de minimizar os efeitos que seriam causados pela pandemia da COVID-19, o Poder Executivo brasileiro enviou, em 4 de fevereiro de 2020, ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 23/2020⁽³⁾, que dispunha sobre “*as medidas sanitárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus*”.

O Ministério da Saúde enviou um anteprojeto de Lei à Presidência da República, com a justificativa de que o Estado Brasileiro deveria cumprir seu papel constitucional de adotar medidas sociais e econômicas que buscassem a redução dos riscos de doenças e agravos à saúde e garantissem o acesso universal e igualitário de toda nossa população às ações e serviços públicos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Devido à relevância que o projeto de lei apresentava, ele não seguiu o rito de tramitação ordinária que esses tipos de proposição têm na Câmara dos Deputados e não foi discutido nas Comissões Permanentes ou Especiais dessa Casa Legislativa. No mesmo dia em que foi enviado ao Congresso Nacional, foi protocolado e aprovado um Requerimento de Urgência para que o Projeto de Lei 23/2020 fosse discutido e votado no Plenário da Câmara dos Deputados.

Foi designada, para relatar o Projeto de Lei, a Deputada Carmen Zanotto (Cidadania – SC), que apresentou um parecer pela aprovação dele. Após vários debates e discussões entre os deputados em plenário, foi aprovada a redação final do Projeto de Lei nº 23/2020 e, em seguida, remetido ao Senado Federal, onde também teve sua aprovação validada pela Câmara Alta da República.

Em 6 de fevereiro de 2020, o Projeto de Lei 23/2020 foi sancionado e transformado na Lei 13.979⁽⁴⁾, que passou a ser conhecida como a Lei de Emergência Sanitária.

3. IMPORTÂNCIA, RESULTADOS E DESDOBRAMENTOS DA LEI DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA

A promulgação da Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, teve uma importância imensurável ao combate da pandemia em nosso país, uma vez que, entre outros assuntos, ela pode disciplinar sobre: isolamento social, quarentena, realização de exames médicos e laboratoriais, vacinação, tratamentos médicos específicos, restrição temporária de entrada e saída do país e a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas.

Sem o advento dessa norma jurídica, nossos governantes e gestores do SUS estariam descobertos de amparo legal, para que pudessem tomar as medidas necessárias no enfrentamento da pandemia da COVID-19, e, certamente, a situação hoje estaria mais complicada do que a atual.

Com o passar do tempo e a evolução natural da pandemia no Brasil e no mundo, o enfrentamento dessa moléstia necessitava de ajustes cotidianos na sua forma de atuação. Nesse cenário, a Lei de Emergência Sanitária sofreu inúmeras alterações por meio de outras Leis aprovadas no Congresso Nacional e sancionadas pela Presidência da República, dentre as quais podemos destacar a Lei 14.006/2020⁽⁵⁾.

Essa norma estabelece um prazo de 72 horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de materiais, medicamentos, equipamentos e insumos de saúde que ainda não estejam registrados no país, mas que já tenham a sua distribuição autorizada pelas agências sanitárias norte-americana, europeia, chinesa e japonesa, o que, na prática, desburocratizou o acesso a esses materiais necessários e indispensáveis para uso em nosso sistema público de saúde e que se encontravam em escassez no mercado nacional.

Outras normas jurídicas foram criadas para complementar a Lei 13.979/2020. Nesse sentido merece destaque a Lei 13.993, de 23 de abril de 2020⁽⁶⁾, que disciplina a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à epidemia de coronavírus no Brasil.

Tal medida foi de fundamental importância num momento crítico do enfrentamento da pandemia, em que estavam faltando equipamentos e insumos básicos para que os profissionais de saúde pudessem desempenhar suas funções com excelência. Ao mesmo tempo, havia produção nacional desses mesmos materiais que estavam sendo exportados, haja vista que o lucro dos produtores nesse tipo de relação comercial é substancialmente maior devido ao fato de receberem em dólar.

Com os apontamentos acima destacados, evidencia-se a fundamental importância que o Congresso Nacional brasileiro teve na atuação ao enfrentamento da pandemia no país, pois a iniciativa dessas produções legislativas foram bases sólidas para que o Poder Executivo pudesse desempenhar suas funções primárias de promoção a favor da saúde pública no país.

4. A ATUAÇÃO DA COMISSÃO EXTERNA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Buscando uma maneira de ser ainda mais atuante e exercer seu papel no período em que o Brasil iniciava a luta contra a pandemia da COVID-19, a Câmara dos Deputados, por meio de ato da sua Presidência, criou, em 11 de fevereiro de 2020, a Comissão Externa de Enfrentamento à (sic) da COVID-19 (Cexcorvi), que teve sua coordenação atribuída ao deputado Dr. Luiz Antônio Teixeira Júnior (Progressistas – RJ).

Esse colegiado de parlamentares se destina a acompanhar as ações e a atuação dos nossos órgãos sanitários no enfrentamento da pandemia, bem como propor medidas e ideias que aproximem o parlamento das ações desenvolvidas pelo Poder Executivo visando minimizar os efeitos e consequências que essa moléstia causa ao país.

A Comissão Externa, que originariamente era formada por um grupo de 10 deputados federais, hoje é composta por 22 parlamentares das mais diversas matizes ideológicas, buscando sempre um objetivo comum que é a melhoria do nosso SUS, fortalecendo-o para que possa melhor desempenhar seu papel na defesa de nossa população contra a disseminação e efeitos causados pelo novo coronavírus.

A Cexcorvi definiu várias formas possíveis de atuação para que pudesse, assim, ter uma maior abrangência em seus trabalhos, bem como estabelecer contato e diálogo com as mais diversas instituições, sejam elas públicas ou privadas, que tivessem algum tipo de ligação e relevância com o enfrentamento da pandemia no Brasil.

Dessa forma, com o intuito de abranger uma maior quantidade de temas nas discussões com a sociedade, até o presente momento, a Cexcorvi já realizou mais de 80 reuniões temáticas, 4 visitas técnicas a instituições, 1 simpósio regional no estado do Rio de Janeiro, e 3 seminários conjuntos com a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

Os números acima citados refletem a grandeza dos trabalhos desse colegiado e sua incessante busca no auxílio ao combate desta doença que assolou nosso país e o mundo. Esse trabalho é reconhecido por toda a estrutura do governo federal, que tem na Comissão Externa uma interlocutora com o parlamento brasileiro para que os assuntos de saúde pública mais relevantes neste momento sejam antes nela discutidos e exauridos, e depois venham a ser levados aos plenários tanto da Câmara dos Deputados quanto do Senado Federal.

As reuniões técnicas realizadas no âmbito da Cexcorvi passaram a ser o local de debate, em que os assuntos relacionados com o combate ao novo coronavírus no país eram discutidos à exaustão, buscando sempre a melhor forma para que todos os temas, fossem eles contraditórios ou não, chegassem de forma pactuada para discussão e votação no plenário da Câmara dos Deputados.

Nesse escopo, 62 projetos de lei, até o momento, tiveram seu mérito apreciado no colegiado, dos quais se tentou extrair tudo que as proposições tinham de melhor e, da mesma forma, corrigir possíveis incongruências ou incompatibilidades que eles poderiam apresentar para que, chegando ao Plenário dessa Casa legislativa, a votação e aprovação deles ocorressem de forma mais célere, tendo em vista a urgência que o país apresentava para que essas medidas fossem implementadas.

Para comprovar as afirmações supracitadas e demonstrando a lucidez, razoabilidade, transparência e força da Cexcorvi, 13 dos projetos de lei debatidos e apoiados pela Comissão

foram aprovados nos plenários da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, sancionados pelo Presidente da República e transformados em lei ⁽⁷⁾, sendo assim incorporados ao nosso sistema jurídico vigente.

Todas essas leis são de extrema relevância para auxiliar no combate à pandemia, mas algumas merecem destaque, como, por exemplo, a Lei Complementar 172/2020 ⁽⁸⁾, que dispõe sobre a transposição e transferência de saldos financeiros, provenientes de repasses federais aos fundos municipais e estaduais de saúde. Isso possibilitou aos gestores públicos que dispusessem de mais recursos para efetivarem o combate ao novo coronavírus no momento em que a economia do país começava a estagnar.

Outra legislação fundamental aprovada nesse período foi a Lei nº 13.993/2020, que trata da proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à pandemia, pois no momento em que faltavam todos os tipos de materiais para que se fizesse o enfrentamento do novo coronavírus, os poucos que eram fabricados no Brasil tinham parte da sua produção voltada à exportação, uma vez que o preço pago em dólar era mais atrativo para os produtores.

Também advindos dos debates realizados no âmbito da Comissão Externa, foram enviados ao Poder Executivo nacional 37 projetos de indicação, que são sugestões que podem ser implementadas por essa esfera de poder, bem como 64 ofícios, encaminhados diretamente à Presidência da República e aos mais diversos Ministérios, contendo propostas e projetos que em muitos casos vieram a ser efetivados e auxiliaram bastante no enfrentamento da pandemia.

Nos mais de sete meses de trabalho ininterrupto da Comissão Externa, foram recebidos, em nossas reuniões temáticas, seja de forma presencial, seja virtual, mais de 350 convidados para debater os mais variados e relevantes temas afetos ao objeto da Cexcorvi.

Estiveram presentes os Ministros de Estado da Saúde que ocuparam a pasta durante esse período da pandemia. Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich e Eduardo Pazuelo expuseram as dificuldades pelas quais passavam o nosso sistema de saúde, como também indicaram a ajuda que esperavam receber por parte desse parlamento para que fosse menos árduo o combate à pandemia.

Os também Ministros Marcos Pontes, da Ciência e Tecnologia, e Ernesto Araújo, das Relações Exteriores, ressaltaram a relevância da comissão externa em suas apresentações ao colegiado e afirmaram que o trabalho nela desenvolvido iria ajudar a salvar a vida de muitos brasileiros.

As Agências Reguladoras nacionais também estiveram presentes na Comissão fazendo suas considerações. A Anvisa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de seus Diretores-Presidentes, Antônio Barra e Rogério Scarabel, respectivamente, afirmaram que a Cexcorvi teve um papel de fundamental importância para o país na construção de pontes entre os poderes Executivo e Legislativo durante o período mais crítico imposto pelo novo coronavírus.

Os maiores especialistas na área sanitária, com renome nacional e internacional, também trouxeram seus conhecimentos para os debates ocorridos no seio da Comissão Externa, e isso impactou profundamente para que os trabalhos fossem os mais proveitosos e relevantes possíveis.

Personalidades como Nísia Trindade, presidente da Fundação Oswaldo Cruz; Dimas Covas, diretor do Instituto Butantan; Paulo ChapChap, diretor-geral do Hospital Sírio-Libanês; Ho Yeh-Li, pesquisadora da Universidade de São Paulo; Nise Yamaguchi, médica imunologista; Natália Pasternak, presidente do Instituto Questão de Ciência; e Clovis Arns, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, trouxeram qualidade ao debate, bem como auxiliaram na definição de estratégias que viriam a formatar políticas públicas sugeridas pela comissão e implementadas pelo governo federal.

Da mesma forma, o ex-presidente do Banco Central do Brasil, Armínio Fraga, o Presidente da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, Paulo Skaf, e o economista e professor da Fundação Getúlio Vargas, Samy Dana, abrilhantaram o debate na Cexcorvi principalmente no que diz respeito aos impactos econômicos e financeiros da pandemia em nosso país.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Casas Legislativas têm, como principal fundamento em seus regimentos, a criação e a elaboração das leis que norteiam a sociedade quanto a economia, educação, lazer, direitos e deveres, bem como todos os mais diversos assuntos, e com a saúde não seria diferente.

Neste momento em que o Brasil e o mundo atravessam a maior crise sanitária ocorrida nos últimos cem anos, a Câmara dos Deputados assumiu uma importância ímpar no contexto de combate e enfrentamento da pandemia por conta de todas as propostas que foram estudadas, debatidas, votadas e aprovadas, facilitando, assim, que o governo federal pudesse efetivar as medidas necessárias para evitar que uma catástrofe ainda maior atingisse nosso país.

Por tudo o que foi abordado e trazido à tona neste artigo, fica evidenciado o protagonismo que a Câmara dos Deputados exerceu no Brasil desde que foi constatado, pela OMS, que estamos enfrentando uma pandemia. Todas as medidas possíveis e cabíveis para que o Brasil enfrentasse da melhor forma este estado de emergência em saúde pública foram realizadas por essa casa legislativa, que continua seu trabalho ininterrupto buscando a melhoria de vida para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Ministério da Saúde. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>.
3. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 23, de 2020. Dispõe sobre as medidas sanitárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 4 fev 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2236343>.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.006, de 28 de maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.006-de-28-de-maio-de-2020-259144045>.
6. Brasil. Lei nº 13.993, de 23 de abril de 2020. Dispõe sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à epidemia de coronavírus no Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 24 abr 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13993.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20proibi%C3%A7%C3%A3o%20de,Art.&text=2%C2%BA%20Esta%20Lei%20entra%20em%20vigor%20na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o.
7. Brasil. Leis Ordinárias. Portal da Legislação [Internet]. [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/leis-ordinarias>.
8. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Diário Oficial da União [Internet]. 16 abr 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp172.htm.

CONTRIBUIÇÕES DO TCU PARA O SUS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Marcelo André Barboza da Rocha Chaves¹

RESUMO: O Tribunal de Contas da União (TCU) tem verificado inúmeros desafios na condução de políticas de saúde no Sistema Único de Saúde. Há espaço e necessidade para incremento nos níveis de governança e gestão em todas as esferas, especialmente em momentos como o atual. Fiscalizações anteriores e recentes apontam fragilidades recorrentes em processos de compras de medicamentos e insumos, bom como em processos de transferência de tecnologia para produção de medicamentos, e gestão hospitalar. Fortalecimento das pactuações intergovernamentais se torna imprescindível em momentos de pandemia, quando os gastos em saúde aumentam para evitar sobreposições e desperdícios. Fiscalizações realizadas e guias produzidas pelo TCU podem orientar a tomada de decisão pelo gestor.

PALAVRAS-CHAVE: Tribunal de Contas da União. Fiscalização. Tomada de Decisão. Gestão. Governança.

¹ Engenheiro Mecânico com especialização em auditoria de obras públicas. Auditor Federal de Controle Externo há 20 anos, exerceu por 7 anos a função de Diretor na extinta 4ª Secretaria de Controle Externo e por 8 anos a função de Secretário de Controle Externo da Saúde no Tribunal de Contas da União. Atualmente é assessor do Procurador Rodrigo Medeiros de Lima no Ministério Público de Contas da União no TCU. marcelorc@tcu.gov.br.



I. INTRODUÇÃO

O Tribunal de Contas da União (TCU) sempre atuou no monitoramento da aplicação de recursos públicos na Saúde com a seriedade e importância que lhe é peculiar, seja pela sua relevância social, pela capilaridade da distribuição de recursos federais, pela competência dos demais entes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja pelo volume de recursos investidos para dar cumprimento ao dever constitucional de o Estado prover acesso universal e igualitário a todos os cidadãos.

A complexidade das políticas públicas de saúde assim como aquela exigida do gestor público para sua formulação, planejamento, execução, e acompanhamento de resultados, nas três esferas, além do desafio de coordenação de esforços dos entes federados para maximizar e otimizar os resultados dessas políticas, são fatores que orientam o TCU na consecução de sua missão constitucional.

Diante desse cenário, o TCU tem implementado estratégias de atuação voltadas para trabalhos que enfrentem questões relevantes associadas ao desempenho das políticas públicas e ao respeito ao ordenamento jurídico que rege o tema, em parceria com tribunais de contas estaduais e municipais, e demais órgãos de controle.

Com o aparecimento da pandemia da COVID-19 e a urgência no atendimento das demandas da população, exigindo respostas rápidas das autoridades públicas de saúde, o TCU se engajou na intensificação de ações de fiscalização dos vultosos investimentos realizados com recursos federais para atender aos anseios da sociedade brasileira.

Nos planos tático e operacional, novas estratégias foram implementadas, além da intensificação e otimização de outras já utilizadas no passado.

Nesse sentido, desde o início da pandemia até outubro, somente na área de saúde, o TCU já julgou 26 processos de diversas naturezas, seja para apuração de eventuais irregularidades na aquisição e execução de serviços e insumos destinados ao combate à epidemia, seja para acompanhar as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para enfrentá-la, e a estrutura de governança montada para tanto. A relação dos processos pode ser acessada no endereço <https://portal.tcu.gov.br/coopera/painel/>.⁽¹⁾

Ao todo, o TCU autuou cerca de 145 processos envolvendo áreas como assistência e previdência social, educação, sistema financeiro e finanças públicas, trabalho, transporte, incluindo, entre outras, o Ministério da Defesa.

Todos esses processos envolvendo fiscalizações em 8 ministérios e 27 ações de acompanhamento compõem o programa Coopera - Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à crise da COVID-19.

Neste artigo, serão apresentados os resultados e entendimentos recentes do TCU, exclusivamente no que se refere ao SUS, assim como dados empíricos obtidos nos trabalhos de fiscalização empreendidos não apenas no ano de 2020 como também em exercícios anteriores que, pela importância do tema, possam ilustrar e compor, com os trabalhos mais recentes, um cenário global em que se possa obter perspectivas para enfrentar os desafios inerentes ao setor.

2. METODOLOGIA

O presente artigo ensaio apresenta informações públicas, qualitativas e quantitativas, disponibilizadas pelo TCU na internet (www.tcu.gov.br), relacionadas com processos julgados e conclusões baseadas na interpretação desses dados. Nos casos necessários, mencionaram-se processos sem julgamento para ilustrar situações específicas.⁽²⁾

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O TCU tem buscado atuar em situações críticas de saúde pública acompanhando de perto as diversas medidas adotadas pelas autoridades sanitárias para enfrentamento dessas situações, assumindo postura preventiva e orientativa.

Assim ocorreu quando o Brasil enfrentou a disseminação do vírus H1N1. Em 2011, realizou-se fiscalização para acompanhamento das ações de combate à gripe H1N1, com o objetivo de avaliar os processos de compras de vacinas, reagentes e outros insumos, destinadas ao enfrentamento da moléstia, cujo resultado está registrado nos Acórdãos 1.788/2009-Plenário⁽³⁾, 1.457/2011-Plenário⁽⁴⁾, e 634/2010-Plenário⁽⁵⁾.

Processos autuados pelo TCU para averiguar o emprego dos recursos demonstraram que a situação de emergência provocada pelo vírus H1N1 propiciou superfaturamentos na aquisição de serviços, duplicidade de pagamentos, irregular dispensa de licitação e contratos assinados posteriormente à realização da despesa, conforme Acórdão 7.790/2018-2-Segunda Câmara⁽⁶⁾.

Seguindo esta estratégia, o TCU autuou, em 19 de março de 2020, processo de acompanhamento (TC 014.575/2020-5) com o objetivo de avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde (MS) para o combate à crise gerada pelo novo coronavírus, bem como os atos de execução de despesas públicas pelo referido órgão e suas unidades subordinadas, avaliando-se os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.

Até o momento, dois ciclos de acompanhamento foram julgados pelo TCU, por meio dos Acórdãos 1.335/2020⁽⁷⁾ e 1.888/2020⁽⁸⁾, ambos do Plenário.

Essas decisões evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento do esforço de articulação, coordenação e cooperação entre União, estados, municípios e Distrito Federal para o enfrentamento da pandemia, assim como a definição da lógica de financiamento e de critérios técnicos de transferência para os respectivos fundos de saúde dos entes subnacionais.

O TCU detectou que, a despeito da criação de diversas instâncias organizacionais para responder ao desafio de combate e prevenção da COVID-19 na estrutura do MS, há espaço para regular o funcionamento das novas estruturas, seja por meio da adequação aos normativos já existentes, seja pela criação de novos, para o caso do Gabinete de Crise – COVID-19, de tal forma a garantir condições teóricas para uma atuação organizacional coordenada e colaborativa.

Verificaram-se, por exemplo, à época, evidências de que Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), criado pelo MS para gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), não estava exercendo suas atribuições regimentais, tais como propor ao Ministro de Estado da Saúde a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação em emergência em saúde pública de importância nacional.

Outras fiscalizações já apontavam para a necessidade de melhoria da governança e gestão das ações de saúde, em todas as esferas, bem como sobre definições mais claras a respeito do seu financiamento.

Foi o que mostrou trabalho nacional, em parceria com 26 Tribunais de Contas, e apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que calculou o índice de governança e gestão em saúde, conforme Acórdão 1.840/2017-Plenário⁽⁹⁾.

Oportunidades de melhoria na governança da pactuação intergovernamental do SUS foram também apresentadas no Acórdão 2.888/2015-Plenário⁽¹⁰⁾. Apontou-se a importância da regulamentação do rateio dos recursos federais vinculados à saúde, e do detalhamento das com-

petências nos três níveis de governo, para evitar sobreposições de responsabilidades e possibilitar a identificação das responsabilidades executivas e financeiras de cada ente em relação às ações e dos serviços de saúde.

Quanto às questões orçamentárias e financeiras, os investimentos federais de competência do MS e unidades vinculadas – incluindo as transferências fundo a fundo para os entes subnacionais –, alcançaram, até 25 de junho de 2020, o montante de R\$ 38,97 bilhões. Desse total, cerca de R\$10 bilhões destinaram-se para os fundos estaduais de saúde, e R\$ 17 bilhões, para os fundos municipais.

Verificou-se, à época, baixa execução financeira dos recursos previstos para os demais entes, sem que houvesse justificativa por parte do MS.

Consequentemente, o TCU e o Ministério Público Federal (MPF) questionaram a forma de distribuição dos recursos para os entes subnacionais. Posteriormente aos questionamentos, o MS editou a Portaria MS/GM 1.666/2020 estabelecendo tais critérios.

Apesar dessa medida, o TCU estabeleceu prazo para que o MS esclarecesse a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante às ações de combate à pandemia, englobando regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

Num primeiro momento, o TCU considerou que os repasses iniciais de recursos baseados em aspectos populacionais do ente seriam adequados, em decorrência da situação de emergência, merecendo, todavia, aperfeiçoamentos, de forma que novos modelos de financiamento não maximizem eventuais distorções, em vez de mitigá-las.

Outra etapa do trabalho consistiu em monitorar a aplicação dos recursos transferidos pela União em dez estados da federação, utilizando-se os meios oficiais de publicidade das compras, como diários oficiais e portais de transparência, de forma a não sobrecarregar os gestores com solicitações de informações em momento conturbado.

Alguns aspectos relativos aos processos de compras pelos referidos estados dificultaram a avaliação comparativa entre as aquisições efetuadas pelo MS, estados e municípios, com recursos descentralizados pelo Ministério, que pudessem identificar as diretrizes da política de aquisição de insumos para o combate à COVID-19, e, também, que mostrassem eventuais sobreposição e lacunas nas aquisições, fato que permitiria avaliar a articulação do MS com os demais entes federativos.

Entre eles, estão a ausência de identificação da fonte de recursos utilizada para efetuar as aquisições e a falta do detalhamento ou de padronização dos objetos dos contratos.

Dos dez estados selecionados, obtiveram-se informações sobre os quantitativos de insumos adquiridos em quatro e, mesmo nesses, não foi possível obter dados relativos a todos os insumos distribuídos pelo MS, como máscaras cirúrgicas e N-95, álcool em gel, aventais, testes rápidos, luvas, óculos e protetores faciais, toucas e sapatilhas, testes PCR e respiradores.

Mesmo consultando os planos de contingência enviados pelos estados ao MS, o TCU não encontrou tais informações, pois, segundo a Secretaria de Vigilância Sanitária, elas não foram previstas para constarem nos planos.

Requisitaram-se, então, ao MS, informações sobre compras e contratações de serviços apresentadas pelos estados e municípios com mais de 100 mil habitantes, relacionadas com o combate ao novo coronavírus. O objetivo da requisição foi comparar as requisições dos estados com o quantitativo de insumos distribuídos aos entes federativos. O MS respondeu afirmando ser impossível levá-los diante da grande mobilização do seu corpo técnico na situação de pandemia.

Em outro documento, o MS afirmou desconhecer a existência de doações de empresas, ou de outros atores, que porventura tenham sido destinadas aos entes federados, bem como a realização de compras descentralizadas que tenham sido conduzidas pelos mesmos.

Em relação à aplicação direta pelo MS, observou-se que os maiores montantes de recursos empenhados (15 empenhos corresponderam a 77,7% do total empenhado – R\$ 2,96 bilhões) se relacionavam à aquisição de equipamentos de proteção individual, ventiladores pulmonares, insumos para a realização de testes e aluguel de leitos de terapia intensiva.

Para explicar a baixa execução financeira do orçamento previsto, o MS afirmou existirem grandes dificuldades para efetivar a aquisição ou contratação desses bens e serviços, enfrentadas por todas as esferas de governo, dado o crescimento vertiginoso da demanda mundial em decorrência da pandemia, bem como o cumprimento dos requerimentos legais para efetivação das compras.

Foi detectado também que, entre maio e junho/2020, houve mudança no padrão das compras do MS, com o aumento das contratações da Fiocruz, entidade vinculada ao Ministério, cujo total empenhado chegou a R\$ 490 milhões.

Esse fato remete à possibilidade de os gestores consultarem decisões do TCU em fiscalizações já realizadas na Fiocruz e em outras entidades com *know-how* para produção de medicamentos, como será relatado posteriormente, para conhecimento de falhas e irregularidades ocorridas, podendo, assim, mapear riscos envolvidos.

O acompanhamento das medidas adotadas pelo MS na atual pandemia abordou também a gestão da informação sobre taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de UTI por pacientes com COVID-19 e com demais enfermidades. Ao final, o TCU recomendou ao MS que disponibilizasse os dados no portal Localiza SUS, ressaltando a necessidade de articulação do MS com outras instâncias da federação.

Trabalhos passados abordaram o tema e tentaram mapear o motivo para a superlotação de leitos, e a existência de leitos bloqueados. Os dados consolidados estão disponíveis no Acórdão 693/2014-Plenário⁽¹¹⁾. Pela relevância para a situação atual, destacam-se alguns deles.

Em 116 hospitais gerais e prontos-socorros visitados com mais de 50 leitos, 81% das unidades apresentavam *deficit* no quadro de profissionais e 63% afirmaram que o absenteísmo dos profissionais provocava impactos substanciais à prestação de serviços.

Outro fator identificado como causa para a superlotação dos leitos foi a inadequada regulação ou gestão dos leitos existentes. A dificuldade para referenciar pacientes para outra unidade foi confirmada por 78% das unidades visitadas. Aqui, cabe mencionar trabalho específico sobre a regulação assistencial no SUS, conforme Acórdão 878/2010-Plenário⁽¹²⁾ e Acórdão 182/2015-Plenário⁽¹³⁾.

No caso dos leitos, incluindo os de UTI, a causa mais frequente apontada para a indisponibilidade foi a carência de profissionais: 12% desses leitos estavam bloqueados por falta de médicos, 16% devido à ausência de enfermeiros e 18% em decorrência da inexistência de algum outro profissional, 11% devido à falta de equipamento e 7% decorrente da manutenção.

Apesar de os dados se referirem ao exercício de 2014, a análise qualitativa dos resultados pode auxiliar na construção de medidas úteis para enfrentar a atual pandemia, assim como trabalhos realizados em hospitais universitários (Acórdão 2.893/2015-Plenário⁽¹⁴⁾ e 2.813/2009-Plenário⁽¹⁵⁾).

Além do uso eficiente dos leitos disponíveis, a existência física de hospitais em regiões estratégicas é de suma importância. Por isso, o TCU também executou, no passado, trabalho avaliando a construção de hospitais e unidades de pronto-atendimento (UPA). Pode-se citar o Acórdão 2704/2019-Plenário⁽¹⁶⁾, auditoria acerca da eficiência e efetividade da aplicação dos recursos advindos de emendas parlamentares individuais impositivas.

Dentre as recomendações exaradas, destaca-se, para os objetivos do presente artigo, aquela destinada ao MS no sentido de dar continuidade à implantação de um sistema de gestão de custos, e da implantação de um modelo de custos personalizado capaz de prover o Ministério com dados relevantes sobre os custos operacionais de processamento dos investimentos oriundos de emendas parlamentares.

Outra importante medida foi sugerir, ao então Ministério da Economia, a estruturação de ferramentas de governança para que não sejam iniciados novos projetos de obras públicas financiados com recursos de emendas parlamentares, caso não haja previsão de recursos orçamentários e financeiros suficientes para suportar a execução regular de todos aqueles empreendimentos já em curso no exercício corrente.

No que se refere a unidades hospitalares, tão importante para o SUS quanto os temas descritos anteriormente, é o desempenho das unidades públicas prestadoras de serviços ao SUS, que, no momento atual de pandemia, revestem-se de especial relevância.

Nesse sentido, realizou-se levantamento objetivando identificar critérios para avaliação de desempenho nas unidades hospitalares públicas prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

Além de mapear formas para avaliação de hospitais públicos do SUS, o TCU concluiu, no espaço amostral verificado, que unidades maiores, geridas pela administração indireta e de âmbito estadual, tendem a ser mais eficientes, conforme Acórdão 1.108/2020-Plenário⁽¹⁷⁾.

Esse resultado indica a necessidade de atenção dos gestores a respeito de falhas e irregularidades identificadas pelo TCU em fiscalizações anteriores realizadas em hospitais geridos pela administração indireta, além de ponderações e riscos apontados nos Acórdãos 2.334/2020-Plenário⁽¹⁸⁾, 1.256/2020-Plenário⁽¹⁹⁾ e 1.184/2020-Plenário⁽²⁰⁾.

Outra frente de atuação do TCU durante a pandemia consiste na fiscalização de processos de aquisições de insumos, serviços e medicamentos por todos os órgãos e entidades que utilizam recursos federais.

Nesse campo, o TCU possui grande experiência acumulada, pois fiscaliza objetos dessa natureza, rotineiramente, de longa data.

Durante 2020, o TCU fiscalizou, por exemplo, a aquisição de 80 milhões de aventais pelo MS, resultando no Acórdão 1.748/2020-Plenário⁽²¹⁾. Dentre os principais achados, destacam-se a ausência de informações sobre o dimensionamento do quantitativo adquirido, riscos relacionados com a logística de distribuição dos produtos, análise insuficiente da adequação do preço dos aventais e da capacidade operacional da empresa contratada.

Avaliou-se, também, por meio do Acórdão 2.003/2020-Plenário⁽²²⁾, contratação de serviço de atendimento pré-clínico, via telefone, para enfrentar a pandemia. Dentre as falhas identificadas, destacam-se vícios na fase preparatória da contratação e superfaturamento de aproximadamente R\$ 84 milhões, ensejando a adoção de medida cautelar do TCU para que o MS promovesse a retenção dos valores pagos a maior até decisão de mérito.

Em processo instaurado para averiguar a compra do medicamento Ivermectina, detectou-se que o preço praticado na contratação se mostrou muito superior ao verificado em compras públicas no mesmo período, além de não haver justificativa aparente para a quantidade adquirida, conforme Acórdão 2.277/2020-Plenário⁽²³⁾.

Já em processo autuado sobre possível dano ao erário na compra de máscaras PFF2/N95, Acórdão 2.231/2020-Plenário⁽²⁴⁾, foram encontrados indícios de superfaturamento, pois, apesar da situação emergencial, não houve justificativa para a compra de 100 mil unidades da máscara pelo preço unitário médio ponderado de R\$ 30,03, totalizando cerca de R\$ 3 milhões, quando, na mesma época, a média de preços e a mediana eram de R\$20,26 e R\$17,37 a unidade, respectivamente.

Em 2019, o TCU realizou auditoria em processos de aquisição de medicamentos que ocorreram de forma centralizada pelo MS e as realizadas pelas Secretarias de Saúde selecionadas,

mediante transferência de recursos federais. A auditoria avaliou o atendimento aos pressupostos legais das licitações e contratações selecionadas e apontou a necessidade de adoção de medidas para aprimorar os controles internos e promover mais transparência dos gastos públicos, conforme Acórdão 1.691/2019⁽²⁵⁾.

Atendendo à solicitação do Congresso Nacional, o TCU também está acompanhando a correta utilização de recursos destinados pela União para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Distrito Federal.

Foram autuados, ainda, diversos processos para averiguar a regularidade de aquisições de diversos tipos de insumos hospitalares, como, por exemplo, aquisição de álcool em gel, respiradores mecânicos e testes rápidos de detecção do vírus. Todos eles estão em fase de análise e ainda não foram julgados pelo TCU.

Importante aspecto que compõe o conjunto de medidas para enfrentamento da pandemia são as vacinas. A pandemia da COVID-19 mobiliza a indústria farmacêutica na busca por vacinas e medicamentos capazes de enfrentar o avanço da doença e salvar vidas.

Em tal cenário, no que se refere ao TCU, além da necessidade de fiscalizar as futuras aquisições, torna-se fundamental acompanhar eventuais processos de transferência de tecnologia de países estrangeiros para o Brasil produzir localmente os fármacos.

Assim, atos e contratos celebrados por quaisquer órgãos ou entidades da administração pública federal com empresas farmacêuticas, nacionais ou estrangeiras, para o fornecimento e transferência de tecnologia para produção de vacinas contra a COVID-19, serão verificados no âmbito do acompanhamento realizado junto ao MS no TC 014.575/2020-5.

Não houve, no entanto, até o momento, avaliação de caso concreto sobre o assunto no acompanhamento em curso, conforme Acórdão 2.141-Plenário⁽²⁶⁾.

Entretanto, o TCU tem monitorado, há alguns anos, processos de transferência de tecnologia relativos à Hemobrás e à Fiocruz. Essas informações estão disponíveis nos Acórdãos 2.207/2017-Plenário⁽²⁷⁾, 544/2020-Plenário, 226/2020-Plenário, 2571/2018-Plenário, 1.867/2018-Plenário, 544/2020-Plenário, 538/2020-Plenário, 1.826/2018-Plenário, 2.977/2018-Plenário, 725/2018-Plenário e 735/2020-Plenário⁽²⁸⁾.

Como se verificou que, entre maio e junho/2020, houve mudança no padrão das compras do MS, com o aumento das contratações da Fiocruz, entidade vinculada ao Ministério, recebendo empenhos de R\$ 490,50 milhões, as decisões mencionadas anteriormente podem auxiliar os gestores a evitar a ocorrência de falhas semelhantes às encontradas no passado.

Outros trabalhos foram realizados para avaliar as transferências de tecnologia que se utilizaram de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) envolvendo outras entidades. O resultado contido no Acórdão 1.730/2017-Plenário apresenta panorama mais abrangente,

enquanto os Acórdãos 2.300/2018-Plenário 1.171/2020-Plenário e 2.919/2018-Plenário destacam casos específicos⁽²⁸⁾.

Ainda sobre o tema, em 2016, o TCU avaliou a gestão dos recursos descentralizados pelo MS para entidades que atuam na produção e distribuição de vacinas e soros, na região Sudeste, Acórdão 278/2016-Plenário⁽²⁹⁾, em que, dentre outros achados, identificaram-se oportunidades de melhoria na cooperação entre os Laboratórios Públicos Oficiais, com vistas ao desenvolvimento conjunto de pesquisas e produção de vacinas.

Preocupado com os custos envolvidos na aquisição de insumos e serviços mencionados até aqui, o TCU realizou estudo sobre as perspectivas de gastos em saúde nas três esferas e os níveis de desassistência. Os resultados do estudo sobre a sustentabilidade do SUS estão no Acórdão 1.487/2020-Plenário. Avaliou-se também o impacto da judicialização sobre o tema, complementando trabalho anterior, conforme Acórdão 1.787/2017-Plenário⁽³⁰⁾.

Estimou-se que, em 2030, tendo como referência o ano de 2017 e a atual dinâmica de financiamento do SUS, as mudanças demográficas possam gerar aumento de despesas de aproximadamente 15,67%, com aumento nos cenários emergenciais. Diante disso, recomendou-se ao MS a instituição de um conjunto de indicadores globais para medir e avaliar a qualidade e o nível de cobertura assistencial do SUS em todas as esferas, permitindo identificar carências assistenciais, diferenças regionais, contendo indicadores de acesso e de resultado, além de permitir a aferição de índice de resultado global.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão e a governança da saúde pública apresentam inúmeros desafios, de diversas ordens e dimensões, e enormemente ampliados pela situação de pandemia mundial como a que vivemos atualmente.

Nesse sentido, o TCU oferece ao gestor e à sociedade sua contribuição para enfrentar os desafios que se impõem.

As fiscalizações executadas pelo Tribunal podem ser utilizadas como fonte de dados e informações com potencial para orientar os gestores a exercerem suas atribuições com a tempestividade e eficiência esperadas em momento delicado e de emergência da saúde pública.

Assim, os trabalhos aqui mencionados indicaram a importância da adoção de indicadores de eficiência, para melhor aproveitamento dos recursos, e do equilíbrio entre a urgência nas aquisições e o atendimento dos requisitos legais relacionados, para evitar fraudes em cenário altamente propício para tanto.

A experiência do TCU tem mostrado a frequente recorrência de falhas e irregularidades em aquisições anteriormente fiscalizadas. Por isso, os gestores devem estar atentos a riscos refe-

rentes, por exemplo, à análise insuficiente da adequação do preço, à logística de distribuição dos produtos e à capacidade operacional da empresa contratada.

Muito comum, ainda, direcionamentos e montagem de licitações, contratações diretas não justificadas e adoção de modalidade de licitação inadequada, além de deficiência no controle de estoque de medicamentos, sobrepreço e superfaturamento quantitativo, ou seja, quantidade de medicamentos entregue inferior à quantidade contratada.

Além da urgência na melhoria da governança do MS, ficou evidente ainda a relevância da capacidade de coordenação e cooperação entre União e entes subnacionais. Nesse sentido, reveste-se de especial importância a atuação das esferas de pactuação SUS, tais como Conass, Conasems, Cosems, Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A interlocução desses atores permitirá a contínua avaliação pelo MS e demais entes, da política de enfrentamento da pandemia adotada e do uso eficiente dos recursos, evitando duplicidade de esforços e desperdícios. Permitirá, igualmente, reavaliar estratégias empregadas e até mesmo o modelo de financiamento das ações.

No que se refere aos desafios para o controle externo diante do cenário atual, o TCU tem buscado maximizar a eficiência da alocação de seus recursos humanos e materiais, intensificando o uso de modernas estratégias operacionais, como o monitoramento contínuo de dados obtidos nos mais diversos sistemas da Administração, e empregando novas técnicas de auditoria.

O compartilhamento de informações e trabalhos em conjunto com os Tribunais de Contas dos demais entes federativos constitui, igualmente, medida fundamental para fiscalizar recursos cada vez mais descentralizados pelo MS, e cuja aplicação alcança alta capilaridade no território nacional.

Por fim, para orientar o gestor sobre o tema governança e compras públicas de medicamentos, o TCU disponibiliza os guias orientações sobre governança e gestão em saúde e aquisição pública de medicamentos.

Deve-se ressaltar ainda que, diante das dificuldades enfrentadas por todas as esferas de governo para aquisição de alguns medicamentos, dado o crescimento vertiginoso da demanda mundial em decorrência da pandemia, o TCU tem a oferecer alguns caminhos.

Além daqueles apontados nos acórdãos citados anteriormente, deve-se lembrar a importância de os gestores denunciarem à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) licitantes que ofereçam medicamentos a preços acima do permitido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que regula o mercado e estabelece critérios para definição e ajuste de preços de medicamentos.

Denúncias dessa natureza podem resultar em proibição do licitante faltoso de comercializar seu produto por tempo definido.

Abusos como aumento desproporcional de preços e fraudes nas compras públicas minam qualquer estratégia e política para enfrentar situações como a que se vive no momento. São imprescindíveis, portanto, a manutenção de controles internos eficientes e a melhoria nos níveis de governança e gestão das organizações públicas para que a população seja atendida em suas necessidades, especialmente em momento de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/coopera/painel/2.BRASIL.TCU>. [acesso 2020 out 13].
2. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: www.tcu.gov.br.
3. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1788%2520ANOACORDAO%253A2009/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520desc/0/%2520?uuiid=b81f97a0-1eee-11e-b-876c-398c782f1525;
4. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultoPagina=S&item0=60081>;
5. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultoPagina=S&item0=28716>;
6. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/h1n1/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NU-MACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuiid=14dadb-00-0ca0-11eb-9e46-7f4ed35b4385>;
7. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/01457520205.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT %2520desc/1/%2520?uuiid=8e687620-0ecc-11eb--9263-f9eaf29ea596>;
8. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/01457520205.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT %2520desc/0/%2520?uuiid=8e687620-0ecc-11eb-9263-f9eaf29ea596>;
9. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/painel%2520aten%25C3%25A7%-25C3%25A3o%2520hospitolar /%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/31/%2520?uuiid=e081f8e0-0bc1-11eb-abfa-1f17263163a8>;
10. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: [https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/pactua%25C3%](https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/pactua%25C3%25A3o%2520hospitolar /%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/31/%2520?uuiid=e081f8e0-0bc1-11eb-abfa-1f17263163a8)

[25A7%25C3%25A3o%2520intergovernamental/%2520/DTRELEVANCIA%2520asc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520asc/21/%2520?uuiid=b4771180-0e65-11eb-832e-b96a1d5a1f8d;](https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A693%2520ANOACORDAO%253A2014/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520asc/21/%2520?uuiid=b4771180-0e65-11eb-832e-b96a1d5a1f8d;)

11. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A693%2520ANOACORDAO%253A2014/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520desc/0/%2520?uuiid=ca407a40-0d9a-11eb-a41d-758ad3b6c7a5;
12. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/governan%25C3%25A7a%2520e%2520pactua%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520sus/%2520/DTRELEVANCIA%2520asc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520asc/1/%2520?uuiid=b4771180-0e65-11eb-832e-b96a1d5a1f8d;>
13. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/pactua%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520intergovernamental/%2520/DTRELEVANCIA%2520asc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520asc/16/%2520?uuiid=b4771180-0e65-11eb-832e-b96a1d5a1f8d;>
14. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A2513578DE01513B25293541F4;>
15. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/governan%25C3%25A7a%2520e%2520pactua%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520sus/%2520/DTRELEVANCIA%2520asc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520asc/0/%2520?uuiid=b4771180-0e65-11eb-832e-b96a1d5a1f8d;>
16. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/painel%2520aten%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520hospitar/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/13/%2520?uuiid=e081f8e0-0bc1-11eb-abfa-1f17263163a8;>
17. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=705093;>
18. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/oscip%2520saude/%2520/>

[DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/1/%2520?uuid=228b9d60-0a62-11eb-9da1-31cb61f9e987](https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/oscip%2520saude/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/1/%2520?uuid=228b9d60-0a62-11eb-9da1-31cb61f9e987)

19. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/oscip%2520saude/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/7/%2520?uuid=228b9d60-0a62-11eb-9da1-31cb61f9e987>;
20. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=683262>;
21. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/01870620207.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=9057e220-0bef-11eb-ae95-0f7b7f6adfca>;
22. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=715944>;
23. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=717732>;
24. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sisdoc/ObterDocumentoSisdoc?codVersao=editavel&codArCatalogado=20774629>;
25. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1691%2520ANOACORDAO%253A2019/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOIN-T%2520desc/0/%2520?uuid=095c6780-0f16-11eb-9cfa-1383ea86960e;
26. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sisdoc/ObterDocumentoSisdoc?codVersao=editavel&codArCatalogado=20689074>;
27. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=604216>;
28. Brasil. Tribunal de Constas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/hemobras/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/1/%2520?uuid=228b9d60-0a62-11eb-9da1-31cb61f9e987>

[CIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/8/%2520?uuid=4b8e-00c0-0e42-11eb-98eb-614e6b60777c;](https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=546603)

29. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=546603;](https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=546603)
30. Brasil. Tribunal de Contas da União [internet]. [acesso 2020 out 11]. Disponível em: [https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/painel%2520aten%-252C3%252A7%252C3%252A3o%2520hospitalar/NUMACORDAO%253A1787%2520ANOACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=e-081f8e0-0bc1-11eb-abfa-1f1726.](https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/painel%2520aten%-252C3%252A7%252C3%252A3o%2520hospitalar/NUMACORDAO%253A1787%2520ANOACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=e-081f8e0-0bc1-11eb-abfa-1f1726)

CONTROLE DA JUDICIALIZAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19: POSIÇÃO DO CNJ

Candice Lavocat Galvão Jobim¹

Márcio Bruno Rios Diniz²

RESUMO: O artigo fala sobre o controle da judicialização na pandemia da COVID-19, atuação do Conselho Nacional de Justiça e seus impactos como meio de efetivação de direito fundamental, especialmente o direito à saúde. Aborda o crescimento da concretização do direito à saúde por intermédio do Poder Judiciário, principalmente na busca de acesso a medicamentos, tendo como principal fundamento o do acesso universal e igualitário. Trata da importância das ações do CNJ durante a pandemia, tendo como principais objetivos: prevenir mais judicialização e fomentar a execução das políticas públicas na atenção básica e especializada à saúde; atuar em conjunto com os Poderes Executivos na adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da Judicialização da Saúde durante a pandemia da COVID-19; orientar os Juízos para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde na adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período de pandemia. Conclui-se que todas essas ações executadas pelo CNJ têm por objetivo a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, na contribuição para prevenir novas demandas judiciais, atuando, em última análise, para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia da COVID-19. Judicialização. CNJ. Ações de Controle. Efetivação do Direito à Saúde.

1 Mestre em Direito pela University of Texas at Austin; graduada em Direito pelo UniCeub. Juíza Federal e atualmente no cargo de Conselheira do Conselho Nacional de Justiça; Supervisora do Comitê Nacional da Saúde. Tribunal Regional Federal da Primeira Região e Conselho Nacional de Justiça. <http://lattes.cnpq.br/7951418631117228>. candice.jobim@cnj.jus.br.

2 Profissional graduado em Direito, com especialidade em Direito Penal. Assessor CNJ com experiência na área do Direito da Saúde, assessorando há 05 anos Conselheiros do CNJ, Supervisores do Fórum da Saúde. <http://lattes.cnpq.br/9497799269036855>; m09rios@gmail.com.



I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) foi criado com a elevada função de realizar o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e de verificar o cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, possuindo como papel precípua o de velar pelo aperfeiçoamento da prestação jurisdicional.

Além disso, o CNJ tem como um dos seus objetivos o de garantir a precisão no diagnóstico da realidade do Poder Judiciário, de modo a contribuir para a elaboração de políticas públicas judiciárias e diretrizes nacionais.

Desde a sua origem, o CNJ tem atuado para que a prestação jurisdicional seja desempenhada com moralidade, eficiência e efetividade, em benefício da sociedade, sendo um verdadeiro instrumento para o efetivo desenvolvimento do Poder Judiciário. Com isso, o CNJ tornou-se garantidor de direitos fundamentais, além de fortalecer o Estado Democrático de Direito⁽¹⁾.

No Brasil, sabe-se que a concretização dos direitos fundamentais, notadamente o direito à saúde, por intermédio do Poder Judiciário, cresce exponencialmente, principalmente na busca de acesso a medicamentos, produtos ou procedimentos de saúde, tendo como principal fundamento o do acesso universal e igualitário.

Os números constantes na base de dados digital do Relatório Justiça em Números do CNJ, nos últimos seis anos, apontam que mais de 2,5 milhões de ações que envolvem o direito à saúde já deram entrada no judiciário brasileiro⁽²⁾.

Em razão da crise provocada pela pandemia da COVID-19, tudo indica um aumento do número de ações que apontarão no Poder Judiciário.

A judicialização da saúde consiste em uma prática na qual o Poder Judiciário se põe no lugar do Poder Executivo quando concede judicialmente o acesso a bens e serviço de saúde, consistindo na escolha do medicamento, produto ou procedimento a ser fornecido, tendo por fundamento a garantia constitucional do direito à saúde. No entanto, a implementação de todas as dimensões dos direitos fundamentais tem custos públicos, e a função do Estado de assegurar o direito social à saúde limita-se por circunstâncias de cunho orçamentário.

Ou seja, decisões tomadas em tutelas individuais, sem enxergar as consequências para o todo, podem desorganizar o sistema de saúde, especialmente por interferir na administração dos recursos da saúde⁽³⁾.

Diante desse cenário, é essencial a atuação do CNJ no sentido de oferecer respaldo técnico para auxiliar os magistrados em decisões relacionadas com o direito à saúde, bem como em ações voltadas para o diálogo nas esferas pública e privada, buscando-se promover o bem maior que é a proteção à vida, conjugando-se com a proteção à economia e, em última análise, tentando minimizar os impactos que advirão sobre o Poder Judiciário.

2. ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

2.1 SISTEMA E-NATJUS (CADASTRO DE NOTAS TÉCNICAS)

O elevado número de ações judiciais sobre o direito à saúde está exigindo do Poder Judiciário uma análise de questões muito complexas que envolvem a concretização do direito constitucional à saúde, especialmente questões técnicas, próprias da medicina, para as quais a magistratura brasileira não estava habituada e nem preparada.

Nesse quadro mais complexo encontrado pela magistratura brasileira, portanto, é fundamental a atuação do CNJ, por meio do Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde – Fórum da Saúde, no sentido de oferecer apoio técnico para auxiliar os magistrados em decisões relacionadas com o direito à saúde.

Nesse sentido, para que o magistrado tenha acesso às questões técnicas próprias da medicina, o CNJ instituiu o sistema e-NatJus que tem como principal objetivo a criação de um banco de dados nacional para abrigar pareceres técnico-científicos e notas técnicas elaboradas com fundamento na medicina baseada em evidências.

A medicina baseada em evidências é pautada pelo uso criterioso e consciente da melhor evidência científica disponível para embasar decisões sobre o cuidado de um paciente.

Os pareceres técnico-científicos e notas técnicas são emitidos pelos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus).

O sistema e-NatJus está a serviço do magistrado para que a sua decisão não seja tomada apenas diante da narrativa apresentada pelo demandante na inicial. Com a plataforma digital, essas decisões poderão ser tomadas com base em informação técnica, ou seja, levando em conta a evidência científica, inclusive com abordagem sobre medicamentos similares já incorporados pela política pública, aptos a atender o autor da ação sem a necessidade de se buscar o fármaco ainda não incorporado, mas requerido pelo demandante.

Além disso, durante o período da pandemia da COVID-19, o sistema e-NatJus emitiu mais de 2 mil notas técnicas, o que representa um valioso instrumento científico de auxílio para a magistratura brasileira na tomada de decisão⁽⁴⁾.

2.2 ATOS NORMATIVOS E AÇÕES DE CONTROLE DA JUDICIALIZAÇÃO COM IMPACTO NA GESTÃO DA PANDEMIA

2.2.1 PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO SOBRE O USO DA HIDROXICLOROQUINA E DA CLOROQUINA

Com a crescente disseminação da COVID-19 e diante da possibilidade de o Poder Judiciário ser acionado acerca da efetividade sobre o uso da hidroxicloroquina e da cloroquina, o CNJ, por meio do Fórum da Saúde, no dia 21 de março de 2020, disponibilizou, em seu banco de dados nacional do sistema e-NatJus, um parecer técnico-científico que trata sobre a efetividade e segurança da hidroxicloroquina e da cloroquina em pacientes com a COVID-19.

O parecer técnico revela que a eficácia e a segurança dos medicamentos em pacientes com a doença são incertas e seu uso de rotina não pode ser recomendado até que os resultados dos estudos em andamento possam avaliar seus efeitos de modo apropriado⁽⁵⁾.

Quer dizer, durante a pandemia da COVID-19, o Fórum da Saúde disponibilizou à magistratura brasileira com competência para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde informação técnica que servirá de auxílio quando instada a decidir sobre a efetividade e segurança da substância.

2.2.2 NOTA TÉCNICA Nº 24 DE 12 DE MAIO DE 2020

Desde a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, seguida pela Declaração de Situação de Pandemia pela mesma organização, em 11 de março de 2020, o Fórum da Saúde, que

é constituído por magistrados e especialistas em direito sanitário, vem debatendo a elaboração de providências com vistas a orientar os magistrados na condução de processos judiciais e administrativos que versem sobre o direito à saúde, a fim de garantir os melhores resultados à sociedade, principalmente durante o período excepcional de pandemia da COVID-19.

Além disso, foram realizadas reuniões com os representantes dos hospitais privados, da medicina diagnóstica e com os representantes das operadoras de saúde para ouvi-los sobre a preocupação em como contribuir para o combate à pandemia da COVID-19.

Foi relatada a preocupação com a grande variedade de litígios referentes ao direito à saúde, bem como o grande impacto sobre os orçamentos públicos e a gestão pública.

Também se observou a necessidade de uma coordenação efetiva das medidas de enfrentamento da epidemia no país para evitar e/ou diminuir a judicialização, além de estabelecer uma negociação com os estados e municípios, em razão de um possível desencontro entre essas autoridades no combate à pandemia.

Outrossim, chegaram ao conhecimento do Fórum da Saúde informações a respeito das dificuldades decorrentes da escassez de materiais e equipamentos e da preocupação dos gestores na busca de soluções que podem ensejar futura discussão ou responsabilização judicial.

Dos encontros, foi possível extrair, como proposta objetiva, um plano de ação sobre ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) público-privados e de uma centralização na sua gestão.

Entendeu-se também pela necessidade de negociação entre a União, os estados, os municípios e a estrutura privada de serviços hospitalares, na busca de racionalização do uso dos leitos hospitalares e de UTI existentes e para evitar soluções que não deixarão um legado útil para a sociedade, como os hospitais de campanha.

Em razão da proposta apresentada, o Fórum da Saúde elaborou uma Nota Técnica que foi encaminhada ao Plenário do CNJ para análise e deliberação. No dia 12 de maio de 2020, o CNJ aprovou a Nota Técnica nº 24, a ser dirigida ao Poder Executivo Federal, aos Poderes Executivos Estaduais e Municipais e ao Procurador-Geral da República, manifestando-se pela adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da Judicialização da Saúde durante a pandemia da Covid-19⁽⁶⁾.

O ato normativo, em um de seus principais pontos, sugere aos representantes do Poder Executivo que criem gabinete específico de crise para trabalhar em parceria com os Centros de Operações de Emergência Estadual (COE) para lidar com a possível falta de leitos de UTI nos hospitais. Esse gabinete deve ser formado pelos órgãos de controle da Administração Pública, como os Ministérios Públicos e os Tribunais de Contas.

De relevo destacar a importância dessa aprovação, na medida em que é sabido que, diante da falta de gestão, ou quando de sua insuficiência, ou quando as soluções a serem encontradas

pelos atores podem ensejar futura discussão ou responsabilização, os conflitos acabam desaguando no Poder Judiciário, cabendo ao CNJ intervir para propor medidas concretas voltadas à prevenção dos conflitos judiciais e, inclusive, estabelecer estratégias nas questões de direito sanitário para evitar a judicialização de ações que envolvam a prestação de assistência à saúde.

A gravidade da situação e a relevância das questões enfrentadas justificaram uma orientação por parte do CNJ no sentido de sugerir um modelo de gestão voltado para o diálogo nas esferas pública e privada, buscando-se promover o bem maior que é a proteção à vida, conjugando-se com a proteção à economia e, em última análise, tentando minimizar os impactos que advirão sobre o Poder Judiciário.

A nota técnica aprovada também leva em conta o contexto pós-pandemia e a continuidade dos serviços de saúde, no sentido de que as Secretarias de Saúde devem incentivar a criação de sistemas que integrem todos os recursos de saúde à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), criando um sistema de regulação do acesso aos serviços de gestão única e voltado para as regiões de saúde dos estados.

2.2.3 RECOMENDAÇÃO Nº 66 DE 13 DE MAIO DE 2020

Preocupado com os efeitos da pandemia da COVID-19, o Fórum da Saúde realizou reuniões com seus integrantes, das quais foi possível extrair diversas sugestões e orientações, de modo a traçar um quadro de medidas para orientar a magistratura brasileira na condução de processos que versem sobre o direito à saúde durante a pandemia da Covid-19.

Além disso, representantes do Ministério da Saúde levaram ao conhecimento do Fórum da Saúde as dificuldades enfrentadas com a pandemia na execução das decisões liminares exaradas pela magistratura brasileira, notadamente quanto à aplicação de multas e prazos exíguos para o cumprimento das decisões.

Diante dessas informações levadas ao conhecimento do Fórum da Saúde, seus integrantes entenderam que os recursos humanos e orçamentários devem ser direcionados à manutenção da vida e da saúde da população, não devendo ser escoado com multas judiciais de decisões que possam aguardar o período de pandemia passar.

Destacou-se, ainda, que há procedimentos médicos e cirúrgicos que poderão ser realizados após esse período emergencial com mais segurança, sem risco de contaminação ao paciente e em momento que haja mais leitos de UTI disponíveis.

Nesse sentido, o Fórum da Saúde elaborou uma proposta de recomendação que foi encaminhada ao Plenário do CNJ para análise e deliberação. No dia 8 de maio de 2020, o CNJ aprovou a Recomendação nº 66, que orienta os juízes com competência para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde na adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional de pandemia da Covid-19⁽⁷⁾.

A recomendação orienta os magistrados a decidirem com cautela no atendimento de pedidos relativos às demandas de saúde durante o período da calamidade pública advinda da Covid-19, com destaque para as solicitações por leitos em UTI, pedidos de revogação de decretos ou normativas locais que visem ao controle e à mitigação da pandemia pelo novo coronavírus, os pedidos de bloqueio judicial de verbas públicas, entre outros.

O ato normativo também sugere que os magistrados evitem realizar intimações pessoais dirigidas aos gestores da Administração Pública do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como do Distrito Federal, com a fixação de sanções pessoais, como a pena de prisão, que evitem a imposição de multas processuais e que estendam, sempre que possível, os prazos processuais de ações voltadas ao combate à COVID-19.

Vale dizer que a recomendação orienta a todos os juízos com competência sobre o direito à saúde que seja observado o efeito prático da decisão no contexto de calamidade, com vistas ao cumprimento do interesse público e da segurança do sistema sanitário, bem como a efetividade judicial e a celeridade do cumprimento da decisão.

Os efeitos da recomendação já podem ser sentidos em decisões dos Tribunais de Justiça que têm alterado decisões liminares que obrigavam os estados e municípios a realizarem cirurgias eletivas durante a pandemia da COVID-19, sob o fundamento de que o SUS já enfrenta uma sobrecarga de pacientes, bem como a possibilidade de contaminação em ambiente hospitalar.

Essas decisões estão seguindo as orientações postas na Recomendação nº 66/2020, no sentido de que a prioridade da destinação de recursos e de atendimentos deve estar voltada para o controle da COVID-19.

2.2.4 PLANO NACIONAL PARA O PODER JUDICIÁRIO – JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE: AÇÕES PARA O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE

Tendo, como um dos seus objetivos, o de garantir a precisão no diagnóstico da realidade do Poder Judiciário, o CNJ tem contribuído no levantamento de dados e na elaboração de políticas públicas judiciárias e de diretrizes nacionais para o Poder Judiciário.

Em relação à contribuição na elaboração de políticas públicas, o Fórum da Saúde já consolidou diversas iniciativas para aperfeiçoar a prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde, especialmente com a instituição dos NatJus, bem como com a realização de parcerias com hospitais de excelência, notadamente com o Hospital Sírio-Libanês – para produção de pareceres técnico-científicos – e com o Hospital Israelita Albert Einstein, para instituição do NatJus Nacional.

Para além disso, o Fórum da Saúde pretende avançar para proporcionar melhoria na qualidade dos serviços prestados pelo SUS aos cidadãos brasileiros, sobretudo no acesso aos serviços previstos e prometidos nas políticas públicas.

O SUS possui uma ampla cobertura, com presença em praticamente todo o território brasileiro, fundamentada em extensa rede de atenção primária à saúde. Essa característica dos serviços prestados pelo SUS foi especialmente observada no atendimento à população durante a pandemia da COVID-19, tendo se mostrado um importante suporte perante situações emergenciais tal qual essa da COVID-19.

Por outro lado, embora o Brasil tenha um sistema universal de saúde, o subfinanciamento do SUS e a indevida malversação de seus recursos, que ocorre há tempos, são um dos principais entraves para o enfrentamento da crise provocada pela COVID-19.

Há que se destacar a preocupação com o cenário futuro do SUS, pois, quando a pandemia da COVID-19 passar, o sistema público de saúde terá que atender à demanda reprimida acumulada pela suspensão, durante a crise, dos procedimentos eletivos e de consultas e tratamentos de diversas especialidades. A impossibilidade de o SUS realizar esse atendimento a tempo e modo poderá levar a uma disparada da judicialização da saúde no Brasil.

Ou seja, é sabido que milhares de pessoas deixaram de realizar consultas, exames e cirurgias eletivas durante o período de pandemia, o que vem acarretando uma demanda reprimida na área da saúde, e que certamente levará a uma crise ainda maior na prestação dos serviços de saúde pelo SUS, caracterizada pela espera das pessoas para conseguir atendimento nos diferentes níveis de complexidade.

À vista disso, e pensando em um cenário de potencialização da judicialização da saúde no Brasil depois da pandemia da COVID-19, o Fórum da Saúde já deu início a um projeto de elaboração de um plano de ação, que tem por fundamento o monitoramento das demandas de saúde destinadas ao atendimento de serviços previstos nas políticas públicas de saúde, sobretudo na atenção primária e secundária, cuja finalidade será fomentar a execução das políticas públicas na atenção básica e especializada à saúde e, em última análise, prevenir mais judicialização.

O plano de ação é de extrema importância, uma vez que o Poder Judiciário será chamado a resolver os conflitos e acabará por impor uma política individualizada para cada caso concreto, intervindo nos arranjos que devem ser feitos pelo gestor público, o que, diga-se, já vem ocorrendo.

Em síntese, o plano de ação, com a coordenação do Fórum da Saúde e dos Tribunais de Justiça e dos Tribunais Regionais Federais – por intermédio de seus Comitês Estaduais de Saúde –, consiste, em uma primeira fase, na realização de um levantamento de dados nas respectivas unidades jurisdicionais e instituições estaduais e municipais de saúde.

A proposta prevê o levantamento por todos os Comitês Estaduais de Saúde da quantidade de demandas em tramitação nos respectivos estados que visem ao acesso à Atenção Primária e Secundária à Saúde, e a prospecção dos dados será realizada tanto nos registros do Poder Judiciário, como nos órgãos gestores da saúde (mediante preenchimento de formulário padrão).

Após a coleta e o tratamento dos dados, os Comitês Estaduais de Saúde elaborarão suas propostas para solução dos conflitos mais recorrentes, o que contribuirá no aperfeiçoamento do acesso universal à saúde da população local.

As propostas elaboradas servirão de subsídio para a elaboração do Plano Nacional para o Poder Judiciário – “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”.

O Plano Nacional consistirá na apresentação de uma proposta de execução de ações pelos Comitês Estaduais de Saúde, sob supervisão do Fórum da Saúde, com os seguintes objetivos: acompanhar os indicadores de melhorias na prestação da atenção primária e secundária à saúde; acompanhar e monitorar indicadores da redução da judicialização; promover ações específicas orientadas pelos indicadores acima indicados; sugerir, se for o caso, a criação de câmaras de resolução pré-processual; sugerir, se for o caso, a aproximação dos magistrados com os gestores em saúde, propor medidas específicas em cada Comarca e/ou Subseção Judiciária; e avaliar outras medidas específicas para adoção pelos Comitês de Saúde do CNJ.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de sua existência, o CNJ tem contribuído sobremaneira como órgão de produção e execução de políticas públicas relativas à judicialização da saúde, especialmente no sentido de racionalizar e qualificar o exercício da jurisdição em matéria tão sensível.

Destaca-se a atuação fundamental que o CNJ vem exercendo para o exercício efetivo da cidadania, especialmente no que tange ao direito constitucional à saúde, quando apresenta ferramentas aptas a auxiliar a prestação jurisdicional quanto ao tema.

Preocupado com os efeitos da pandemia da COVID-19, o CNJ, por meio do Fórum da Saúde, vem desempenhando um papel relevante para a organização dos serviços prestados pelo Poder Judiciário, atuando na tentativa da melhoria da prestação jurisdicional, especialmente na elaboração de normativas com vistas a orientar os magistrados na condução de processos judiciais e administrativos que versem sobre o direito à saúde, a fim de garantir os melhores resultados à sociedade, principalmente durante o período excepcional da pandemia.

A elevada judicialização da saúde, aliada aos efeitos da pandemia, vem exigindo do Poder Judiciário uma análise mais técnica de questões que envolvem o direito à saúde, para as quais o magistrado não estava preparado para enfrentar. Preocupado com essa realidade, desde 2009, o CNJ passou a atuar na definição políticas e na instituição de ferramentas aptas a auxiliar a atuação da magistratura brasileira no enfrentamento das questões relacionadas à judicialização da saúde.

Ademais, como forma de aprimorar a prestação jurisdicional durante a pandemia da COVID-19, o CNJ vem atuando no sentido de orientar e sensibilizar os magistrados na adoção de providências relacionadas com os procedimentos tendentes à resolução das demandas de saúde.

Além disso, com um sistema disponível 24 horas (e-NatJus), o CNJ disponibiliza os subsídios técnicos e os fundamentos científicos que os magistrados necessitam para bem decidir, tendo como principal objetivo a qualificação e a racionalização da judicialização da saúde no Brasil.

Embora o CNJ esteja atuando para minimizar os efeitos da pandemia, certamente ocorrerá um aumento das demandas relacionadas com a saúde no período pós-pandemia, especialmente tendo em vista que o sistema público de saúde, muito provavelmente, não conseguirá suportar o atendimento à demanda reprimida durante esse período de crise, o que indubitavelmente levará a uma disparada da judicialização da saúde no Brasil, para a qual teremos que estar preparados e atentos.

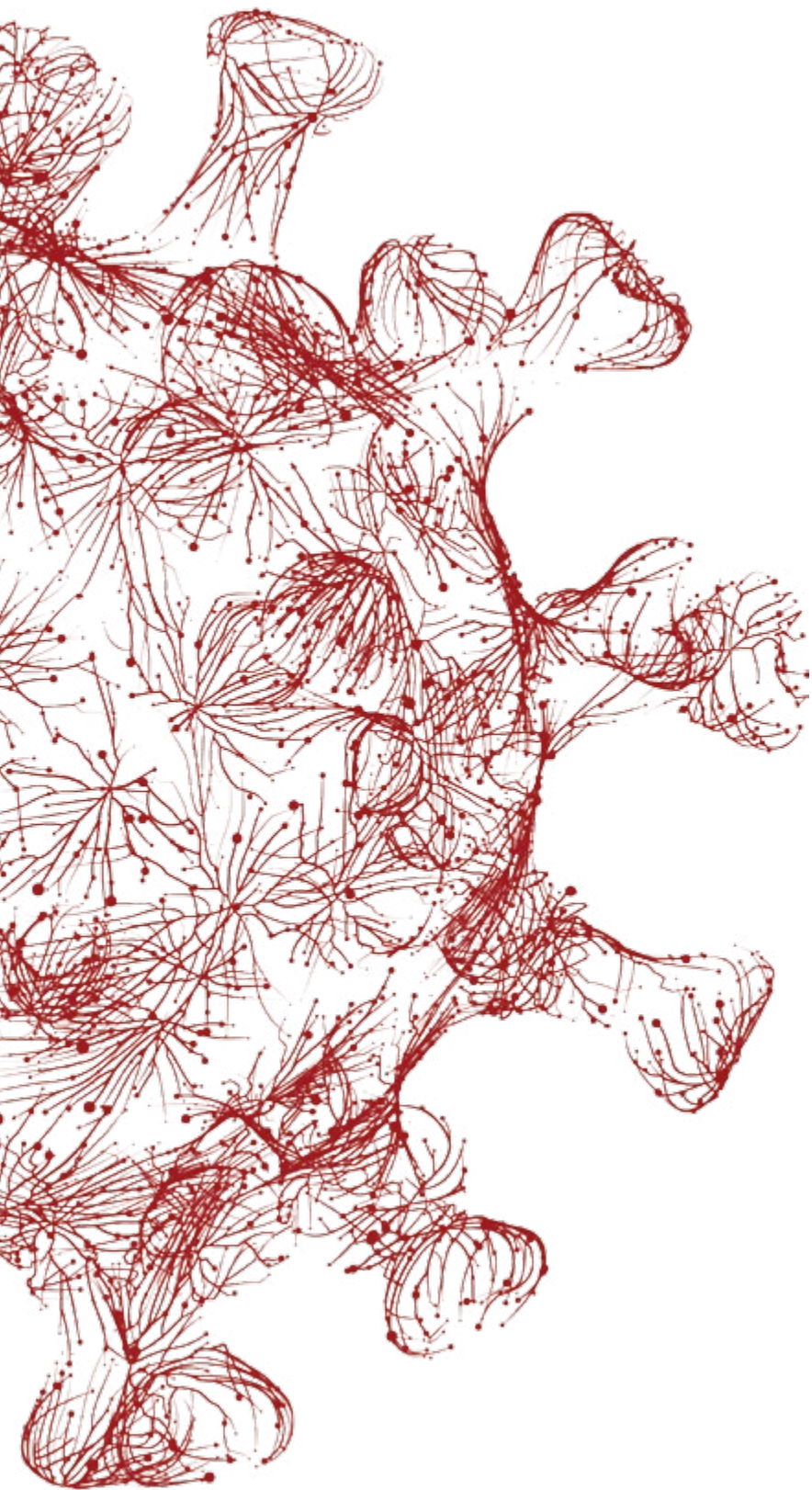
Nesse sentido, e pensando no período pós-pandemia, o Fórum da Saúde trabalha com o objetivo de buscar a estruturação de ações com vertentes organizativas e buscar o diálogo interinstitucional para que seja construída, juntamente com os gestores estaduais e municipais de saúde, uma política pública que não seja apenas imposta por meio de decisões judiciais, mas que seja discutida e implementada por todos em cooperação.

Será o momento para o sistema de justiça e o sistema de saúde conversarem entre si para apontar os problemas e oferecer caminhos que possibilitem redução na intervenção judicial.

Ao avançar em iniciativas buscando a melhoria da qualidade dos serviços básicos e especializados de saúde, portanto, o Poder Judiciário contribuirá para a prevenção de novas demandas judiciais por acesso à saúde, atuando, em última análise, para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes GF. Conselho Nacional de Justiça: fundamentos, processo e gestão. São Paulo: Saraiva; 2016.
2. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Painéis CNJ [Internet]. [acesso 2020 ago 27]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/paineis-cnj/>.
3. Lima AH. Justiça e direito à saúde. Atuação do Conselho Nacional de Justiça [Internet]. 2019 [acesso 2020 ago 30]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/justica-e-direito-a-saude-a-atuacao-do-conselho-nacional-de-justica/>.
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Sistema E-NATJUS [Internet]. [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/dashboard.php?txtData1=26%2F02%-2F2020&txtData2=10%2F08%2F2020>.
5. Brasil Conselho Nacional de Justiça. Sistema E-NATJUS [Internet]. Parecer Técnico nº 123. Hidroxicloroquina para infecção por COVID-19: Revisão sistemática rápida. [acesso 2020 ago 27]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/arquivo-download.php?hash=3662fc-98904c4e52296b31c6d21c5ebabfef6cb9>.
6. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Nota Técnica nº 24, de 12 de maio de 2020. Dirige-se ao Poder Executivo Federal, aos Poderes Executivos Estaduais e Municipais e ao Procurador-Geral da República para manifestar-se pela adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da Judicialização da Saúde durante a pandemia da Covid-19. Diário da Justiça Eletrônico. 13 maio 2020 [acesso 2020 ago 28]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3315>.
7. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 66, de 13 de maio de 2020. Recomenda aos Juízos com competência para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional de pandemia da Covid-19. Diário da Justiça Eletrônico. 14 maio 2020 [acesso 2020 ago 28]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3318#:~:text=Recomenda%20aos%20Ju%C3%ADzos%20com%20compet%C3%Aancia,de%20pandemia%20da%20Covid%2D19>.



A GESTÃO DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Sandra Krieger Gonçalves¹

RESUMO: A Constituinte de 1988 conferiu ao Ministério Público brasileiro um tratamento inédito no contexto do constitucionalismo pátrio, conferindo-lhe uma relevância de dimensão singular na nossa história e no direito comparado e alçando-o a defensor da sociedade e dos direitos transindividuais, que abrangem a saúde. A missão de fortalecer, coordenar, fiscalizar e aprimorar o Ministério Público, para uma atuação sustentável e socialmente efetiva, foi conferida ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). A situação notoriamente emergencial decorrente da pandemia da COVID-19 demanda do CNMP e, em especial, da sua Comissão de Saúde que promovam diretrizes institucionais claras e convergentes para uma atuação do *parquet* de forma harmônica, coordenada e interinstitucional para o incremento da eficiência das políticas e ações sanitárias, respeitando-se a autonomia administrativa do gestor, a unidade e indivisibilidade do Ministério Público e a independência funcional.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Saúde. Enfrentamento da Pandemia da COVID-19. Conselho Nacional do Ministério Público. Coordenação de Ações. Atuação Interinstitucional.

¹ Mestre e Doutora em Ciência Jurídica; advogada; Professora Universitária; Conselheira e Presidente da Comissão de Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP. Curriculum Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4383940U5>. sandra@kriegeradvogados.com.br / sandrakrieger@cnmp.mp.br.



I. INTRODUÇÃO

A pesquisa explicitada neste ensaio tem por objeto a atuação do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e da sua Comissão da Saúde como agente catalizador das informações e a ação integrada com os diversos ramos do Ministério Público Brasileiro (MP), sendo seu objetivo proceder o relato dos casos cuja problemática teve forte atuação dos integrantes da comissão em atuação interinstitucional dos diversos organismos fundamentais no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Pela perspectiva da atuação do MP no seu papel constitucional e do CNMP como um órgão de controle e de fixação de diretrizes nacionais do MP brasileiro em seus vários ramos, foram conduzidos diversos trabalhos cuja finalidade foi sempre a conjugação de esforços com uma ação comum.

Com apoio em breves aportes do texto constitucional vigente, tem-se como escopo dar os contornos indispensáveis à inteligência do que foi a atuação dos agentes, seu resultado e a prospecção do dever no que tange ao pós-pandemia, no âmbito de abordagem que este espaço permite.

A investigação é realizada pelo método indutivo, que compreende “pesquisar e identificar as partes de um fenômeno e colecioná-las de modo a ter uma percepção ou conclusão geral”⁽¹⁾.

2. O MINISTÉRIO PÚBLICO E SUA ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

De início, cumpre acentuar que a Constituição Federal⁽²⁾ atribuiu à instituição ministerial o relevante papel de agente de promoção dos interesses estratégicos da sociedade brasileira. Nessa esteira, nas palavras de Emerson Garcia, o MP é visto como “instituição social, voltada, primor-

dialmente, para a salvaguarda dos ideais democráticos e da sociedade como um todo, muitas vezes protegendo-a dos próprios poderes constituídos.”⁽³⁾

De fato, ganhou o MP destaque não apenas como o titular da ação penal, mas também como defensor da sociedade, notadamente no âmbito dos direitos transindividuais (difusos, coletivos e individuais homogêneos), que abrangem a saúde, transformando-se em agente político fomentador de políticas públicas.⁽³⁾

Impende observar que, no tocante às ações e aos serviços públicos de saúde, o legislador constitucional incumbiu ao MP o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos à máxima eficácia do direito fundamental à saúde, de relevância pública, bem como pela garantia do seu financiamento estatal em patamares de gasto mínimo, conforme art. 129, inciso II, da Constituição Federal⁽²⁾.

Vale aqui o registro de que a utilização do verbo “zelar”, e não “promover”, utilizado pelo legislador constitucional no tocante ao dever de atuação do MP na garantia do direito fundamental à saúde – único assim expresso entre os demais direitos fundamentais –, exige-lhe um comportamento ativo, de corresponsabilização pelos seus resultados, na perspectiva da realização prática dos fundamentos e objetivos republicanos.

Inspirado no perfil resolutivo que caracteriza a sua atuação contemporânea, cabe ao *Parquet* participar efetivamente do processo democrático, alinhando-se e colaborando com os demais órgãos da sociedade comprometidos com a concretização dos direitos fundamentais.

Nessa interlocução entre o que deve competir ao poder público para a execução governamental da política pública sanitária e o exercício do direito de ação – pelo indivíduo ou pela sociedade substituída pelo MP –, o direito à saúde, acima esquadrinhado, está diretamente relacionado também com o direito à informação adequada.

Nessa toada, tem-se que a intervenção do MP extra e judicialmente corresponde também ao exercício do dever de preservar os riscos causados por doenças e as formas de proteção, não sendo incentivado a reproduzir um comportamento prejudicial ou sem responsabilidade sobre suas consequências sociais.

Logo, resta patente a legitimidade para o MP atuar nessa sensível área, devendo assegurar e defender os direitos difusos dos usuários do serviço público de saúde que estejam sofrendo violação e, como tal, exercendo o seu papel de fiscalizador da execução dos atos do poder executivo.

3. O CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E SUA COMISSÃO DA SAÚDE

O CNMP atua em prol do cidadão executando a fiscalização administrativa, financeira e disciplinar do MP no Brasil e de seus membros, respeitando a autonomia da

instituição. O Órgão, criado em 30 de dezembro de 2004 pela Emenda Constitucional nº 45, é formado por 14 membros, que representam setores diversos da sociedade e tem como objetivo imprimir uma visão nacional ao MP, cabendo-lhe orientar e fiscalizar todos os ramos do MP brasileiro.⁽⁴⁾

Para o desempenho das funções de controle previstas no art. 130-A da Constituição Federal⁽²⁾, foi prevista uma composição mista para o CNMP, o qual deve ser integrado por representantes indicados pelo MP da União, pelos Ministérios Públicos Estaduais, pelo Poder Judiciário, pelo Poder Legislativo Federal e pela Ordem dos Advogados do Brasil.

Nesse sentido, impende frisar que a Ordem dos Advogados do Brasil possui dois assentos dentre os 14 da composição do Órgão, garantindo um olhar tanto dos advogados quanto da sociedade como integrante do sistema de justiça, no seu papel constitucional da defesa da cidadania e da ordem democrática.

Já no âmbito das comissões temáticas do CNMP, a Comissão Extraordinária de Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do Ministério Público na Área da Saúde (CES), criada pela Resolução CNMP nº 186, de 5 de março de 2018, e tornada permanente pela Emenda Regimental nº 23, de 18 de dezembro de 2019, tem por função realizar estudos e trabalhos voltados ao fortalecimento e ao aprimoramento da atuação dos órgãos do MP na tutela do direito à saúde, com a finalidade de facilitar a integração e o desenvolvimento do MP brasileiro nessa área, particularmente buscando: i) auxiliar nas ações do MP que visem à ampliação e à garantia da oferta de serviços de saúde a toda a população; e ii) colaborar no desenvolvimento de metodologias para a fiscalização das políticas públicas na área da saúde⁽⁵⁾.

Foi com esse desiderato que o trabalho da Comissão se desenvolveu também a partir de março de 2020, de forma ativa e buscando a resolutividade e a integração entre os ramos do MP brasileiro; e interinstitucionalmente com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) com o foco específico de atuação no combate à pandemia.

Os três vértices da atuação no cenário posto a partir de fevereiro do ano em curso foram baseados nas premissas de transversalidade (a atuação não é linear); unidade (diversos ramos, um único órgão); e independência funcional (atuação do órgão de controle não pode afetar a independência funcional do membro).

4. DA PANDEMIA E SEUS REFLEXOS

Firmadas as premissas acima, que bem evidenciam a atuação do MP na área da saúde e o mister constitucional atribuído ao CNMP, importa consignar que é fato público e notório que o mundo enfrenta uma pandemia de proporções inéditas, que tem levado a milhares de infectados e de mortos, ao fechamento de fronteiras, à decretação de medidas de isolamento social, ao

colapso de sistemas de saúde. A situação é gravíssima, e não há qualquer dúvida de que a infecção por COVID-19 representa uma ameaça à saúde e à vida da população.

Registre-se que o Supremo Tribunal Federal (STF), ao conceder parcialmente a medida cautelar postulada na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672, expressamente reconheceu e assegurou o exercício da competência concorrente dos governos estaduais e distrital e suplementar dos governos municipais, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios, para o enfrentamento da pandemia e a tomada de providências normativas e administrativas⁽⁶⁾.

Trazendo a questão para o espectro de atuação do CNMP, importa observar que, a despeito do decidido pelo STF, é inegável a profusão de recomendações dirigidas pelas autoridades ministeriais a prefeitos, gestores de hospitais públicos e privados e autoridades policiais locais, entre outras medidas, no sentido de adotar providências relacionadas com o combate ao novo coronavírus. Por sua vez, frequentemente, olvida-se o Membro do *Parquet* de avaliar as particularidades locais e, sobretudo, a competência suplementar dos governos estaduais e municipais para a adoção ou manutenção de medidas relacionadas com o combate da pandemia da COVID-19, reconhecida pelo STF, conforme destacado alhures.

Não se pode desconsiderar que é característica fundamental do MP a defesa firme de suas próprias atribuições, não se permitindo qualquer ingerência na independência funcional. A seu turno, também é imperativo que o exercício da função ministerial seja criteriosamente respeitoso com as atribuições alheias, em especial das autoridades públicas fiscalizadas.

Nesse diapasão, impende consignar o caráter coercitivo da recomendação como instrumento de atuação extrajudicial do MP, criado com a finalidade de reconduzir o gestor ao cumprimento estrito da legislação, em substituição à conduta anterior. Em que pese não possua força executiva, possui um caráter vinculativo mínimo, com força persuasiva, porquanto emanado de autoridade reconhecida pelo administrador. Esse caráter coercitivo da recomendação é especialmente relevante, sobretudo sob um enfoque pragmático, no âmbito dos municípios que compõem os diversos rincões deste país. Nesse sentido, transcreve-se entendimento do doutrinador Hugo Nigro Mazzilli⁽⁷⁾:

Embora as recomendações, em sentido estrito, não tenham caráter vinculante, isto é, a autoridade destinatária não esteja juridicamente obrigada a seguir as propostas a ela encaminhadas, na verdade têm grande força moral, e até mesmo implicações práticas (p. 337).

Justamente diante desse contexto, revela-se imperioso salientar que o Procurador-Geral da República e o CNMP, em especial por meio da Comissão da Saúde, têm buscado coordenar as ações do MP, fazendo-o com habilidade e prudência, para não desrespeitar, nem de longe, as autonomias institucionais e a independência funcional.

Não por acaso, a primeira ação desenvolvida pela CES, logo depois do reconhecimento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), deu-se por meio de uma articulação com a 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal. A união de esforços entre o CNMP e a atividade fim, neste caso representada pelo Ministério Público Federal, concretizou-se na edição de Nota Técnica Conjunta nº 1/2020 – CES/CNMP/1ª CCR, de 26 de fevereiro de 2020, encaminhando-se ao MP brasileiro os seguintes subsídios para a atuação no enfrentamento da crise da COVID-19:

- a) Atuação coordenada, com o protagonismo das unidades e ramos do Ministério Público, para o acompanhamento das ações realizadas pela Vigilância em Saúde, em todos os níveis;
- b) Incentivo aos Centros de Apoio Operacional especializados em saúde, ou órgãos assemelhados das unidades e ramos do MP, para que se aproximem das autoridades sanitárias locais, visando acompanhar e tomar ciência dos Planos Estaduais de Contingenciamento. Esta aproximação, de vocação ativa e resolutiva, permitirá a identificação de eventuais vulnerabilidades dos sistemas estaduais e municipais e suas adequações antes do surgimento de casos confirmados;
- c) Incentivo aos Órgãos de Execução do Ministério Público com funções na área da saúde no âmbito municipal, para que se aproximem dos gestores locais da saúde visando a acompanhar e tomar ciência dos Planos Municipais de Contingência, nos mesmos moldes sugeridos no item anterior;
- d) Acompanhamento sistemático das medidas e orientações do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o COVID-19 para a resposta eficiente no combate aos riscos de epidemia em território nacional.⁽⁸⁾

Note-se que, já naquele momento embrionário da COVID-19 em território nacional, a CES já postulava uma aproximação entre o MP e os gestores, de modo coordenado, com uma aproximação nitidamente resolutiva, o que significa uma mudança de paradigma com o abandono do modelo persecutório para um modelo de obtenção conjunta de resultados e avanços.

Ainda nesse ideativo de balizar a atuação ministerial nesse período de pandemia, assume especial relevância a edição da Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 02/2020, fixando critérios de atuação para o MP na fiscalização de políticas públicas, não se podendo perder de vista que a efetivação dessas políticas se dá exclusivamente por atos administrativos de gestão, e não por atos judiciais ou de controle⁽¹⁰⁾.

Vale pontuar que o princípio da independência funcional não pode se revelar refratário a qualquer forma de controle, sob pena de se legitimarem ações de todo arbitrarias. Nesse contexto, a atuação pautada pelo resguardo ao pleno exercício de competências constitucionais reservadas aos gestores públicos assegura que se preservem espaços reservados à opção do administrador,

sobretudo quando ausente consenso científico sobre a questão, e permite a execução de estratégias de forma clara e coordenada nesse tempo de pandemia por parte das autoridades legitimadas.

Evitam-se, assim, iniciativas paralelas, dissonantes e, por vezes, dissociadas de critérios científicos e técnicos, a exemplo de algumas iniciativas do *Parquet* relacionadas desde o critério de determinação do isolamento social até à distribuição de medicamentos.

Com efeito, o controle e a fiscalização, atividades tão bem desempenhadas pelo órgão ministerial, não podem transmudar-se para uma função eminentemente de gestão e execução de políticas públicas do administrador. As missões de cada um, asseguradas constitucionalmente, devem ser respeitadas, não se revelando razoável a sobreposição ou substituição de um pelo outro. Não incumbe, pois, ao MP a eleição de políticas públicas, mas, sim, a atuação como agente indutor, proativo e resolutivo das garantias de efetivação dos direitos fundamentais decorrentes destas políticas.

É necessário, assim, que os membros do MP brasileiro atentem para os limites de suas funções institucionais, respeitando a autonomia administrativa do gestor e observando o limite de análise objetiva de sua legalidade formal e material. Nesse sentido, é premente, como bem frisa a Recomendação CNMP PRESI-CN nº 02/2020, exercitar a autocontenção e respeitar o legítimo exercício da competência administrativa, ainda que com ele não se concorde⁽⁹⁾.

Inúmeros avanços foram obtidos na atuação da CES, em tempos de pandemia, com a implantação dessa visão de atuação, pensada no respeito à atuação coordenada, interinstitucional, como, por exemplo, a Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 1, de 20 de março de 2020, que dispõe sobre a priorização de reversão de recursos decorrentes da atuação finalística do MP brasileiro para o enfrentamento da pandemia⁽¹⁰⁾.

Ainda no âmbito do fortalecimento da atuação dos diversos ramos e unidades do MP, a CES desenvolveu estratégias para a garantia da publicidade dos esforços concentrados dos ramos e unidades.

Assim, e com base no documento acima, é que se desenvolveu o sistema DEST-COVID (DestCOVID), capaz de reunir os dados de todas as destinações realizadas pelo Ministério Público Federal, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Ministério Público dos Estados, no enfrentamento da COVID-19. Esse sistema, como não poderia ser diferente, evoluiu para um painel de *Business Intelligence* (BI) capaz de apresentar a compilação gráfica desses esforços (Painel de Dados – DestCOVID). A importância dos esforços concentrados dos ramos e unidades, consolidados por meio de uma atuação coordenada da CES, permite, inclusive, a fiscalização mais eficiente dos gastos realizados pelos gestores.

A demanda crescente por ações e serviços de saúde durante a pandemia, associada à dificuldade dos gestores de dar o suporte necessário, levou a CES a sugerir, no âmbito normativo do CNMP, a edição de recomendações. Seu escopo é dirigido ao público interno da instituição

para que, respeitado o princípio da independência funcional, seja alcançada forma mais adequada e eficiente de atuação.

Nessa esteira, a Recomendação CNMP nº 72, de 23 de abril de 2020, trouxe a todos os ramos e unidades a preocupação com o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento de tecnologias, como a dos respiradores desenvolvidos por centros universitários⁽¹¹⁾.

Não bastassem essas ações, a CES ainda interveio em diversas reuniões de articulação com a gestão, ponderando as dificuldades e buscando possíveis soluções para questões dos mais diversos espectros.

Podem-se destacar as reuniões e acordos extrajudiciais com a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (Anvisa), relacionados com os parâmetros e exigências para a fabricação e comercialização de equipamentos de respiração artificial; a discussão com o Ministério da Saúde para a regularização da oferta dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva em todo o território nacional, com a antecipação dos recursos financeiros necessários à contratação das equipes mínimas; e o diálogo com a gestão tripartite do Sistema Único de Saúde sobre a regularização do fornecimento dos medicamentos para a intubação de pacientes graves com COVID-19.

O intento da CES, em sua intervenção relacionada com a COVID-19, sempre se baseou na implantação de um modelo de atuação resolutivo, baseado em uma atuação horizontalizada dos membros do MP, como substituição à visão tradicional, hierarquizada.

Uma conclusão a que se pode chegar é que, apesar da modificação das estratégias de ação da CES, no início de 2020, com a chegada da COVID-19, a mentalidade de atuação manteve-se focada na resolutividade, na atuação coordenada, na obtenção de soluções interinstitucionais, restando intacta a independência funcional e potencializando a unidade do MP brasileiro.

Frise-se também que, com o desiderato de potencializar a atuação conjunta, interinstitucional e voltada à atuação preventiva, extrajudicial e resolutiva dos ramos do MP brasileiro no esforço nacional de contenção do novo coronavírus, bem como garantir a integração harmônica e preservar o MP perante eventuais dispersões ou contradições, ainda que não intencionais, o Procurador-Geral da República instituiu, em 16 de março do corrente ano, o Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (Giac-COVID-19), para dar suporte à atuação ministerial durante a pandemia. O CNMP integra o Grupo Executivo do Giac-COVID-19, por meio da atuação da CES/CNMP.

Entre as atividades realizadas pelo Giac-COVID-19, efetivou-se a consolidação diária de dúvidas e questionamentos apontados por membros do *Parquet*. Além disso, foram estabelecidos pontos de contato com as secretarias municipais e estaduais de saúde, de forma que as demandas locais e regionais sejam tratadas de forma rápida e coordenada. É inegável, portanto, a existência de diretrizes institucionais claras e convergentes, tanto por parte da Procuradoria-Geral da Re-

pública, quanto do CNMP, no sentido de que a atuação ministerial no combate à pandemia do novo coronavírus deve se desenvolver de forma harmônica e coordenada.

A interlocução entre a CES e os diversos ramos e unidades do MP, iniciada com a criação do Giac-COVID-19, revelou-se extremamente profícua, a ponto de a CES desenvolver, em parceria com a Secom/CNMP, a divulgação das iniciativas exitosas por meio da *hashtag* #MPcontraCOVID-19.

Como se vê, todo o trabalho desenvolvido nesse período conduziu a uma mentalidade colaborativa entre os atores (gestão e controle). A mais recente evidenciou-se com a formalização do Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e o CNMP.

Esse instrumento foi construído com a missão de permitir o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle dos recursos, garantindo-se cada vez mais transparência nas informações; e instrumentalizar o MP brasileiro de dados claros, fiáveis, segundo os quais este poderá exercer o seu papel constitucional que garanta melhorias contínuas nas ações e serviços de saúde.

Em outro norte, o acordo aproveita a capilaridade que o MP possui, em todo o território brasileiro, com a identificação dos maiores entraves para a implantação das ações e serviços da saúde, permitindo uma contínua interlocução.

Assim, importa salientar que o CNMP, em especial a partir de sua CES, encontrou no diálogo interinstitucional, no trato horizontalizado das discussões e na coordenação da atuação entre os ramos e unidades um instrumento hábil para a busca de soluções diante da excessiva burocratização na distribuição dos recursos públicos, dos entraves para o exercício do controle ministerial, do rigor fiscalizatório ao qual os gestores da saúde são submetidos e da priorização pela judicialização no lugar do diálogo, que se revelam um constante desafio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O amadurecimento do CNMP, em seus 15 anos de existência, é corolário do crescimento contínuo de suas demandas e da amplitude e complexidade de suas missões constitucionais, seja no que concerne ao exercício do controle externo de todos os ramos do MP da União e dos Estados e do cumprimento dos deveres funcionais de seus Membros, seja em relação ao seu relevante papel de indutor de políticas institucionais e desenvolvedor de projetos e ações que visem ao fortalecimento e ao aprimoramento do *Parquet*.

O êxito dessas missões, conseqüentemente, contribui sobremaneira para o aumento da confiança depositada pela sociedade nas instituições essenciais à promoção da justiça. Nesse sentido, reafirma-se uma visão de futuro do CNMP, que é ser uma instituição de importante papel prospectivo, reconhecida como transformadora da realidade social e essencial à preservação do Estado Democrático de Direito.

Diante da conjuntura imposta pela pandemia da COVID-19, o CNMP tem buscado pacificar a atuação dos membros do Ministério Público brasileiro, conjugando ações no sentido de evitar a invasão de atribuições alheias e a consequente multiplicação dos conflitos entre os diferentes ramos e unidades, permitindo-se, assim, uma atuação harmônica e responsável.

Cristalizando o importante papel político-institucional desse Órgão, a CES do CNMP assumiu proeminência no enfrentamento da crise do vírus SARS-CoV-2, incentivando uma atuação resolutiva e coordenada em busca de soluções efetivas e interinstitucionais, promovendo a consolidação de iniciativas e oferecendo subsídios para atuação dos agentes ministeriais.

Os momentos de crise testam a capacidade humana de superação. No caso específico da COVID-19, foram também testadas as instituições. O CNMP identificou em cada ramo e unidade tanto as boas práticas quanto as dificuldades e as transformou em oportunidades para que o *Parquet* possa consolidar-se ainda mais na concretização da cidadania e na preservação do direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pasold CL. Metodologia da Pesquisa Jurídica: Teoria e Prática. 11. ed. Florianópolis: Conceito Editorial/Millennium; 2008. p. 86.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
3. Garcia E. Ministério Público: organização, atribuições e regime jurídico. 4. ed. São Paulo: Saraiva; 2014. p. 75.
4. Cambi E. Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo. Direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário. 3. ed. São Paulo: Almedina; 2016.
5. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução nº 92, de 13 de março de 2013. Aprova o novo Regimento Interno do Conselho Nacional do Ministério Público e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 18 mar 2013 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/46>.
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 Distrito Federal. Impetrante: Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Impetrado: Presidente da República. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Diário da Justiça Eletrônico [Internet]. 14 abr 2020 [acesso 2020 out 13]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5885755>.
7. Mazzilli HN. O inquérito civil. São Paulo: Saraiva; 1999. p. 337.
8. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Comissão da Saúde. 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal. Nota Técnica Conjunta nº 1/2020, de 26 de fevereiro de 2020. Nota Técnica referente a atuação dos membros do Ministério Público brasileiro em face da decretação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional para o coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União [Internet]. 27 mar. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/nota-tecnica-conjunta-n-1/ces/cnmp/1-ccr-de-26-de-fevereiro-de-2020-244960516>.
9. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 1, de 20 de março de 2020. Dispõe acerca da priorização de reversão de recursos decorrentes da atuação finalística do Ministério Público brasileiro para o enfrentamento da Epidemia do Novo Coronavírus (Coronavírus-19). Diário Eletrônico do CNMP [Internet]. 21 mar. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/7243/>.

10. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 02/2020, de 18 de junho de 2020. Recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público brasileiro critérios de atuação na fiscalização de políticas públicas. Diário Eletrônico do CNMP [Internet]. 19 jun. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/7385/>.
11. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Recomendação CNMP nº 72, de 23 de abril de 2020. Recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público Brasileiro a adoção de medidas para o incremento de insumos de saúde, mediante parcerias entre órgãos governamentais, iniciativa privada e instituições de ensino e pesquisa, no desenvolvimento de soluções de inovação aberta para minimização dos impactos da pandemia de COVID-19. Diário Eletrônico do CNMP [Internet]. 01 jun. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/7294/>.

A REGULAÇÃO SANITÁRIA E A RESPOSTA À PANDEMIA NO BRASIL: A ATUAÇÃO DA ANVISA

Danitza Passamai Rojas Buvnich¹

RESUMO: O Brasil – e o mundo – vive os impactos de uma pandemia em pleno século XXI. Desafiando as estruturas de saúde, a COVID-19 abalou social, política e economicamente os países ao redor do planeta. Com mais de 5 milhões de casos confirmados e 150 mil mortes, o Brasil sente os efeitos da doença. É nesse contexto que se pretende analisar a atuação da regulação sanitária brasileira. O presente artigo teve como objetivo sistematizar as ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) durante nove meses, apontando as principais medidas regulatórias utilizadas pela agência para cumprimento de sua missão institucional no combate à pandemia. Para tanto, a pesquisa realizada, de natureza qualitativa, buscou, por meio de análise documental, identificar e registrar as principais ações institucionais para dar respostas de alta complexidade técnica com a velocidade que o contexto exigia. Como resultado, identificou-se que a Anvisa promoveu um grande volume de medidas sanitárias, principalmente relativas ao controle de viajantes e à flexibilização regulatória. Também produziu medidas para garantir a segurança de pacientes e ambientes, bem como o abastecimento de produtos essenciais. Promoveu inovações em processos, registrando de forma célere produtos também inovadores e promoveu ações de controle de preços de produtos.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Regulação Sanitária. Anvisa.

¹ Doutora em Administração Pública e Governo pela Universidade Complutense de Madri; servidora pública da Agência Nacional de Vigilância Sanitária desde 2005, ocupa atualmente o cargo de Gerente-geral de Gestão de Pessoas; Link para o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4295486712634766>. danipassamai@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Entende-se como “boa regulação sanitária” aquela capaz de garantir a proteção da saúde da população por meio de instrumentos que sejam pautados nas melhores práticas regulatórias e em evidências científicas de qualidade. Desafio cada vez maior, considerando que a conjuntura regulatória nos confronta com o aumento da complexidade e volatilidade das tecnologias e um ambiente competitivo em torno de inovações cada vez mais avançadas.

Mais ainda, quando se está enfrentando uma pandemia para a qual o mundo não tinha respostas prontas. Até o momento, não se têm medicamentos ou tratamentos definitivos. A sociedade tenta se organizar em torno de soluções que possam prevenir, mitigar, assistir, curar. Universidades e as empresas correm contra o tempo em busca de alternativas que possam impedir o avanço da doença.

É nesse contexto que o trabalho buscou responder à seguinte pergunta: quais medidas regulatórias sanitárias foram implementadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para que o Brasil pudesse responder à pandemia do novo coronavírus?

A regulação sanitária no Brasil é realizada pela Anvisa, que tem o papel de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles referentes, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

Seus objetos de atuação são: alimentos; agrotóxicos e afins; saneantes; cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; dispositivos médicos; imunobiológicos e suas substâncias

ativas, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos; produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e quaisquer outros novos produtos que possam apresentar risco à saúde.

Não é difícil perceber que, pelo seu universo de atuação, a Anvisa acaba por assumir um papel de extrema importância no contexto da pandemia do novo coronavírus. Isso porque a amplitude de seu espectro de atuação determina que haja, em diversas situações, a interface com a regulação sanitária para que se exerça o controle da pandemia.

2. METODOLOGIA

Para que a pergunta a esta pesquisa fosse respondida, foi necessária uma sistematização da produção documental da Anvisa. Foram analisadas 46 normas publicadas; 54 Notas Técnicas; 17 Protocolos; 27 Procedimentos; 11 Esclarecimentos e 12 Notas Informativas, além de diversas notícias divulgadas.

A principal fonte de informação foi o portal institucional da própria Anvisa e o Diário Oficial da União. Informações complementares foram buscadas por meio do portal exclusivo para servidores (Intravisa), pelo sistema de gestão documental (Sei Anvisa). Alguns esclarecimentos foram obtidos diretamente com os gestores das áreas técnicas responsáveis.

A primeira fase da pesquisa contou com a identificação da produção documental em ordem cronológica. A segunda fase consistiu na análise de conteúdo dos documentos produzidos. A partir dessa análise, a autora propôs a organização das ações regulatórias em seis categorias (eixos), subdivididas em macroações, assim organizadas:

Eixo 1: Medidas de controle de viajantes e mercadorias: (i) novos requisitos sanitários para importação e exportação de bens e produtos; (ii) requisitos complementares para funcionamento de portos, aeroportos, recintos alfandegados e fronteiras; (iii) regras para circulação de pessoas em portos, aeroportos e recintos alfandegados.

Eixo 2: Medidas para serviços de assistência e interesse à saúde: (i) medidas de controle de infecções e segurança do paciente; (ii) segurança sanitária de ambientes.

Eixo 3: Medidas de regulação econômica e monitoramento de mercado: (i) manutenção do abastecimento de produtos considerados essenciais; (ii) medidas de fiscalização e controle de preço.

Eixo 4: Medidas de flexibilização regulatória: (i) priorização de análise e regularização de produtos; (ii) critérios, requisitos e procedimentos extraordinários para regularização de produtos para prevenção e tratamento da COVID-19.

Eixo 5: Registro de produtos inovadores e anuência em pesquisas clínicas para desenvolvimento de medicamentos para combate à COVID.

Eixo 6: Inovação em processos de trabalho para agilização da ação regulatória.

A organização das iniciativas nos eixos foi feita em uma tabela na qual se registrou uma descrição resumida. A sistematização proposta possibilitou enxergar toda a produção técnica da Anvisa em eixos de atuação, facilitando o entendimento do que foi feito.

Não obstante, é muito importante a compreensão de como as medidas foram evoluindo ao longo do tempo, para que se apreenda a racionalidade das medidas regulatórias. Para tentar sistematizar essa interpretação de forma mais analítica, a autora optou por estabelecer fases que, de alguma maneira, evidenciassem as medidas adotadas.

Em outras palavras, a organização em eixos visou consolidar as medidas de mesma finalidade; enquanto a narrativa em fases visa evidenciar de forma mais didática a evolução das medidas regulatórias.

FIGURA I – descrição esquemática das medidas regulatórias distribuídas em fases



Fonte: elaboração própria.

Nesse sentido, as ações da primeira fase estiveram mais direcionadas às medidas de controle de viajantes, estabelecimento de orientações sobre a segurança sanitária de pacientes e trabalhadores da saúde e manutenção do abastecimento de produtos considerados essenciais para o enfrentamento da pandemia. A segunda fase foi marcada por ações de flexibilização regulatória, inovação de produtos e segurança de ambientes; enquanto a terceira fase se destacou com ações de inovação em processos, inovação de produtos com foco nas pesquisas clínicas e fiscalização de preço.

É importante ressaltar que o fato de terem sido estabelecidas fases não significa que as medidas ficaram restritas a um período temporal. As ações têm certa continuidade/perenidade. Ademais, as medidas vão sendo reforçadas ou ajustadas por ações posteriores, já que o próprio entendimento acerca das condições de saúde vai evoluindo e possibilitando maior apropriação técnica sobre os temas.

O levantamento realizado evidenciou ainda algumas outras iniciativas que não foram categorizadas, como: participação em comitês e comissões técnicas; reuniões setoriais; simulações; ações de monitoramento; produção de material educativo e informativo; ações de coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Sobre as ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cabe registrar que o artigo não teve como objetivo sistematizá-las, a despeito de sua substancial importância no controle pandêmico.

A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2020 e tem como foco a sistematização das ações – ainda que de forma não exaustiva –, e não a avaliação acerca da sua efetividade ou impacto. Detalham-se, na sequência, as ações implementadas.

3. ANÁLISE DAS AÇÕES

3.1 RETROSPECTIVA DAS AÇÕES DE COMBATE À PANDEMIA

No dia 31 de dezembro de 2019, a China identificou um surto de doença respiratória em trabalhadores de um mercado de alimentos de Wuhan, capital da província de Hubei. Posteriormente, identificou-se, como causador desse surto, o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que provoca a doença respiratória chamada de COVID-19 (do inglês Coronavirus Disease 2019) ⁽¹⁾.

O primeiro Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde foi publicado em 16 de janeiro de 2020, com informações sobre o vírus inicialmente detectado na China. No dia 22 de janeiro, o Comitê de Operações de Emergência em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (COE) é ativado em nível 1 de alerta, sem casos suspeitos.

Foi no dia 3 de fevereiro que, por meio da Portaria nº 188 do Ministério da Saúde ⁽²⁾, foi declarado o estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV).

As ações da Anvisa iniciaram-se com a ativação do COE em 22 de janeiro. Em 27 de janeiro, foi instituído, por meio da Portaria Anvisa nº 74 ⁽³⁾, o Grupo de Emergência em Saúde Pública para coordenação das ações internas referentes ao Novo Coronavírus (NCoV). Iniciam-se, nesse período, as primeiras ações de orientação e articulação institucionais.

Na sequência, uma série de ações de reforço de orientações de controle a viajantes foram realizadas para os postos das Coordenações de Portos, Aeroportos e Fronteiras.

Os meses de janeiro, fevereiro, até meados de março, marcam o período da Primeira Fase de ações de enfrentamento da pandemia, com ações que tinham como objetivo retardar ao máximo a circulação do vírus no país, bem como garantir que o Sistema de Saúde brasileiro estivesse adequadamente abastecido dos insumos necessários.

3.1.1 PRIMEIRA FASE: ENFOQUE NO CONTROLE DE VIAJANTES; SEGURANÇA SANITÁRIA DE PACIENTES E TRABALHADORES E MANUTENÇÃO DO ABASTECIMENTO DE INSUMOS

Entre o final de janeiro e o início de fevereiro, a Gerência de Infraestrutura, Meio de Transporte e Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GIMTV) passa a emitir uma sequência de Notas Técnicas orientando as equipes de vigilância sanitária e dos postos médicos dos pontos de entrada para a detecção de casos suspeitos e utilização de equipamento de proteção individual (EPI). As orientações para detecção seguiam os critérios clínicos do Ministério da Saúde.

Orientações para os operadores de meios de transporte, equipes de postos médicos e administradores de terminais reforçaram a necessidade de notificação imediata de casos suspeitos do novo coronavírus nos pontos de entrada.

Para orientação aos viajantes, avisos sonoros em inglês, português e espanhol sobre sinais e sintomas e cuidados básicos, como lavagem regular das mãos, cobertura da boca e nariz ao tossir e espirrar, foram veiculados.

Protocolos foram estabelecidos e comunicados às companhias aéreas e marítimas sobre a conduta a ser adotada em caso de detecção de casos suspeitos a bordo.

A primeira ação de maior impacto foi a participação da Anvisa no planejamento e execução da operação interministerial de repatriamento de brasileiros que estavam na cidade de Wuhan na China. Esse foi o primeiro repatriamento de uma série deles, para os quais a Anvisa emitiu diversas orientações técnicas^(4,5).

Foi com base no posicionamento técnico da Anvisa que foi publicada a Portaria nº 152, de 27 de março de 2020⁽⁶⁾, que estabeleceu a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros.

Além dessas medidas, foram adotadas medidas de: (i) delegação ao órgão de Vigilância Sanitária (Visa) ou equivalente nos Estados e no Distrito Federal a competência para elaborar a recomendação técnica e fundamentada relativamente ao estabelecimento de restrições excepcionais e temporárias por rodovias de locomoção interestadual e intermunicipal; (ii) orientações sobre quarentena de viajantes e tripulantes; (iii) protocolo para quarentena de viajantes em hotéis; (iv) protocolo para quarentena de embarcação com caso confirmado para COVID-19; (v) orientações sobre embarque e desembarque de tripulantes de embarcações e plataformas; (vi) regulamento técnico sobre promoção da saúde nos portos e embarcações; (vii) avaliação do controle de temperatura como método de triagem de casos suspeitos em pontos de entrada etc.

A Anvisa também exerceu seu protagonismo promovendo o assessoramento técnico contínuo como coordenadora nacional das ações de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) nos serviços de saúde do país. Nesse sentido, foram produzidas:

(i) orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente nos hospitais; (ii) orientação sobre ajustes na indicação do uso de EPI para algumas situações específicas para o enfrentamento da COVID-19⁽⁷⁾; (iii) orientações gerais sobre hospitais de campanha⁽⁸⁻¹⁰⁾; (iv) orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde⁽¹¹⁾; (v) orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus em procedimentos cirúrgicos⁽¹²⁾; (vi) critérios técnicos para triagem clínica de dengue, chikungunya, zika e coronavírus nos candidatos à doação de sangue^(13,14).

Para garantir o abastecimento dos insumos necessários ao combate do novo coronavírus, foram publicados dois editais. O primeiro teve por objetivo obter informações sobre os estoques dos produtos sujeitos à vigilância sanitária que pudessem ser utilizados como insumos essenciais para o enfrentamento do vírus (Edital nº 3/2020).

O segundo buscou obter informações sobre produtos sujeitos à vigilância sanitária com risco de desabastecimento – utilizados ou não como insumos para enfrentamento da COVID – de forma a identificar proativamente possíveis ameaças à saúde pública, devido às consequências relacionadas com a pandemia de COVID-19 (Edital 5/2020).

Complementarmente, diversas outras iniciativas foram tomadas ao longo dos meses que se seguiram: (i) orientação sobre a racionalização do uso de respiradores descartáveis nos estabelecimentos fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes⁽¹⁵⁾; (ii) autorização prévia para fins de exportação de cloroquina e hidroxicloroquina e de produtos sujeitos à vigilância sanitária destinados ao combate da COVID-19 (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 352/2020); (iii) inclusão dos medicamentos à base de cloroquina ou hidroxicloroquina na lista de substâncias controladas, para evitar a automedicação e eventual interrupção de tratamento de pacientes portadores de malária, artite e lúpus (RDC nº 351/2020); (iv) publicação da RDC 381/2020, que dispôs sobre a autorização prévia para fins de exportação de matéria-prima, produto semielaborado, produto a granel ou produto farmacêutico acabado destinados ao combate da COVID-19.

Ao final do mês de março, o quadro da pandemia no Brasil contabilizava mais de 3.400 casos confirmados, com uma taxa de letalidade de 2,7%. Muitos governadores já haviam suspenso as aulas.

3.1.2 SEGUNDA FASE: FOCO NA FLEXIBILIZAÇÃO REGULATÓRIA; INOVAÇÃO DE PRODUTOS E SEGURANÇA DE AMBIENTES

Nesse momento, o mundo já corria contra o tempo para identificar alternativas para tratamento e contenção do vírus. A autoridade sanitária buscou, então, ajustar alguns requisitos e processos de análises à situação extraordinária que estava sendo vivenciada.

São estabelecidas medidas de priorização de análise de solicitações referentes aos processos relativos a produtos para o diagnóstico de COVID-19 e de outros agentes causadores de infecções respiratórias; e priorização da análise de processos de registro de géis antissépticos para mãos, água sanitária e desinfetantes de uso geral e hospitalar, já que a desinfecção das mãos e dos ambientes era uma das medidas de prevenção com maior eficácia.

Não por outro motivo que diversas medidas foram tomadas tendo como foco géis antissépticos e desinfetantes: (i) critérios e procedimentos para fabricação e venda de produtos para higienização sem autorização prévia do órgão (RDC 350/202); (ii) publicação de norma que definiu os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a exposição à venda de preparações antissépticas ou sanitizantes oficinais (RDC 347/2020); (iii) estabelecimento de medidas excepcionais para fabricação de álcool 70% com a finalidade de doação aos órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS), para viabilizar os estoques de produtos que pudessem ser utilizados no enfrentamento da pandemia de COVID-19⁽¹⁶⁾; (iv) autorização da comercialização do álcool líquido 70% em embalagens de até 1 litro para facilitar o acesso da população ao produto e orientação sobre os cuidados necessários na sua manipulação.

Outras medidas de flexibilização regulatória são tomadas para permitir a entrada no mercado de produtos considerados essenciais para atendimento à Emergência em Saúde, tais como alternativas para Certificação de Boas Práticas de Fabricação para manter a normalidade do acesso a produtos essenciais; normas extraordinárias para avaliação de pedidos de registro de medicamentos e produtos biológicos para prevenção e tratamento do novo coronavírus (RDC 348/20) e uma série de medidas que facilitaram a importação de produtos: (i) publicação de norma que dispôs, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2 (RDC 379/2020); (ii) publicação de norma que definiu os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de regularização de EPI, de equipamentos médicos do tipo ventilador pulmonar e de outros dispositivos médicos identificados como estratégicos pela Anvisa (RDC 349/2020); (iii) publicação de norma que dispôs sobre a importação de produtos para diagnóstico *in vitro* de coronavírus durante a emergência de saúde pública de importância internacional (RDC 366/2020); (iv) publicação de norma que dispôs, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação, comercialização e doação de ventiladores pulmonares indispensáveis em unidades de terapia intensiva (RDC 378/2020); (v) publicação de norma que definiu os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para obtenção da Anuência Excepcional para Fabricação, Comercialização e Doação de Equipamentos de Suporte Respiratório Emergencial e Transitório (RDC 386/2020).

Foi nesse período, também, que foram emitidos os registros dos primeiros *kits* de diagnóstico rápido voltados para uso profissional. Por permitirem a leitura dos resultados

em 15 minutos, os produtos foram uma importante contribuição para a testagem em massa da população. A aprovação dos novos produtos foi feita com base na RDC 348/2020, que permitiu a priorização da avaliação de produtos para diagnóstico laboratorial (*in vitro*) do novo coronavírus.

Nesse período, também foi emitida anuência para pesquisa da aplicação da hidroxicloroquina para o tratamento da COVID. A anuência dada pela Anvisa ao Hospital Israelita Albert Einstein envolveu dois estudos: um sobre o uso de hidroxicloroquina e azitromicina para prevenção de complicações em casos leves a moderados; e o outro, uma avaliação da segurança e eficácia clínica da hidroxicloroquina associada à azitromicina em pacientes com pneumonia em casos graves.

Também foram emitidas orientações técnicas sobre ensaios clínicos e o uso experimental de produto de terapia avançada para o tratamento de pacientes acometidos com COVID-19⁽¹⁷⁾. Foram emitidos esclarecimentos sobre os aspectos regulatórios do uso de plasma de doador convalescente para tratamento da COVID-19⁽¹⁸⁾; e mais de 90 registros de ventiladores pulmonares foram aprovados.

À medida que o tempo de manutenção da pandemia se estende e que o “fazer cotidiano” precisa encontrar maneiras de se adaptar à condição de saúde, a regulação sanitária passa a ser desafiada a avaliar novas tecnologias ou novas aplicações de tecnologias já conhecidas.

Foram emitidas orientações da Anvisa para prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus em instituições de longa permanência para idosos⁽¹⁸⁾; orientação para a utilização de testes rápidos (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias privadas⁽¹⁹⁾; uso de luvas e máscaras em estabelecimentos da área de alimentos no contexto do enfrentamento da COVID-19⁽²⁰⁾; mapeamento nas Visa quanto à atuação nos presídios; uso de luz ultravioleta (UV) para desinfecção de ambientes públicos e hospitalares⁽²¹⁾.

Orientações sobre a segurança do paciente e trabalhadores são reforçadas e aprimoradas. São exemplos de medidas de qualificação das análises inicialmente feitas: informações sobre processamento (reprocessamento) de EPI; manual de biossegurança para o enfrentamento da COVID-19 em Clínicas de Reprodução Humana Assistida; orientações gerais para os Bancos de Tecidos referentes ao enfrentamento da pandemia do SARS-CoV-2.

3.1.3 TERCEIRA FASE: ENFOQUE NA INOVAÇÃO DE PROCESSOS; INOVAÇÃO DE PRODUTOS POR MEIO DE ANUÊNCIAS EM PESQUISAS CLÍNICAS E FISCALIZAÇÃO DE PREÇO

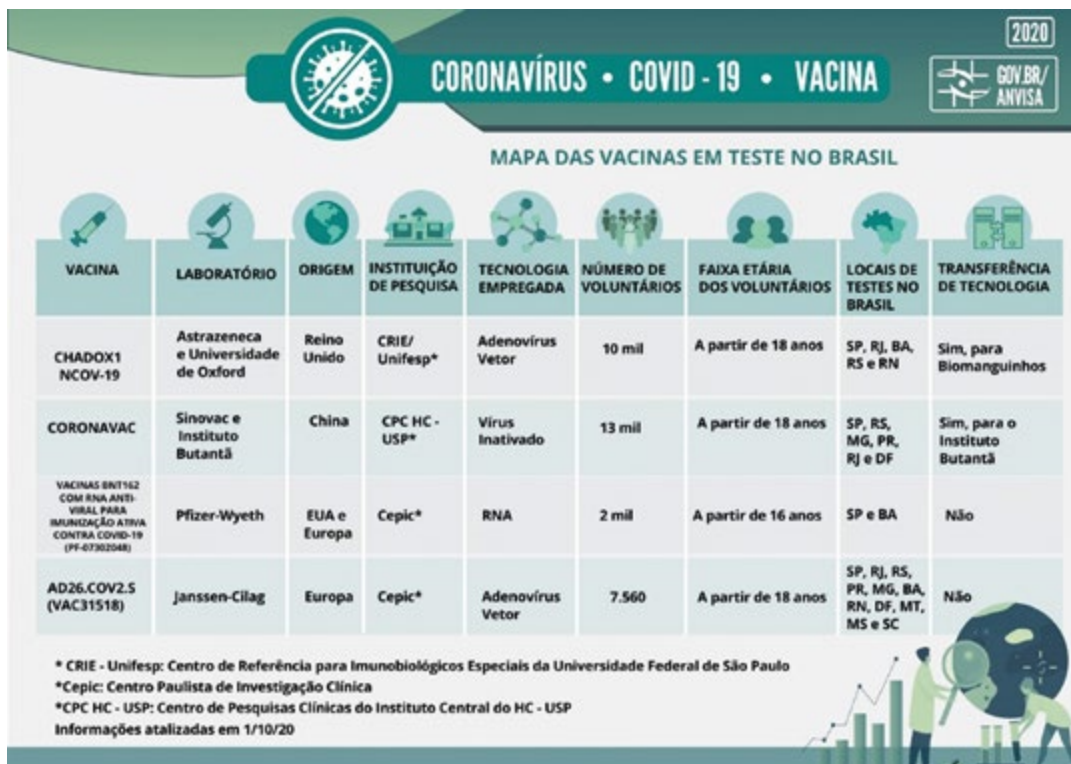
Para além das normas que flexibilizaram critérios técnicos e estabeleceram priorizações de análises, inovação em processos também precisou ser realizada para viabilizar a aceleração do acesso aos produtos essenciais.

Foram os casos da inclusão temporária de procedimento de emissão de certificado sanitário por análise documental (RDC 384/2020); anuência parametrizada expedida para os pedidos de licença de importação dos NCM (Nomeclatura Comum do Sul – são códigos que determinam o tratamento da mercadoria) relacionados, que terão deferimento automático no sistema, sem necessidade de protocolização de processo de importação; publicações e alterações de registros de cosméticos duas vezes por semana para agilizar procedimento de autorização; novo fluxo para agilizar pedidos de estudos clínicos com medicamentos para prevenção e tratamento da COVID-19 e, finalmente, a primeira ‘submissão contínua’ de uma vacina contra COVID-19.

O novo modelo de submissão passou a analisar os dados técnicos conforme eles forem sendo gerados, de modo que o processo regulatório seja agilizado. Dessa forma, as empresas desenvolvedoras de vacinas contra a COVID-19 não precisarão aguardar a disponibilização de todos os dados e documentos técnicos nem o preenchimento de todos os requerimentos regulatórios para então apresentá-los à Anvisa por meio da submissão do pedido de registro.

Sobre os ensaios clínicos com medicamentos para prevenção ou tratamento da COVID-19, a Anvisa já emitiu 46 anuências. Especificamente quanto ao desenvolvimento de vacinas, o país conta hoje com quatro estudos sendo conduzidos e acompanhados pela Anvisa.

FIGURA 2 – Mapa das vacinas em desenvolvimento no Brasil



Fonte: Portal da Anvisa (www.anvisa.gov.br).

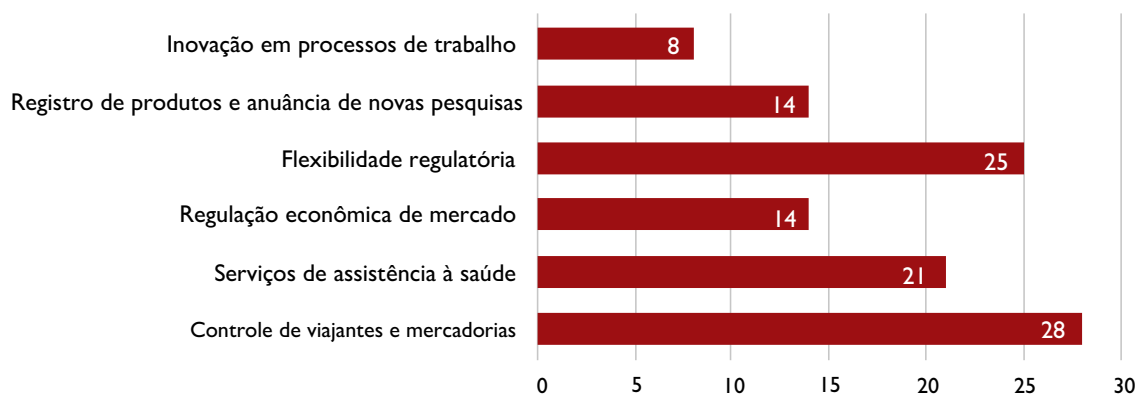
Nessa terceira fase, também foi possível identificar o avanço de medidas para o controle de preços de produtos essenciais ao combate à COVID. Para além da suspensão do ajuste anual determinado pela Medida Provisória nº 933/2020⁽²²⁾, a Anvisa criou um canal específico para denúncias de sobrepreço dos medicamentos hospitalares relacionados com a COVID-19 e ampliou ações de fiscalização para coibir preço abusivo de anestésicos e relaxantes musculares utilizados no manejo clínico de pacientes contaminados.

Também promoveu orientações para que o descumprimento do desconto mínimo obrigatório para as compras públicas de fármacos pudesse ser devidamente denunciado à Anvisa; e atuou em conjunto com a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon/MJ) para compartilhamento de informações referentes ao preço de medicamentos e de registro de álcool em gel e álcool líquido para facilitar as ações de fiscalização pelos Procon.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho pretendeu sistematizar a atuação técnica da Anvisa para enfrentamento da COVID, desde janeiro até outubro de 2020. Em análise ao conteúdo das medidas, foi possível classificá-las em 6 eixos, com 9 macroações e 110 medidas, conforme evidenciado abaixo.

FIGURA 3 – Resumo das ações da Anvisa em eixos de atuação.



Fonte: elaboração própria.

Analisando as ações, percebe-se que grande parte das medidas estiveram relacionadas com o controle de viajantes e mercadorias; e medidas de flexibilidade regulatória, fato que não desmerece a importância das medidas tomadas nos outros eixos de atuação.

Também foi possível perceber a concentração de medidas de um determinado “eixo” em alguns períodos durante o desenvolvimento da pandemia. Assim, observou-se que, numa primeira

fase, as medidas da agência estiveram mais relacionadas com o controle de viajantes; segurança de pacientes e trabalhadores; e controle do desabastecimento. Na segunda fase, as medidas estiveram mais concentradas na segurança dos ambientes; em flexibilização regulatória e inovação de produtos; e, finalmente, a terceira fase concentrou ações de inovação de processos; anuência em pesquisas clínicas e fiscalização de preços.

Ao todo, foram produzidas, até o momento, 46 normas de Diretoria Colegiada relativas exclusivamente ao enfrentamento da COVID. Para que se tenha uma ideia, a Anvisa produz anualmente uma média de 60 normas. Outras centenas de Notas e orientações técnicas foram produzidas.

As ações de controle de viajantes, segurança de pacientes e trabalhadores e segurança sanitária dos ambientes têm importância fundamental no controle da expansão da doença e da contaminação das pessoas. Já os requisitos sanitários para importação e exportação de bens e produtos, aliados a medidas de regulação econômica, são essenciais para que se evite o desabastecimento do mercado interno com produtos essenciais. A flexibilidade regulatória, associada a inovações de processos de trabalho e ao controle de preços, garante o acesso da população aos produtos para enfrentamento da pandemia.

Essas medidas, aliadas ao esforço da academia e das empresas privadas no desenvolvimento de produtos, asseguram que nossa sociedade poderá criar soluções eficazes para que a pandemia vire registro histórico.

Assim, nesses últimos meses, coube à Anvisa protagonizar ações que determinaram que a população brasileira pudesse ter acesso às práticas e aos produtos necessários ao combate do novo coronavírus, com a segurança e na velocidade adequadas. É perceptível o esforço institucional para que se garantisse a efetividade da ação regulatória, fazendo com que a agência cumprisse com sua missão.

REFERÊNCIAS

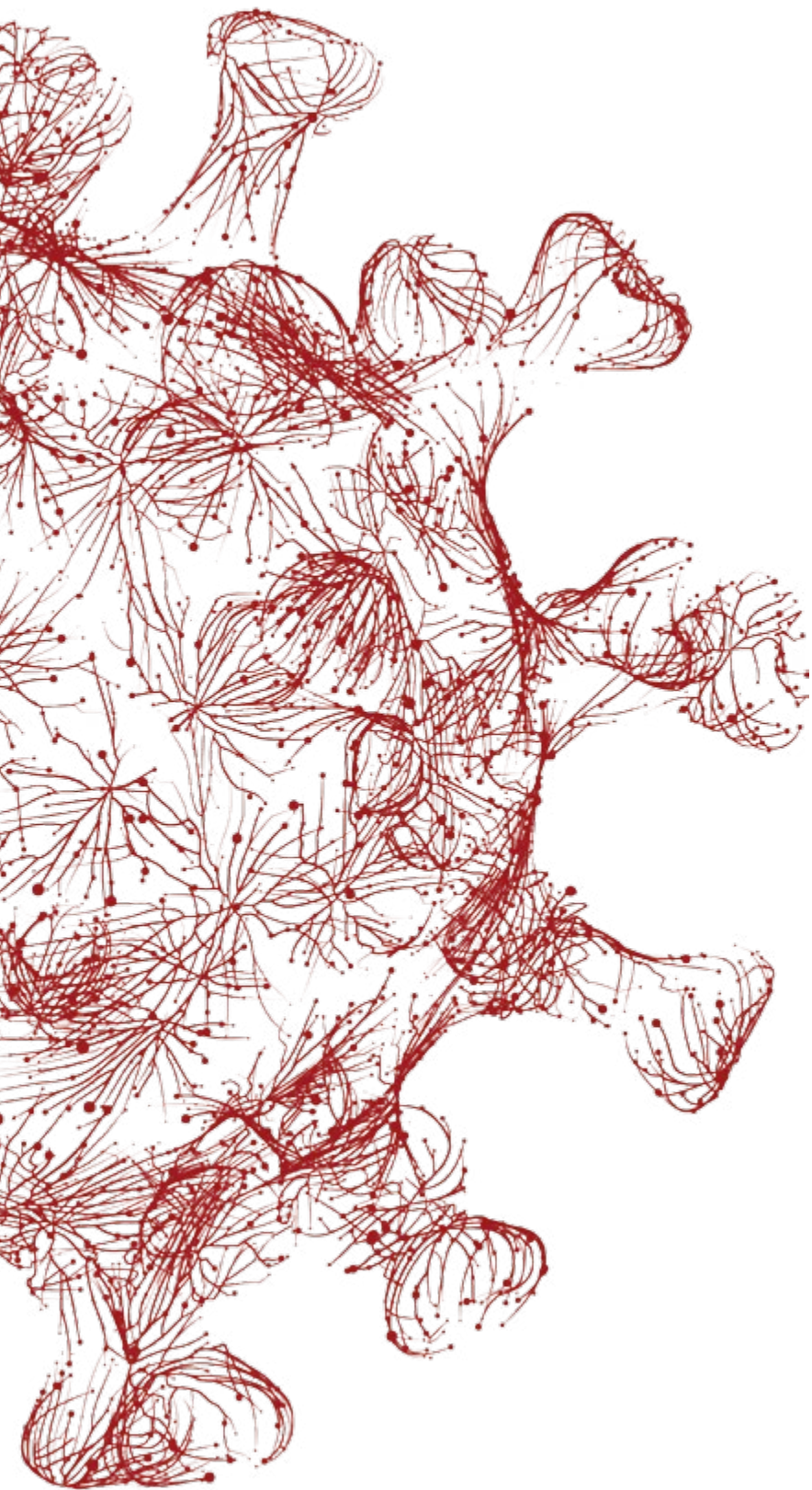
1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informe sobre Ações da Anvisa para o Enfrentamento da Pandemia. Brasília: Anvisa; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 04 fev 2020.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 74, de 27 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a criação de Grupo de Emergência em Saúde Pública para condução das ações referentes ao Novo coronavírus (NCoV). Diário Oficial da União. 28 jan 2020.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 86/2020: Definições de afastamento laboral para profissionais de serviços de saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Notas%20T%C3%A9cnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2086.20%20Defini%C3%A7%C3%B5es%20de%20Afastamento%20Laboral.pdf>.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 95/2020: Definição de fluxo de comunicação para repatriação de brasileiros no contexto da Pandemia da Covid-19 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: www.anvisa.gov.br.
6. Brasil. Presidência da República. Portaria nº 152, de 27 de março de 2020, que dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Diário Oficial da União. 27 mar 2020.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 4/2020: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2) [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf/view>.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 69/2020: Orientações gerais sobre hospitais de campanha, durante o enfrentamento da Covid-19 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/ler.asp?nt_codigo=4051&nt_tipo=0&te_codigo=6.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 8/2020: Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de Covid-19 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://>

www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-08-2020-hospitais-de-campanha?category_id=244.

10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 141/2020: Orientações complementares sobre os hospitais de campanha e estruturas alternativas de assistência à saúde durante a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://saudejur.com.br/hospitais-de-campanha-veja-orientacoes-complementares/>.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 7/2020: Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-07-2021>.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 6/2020: Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em procedimentos cirúrgicos [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-06-2020/>.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 5/2020: Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infecoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 13/2020: Atualização dos critérios técnicos contidos na Nota Técnica nº 5/2020CGSH/DAET/SAES/MS para triagem clínica dos candidatos à doação de sangue relacionados ao risco de infecção pelo SARSCoV2 (vírus causador da COVID-19) [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/nota-tecnica-no-13-2020-ministerio-da-saude/>.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 2/2020: Atuação dos membros do Ministério Público brasileiro para a prevenção da disseminação da COVID19 na coleta seletiva e nas atividades exercidas pelas associações e cooperativas de catadores de materiais reutilizáveis e recicláveis [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CMA/Nota_t%C3%A9cnica_2-2020.Covid_e_Catadores.portal.pdf.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 1/2020: Referente a atuação dos membros do Ministério Público brasileiro para a prevenção do aumento da gravidade

do COVID-19 em função da poluição do ar, especialmente na região amazônica, e para a prevenção das queimadas na Floresta Amazônica [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/noticias/2020/Abril/notatecnica_cma.pdf.

17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 21/2020: Orientações sobre manejo da tuberculose para as unidades básicas de saúde no Estado do Espírito Santo durante a pandemia de Coronavírus [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/NotasTecnicas/NOTA%20TECNICA%20COVID.19%20N.%2021.20%20Manejo%20TB%20UBS.pdf>.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 19/2020: Aspectos regulatórios do uso de plasma de doador convalescente para tratamento da Covid-19 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/nota-tecnica-anvisa-19-2020/>.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 97/2020: orientação para a utilização de testes rápidos (ensaios imunocromatográficos) para a Covid-19 em farmácias privadas durante o período da pandemia [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/coronavirus/regulamentos>.
20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 47/2020: Orientações para adequação de ambientes e processos de trabalho de trabalhadores da limpeza urbana em face do novo coronavírus [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/NotasTecnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2047.20%20Orienta%C3%A7%C3%B5es%20adequa%C3%A7%C3%A3o%20trabalhadores%20da%20limpeza%20urbana.pdf>.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica 82/2020: Procedimentos na ocorrência de casos e surtos de covid-19 em ambientes escolares da rede pública e privada de ensino [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [acesso 2020 dez 12]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Notas%20T%C3%A9cnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2082.20%20Procedimentos%20Surtos%20Rede%20P%C3%BAblica%20e%20Privada%20de%20Ensino.pdf>.
22. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória nº 933, de 31 de março de 2020. Suspende, pelo prazo que menciona, o ajuste anual de preços de medicamentos para o ano de 2020. Diário Oficial da União. 1 abr 2020.



QUAL O VALOR DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA A TOMADA DE DECISÕES NA ESFERA PÚBLICA EM TEMPOS DE PANDEMIA?

Fernando Zasso Pigatto¹

RESUMO: Este ensaio aborda o tema da participação social na saúde como elemento fundante para a tomada de decisões na esfera pública. São apresentadas as principais competências e desafios do Conselho Nacional de Saúde e da Saúde Pública, partindo da Constituição de 1988 e da legislação do Sistema Único de Saúde como premissas para apresentar as principais estratégias e ações do controle social, desenvolvidas para a sociedade, no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social. Tomada de Decisões. Políticas Públicas. Pandemia. COVID-19.

¹ Graduado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar), presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na gestão 2018-2021, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). fernandopigattopeixe@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

I.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS: O POVO E A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Para tratar dos elementos específicos que envolvem o papel do controle social em meio à crise sanitária da COVID-19, que afeta o Brasil e o mundo, é necessário compreender as perspectivas históricas que colocam o Sistema Único de Saúde (SUS) como patrimônio brasileiro, fruto de ampla mobilização popular nacional. A saúde pública no país, nos moldes que se apresenta na atualidade, não surgiu por decisão de gestão, mas por herança e esforço coletivo dos movimentos sanitarista e social de redemocratização, com ápice nas décadas de 1970 e 1980.

Antes disso, a Constituição de 1891 atribuía ao Estado a responsabilidade das ações de saúde e saneamento, sem participação popular. As primeiras políticas de saúde, no final da década de 1910, foram marcadas pelo modelo ‘medicalocêntrico’, em que apenas intelectuais e a elite podiam intervir. Nessa época, a visão determinista e racista de que negros, indígenas e mestiços eram inferiores pairava na sociedade, inclusive na Ciência. Isso estava associado ao surto de peste bubônica, que assolava os mais pobres, delineando uma imagem de “Brasil doente” ⁽¹⁾. Hoje, os mais afetados pela COVID-19 continuam sendo aqueles mesmos do passado, com os quais o Estado ainda não conseguiu reparar sua dívida histórica.

O movimento liderado pelo cientista Oswaldo Cruz, importante referência para implementação de uma nova saúde no país, evidenciou que o problema das mazelas sanitá-

rias estava ligado não às condições biológicas da população, que foi escravizada e violentada pelo Estado por séculos, mas à ausência de saneamento básico. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado pela Lei nº 378 ⁽²⁾, de 1937, como órgão consultivo, era elitista, com todos os membros indicados pelo próprio Ministério da Saúde, inviabilizando divergências e a participação social. O acesso à saúde era daqueles considerados “cidadãos”, excluindo-se dessa noção amplas parcelas da população.

Foi somente em meados da década de 1980, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a reabertura democrática, após um prolongado período de regime militar – inviabilizando o desenvolvimento das políticas sociais no país –, que tivemos uma inserção real da diversidade da população brasileira na deliberação sobre as políticas públicas. Conquistamos uma nova Constituição em 1988 ⁽³⁾, referenciada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945), que resultou no capítulo “Da Saúde”, posteriormente na legislação do SUS e da participação da comunidade na deliberação, monitoramento e fiscalização do orçamento da área. Por isso, é impossível dissociar a saúde pública brasileira da noção de democracia, cidadania e das lutas políticas e sociais que se travaram ao longo do tempo.

O CNS ⁽⁴⁾ conta com representações de usuários do SUS, do governo, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, com eleição a cada três anos. É um espaço crítico e fundamental para evidenciar a voz do povo, sendo capaz de subsidiar as tomadas de decisões. A atuação do controle social brasileiro em tempos de pandemia gerou ações para amenizar o caos instaurado pela crise sanitária atual. Nesse período, o CNS constituiu, com entidades acadêmicas, científicas e sociais, a Frente pela Vida, que apresentou o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia COVID-19 ⁽⁵⁾.

Desde 2016, temos um processo constante de desfinanciamento público. A Emenda Constitucional 95 congela por duas décadas os investimentos nas áreas sociais, principalmente no SUS, o que limita de forma drástica as possibilidades de enfrentamento da pandemia e compromete o futuro, com perda estimada em R\$ 400 bilhões, de acordo com a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS. Este é mais um período histórico para a saúde pública brasileira, marcado não pela ausência de marcos legais, mas pela afronta constitucional e retirada de direitos da população, com pouca escuta da gestão federal, numa tentativa evidente de minimizar o papel do controle social para a tomada de decisões.

Ao longo deste ensaio, estão abordadas as principais ações do controle social na saúde no período de pandemia, sempre sob a visão de que é impossível construir um país mais justo e democrático, com um sistema de proteção social público e universal, sem a participação social como elemento prioritário da gestão pública.

2. MÉTODO

2.1 DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DO CNS PARA ATUAR EM CENÁRIO DE PANDEMIA

O CNS, órgão garantido e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990 e instância máxima de controle social na saúde, tem missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde⁽⁴⁾.

Composto por conselheiros e conselheiras representantes de segmentos, tem distribuição paritária dos assentos, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% gestores e prestadores da área. O CNS está organizado em Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Comissões, Câmaras Técnicas e Secretaria-Executiva⁽⁴⁾.

O Plenário é o fórum de deliberação conclusiva. A Mesa Diretora é composta por oito integrantes eleitos pelo mesmo e tem responsabilidade na condução de processos administrativos e políticos deliberados pelo Plenário. A Presidência coordena o CNS e o representa de forma global, expedindo atos decorrentes de suas deliberações⁽⁴⁾.

As Comissões Intersetoriais, relacionadas no **Quadro 1**, são espaços de assessoria ao pleno do CNS, com representantes de instituições governamentais e não governamentais, da comunidade científica e de entidades empresariais, profissionais e prestadores de serviço da saúde. Já as Câmaras Técnicas são criadas para apoiar e fortalecer o trabalho das comissões e do pleno, fomentando pesquisas, estudos e investigações sobre assuntos específicos. O CNS conta com três Câmaras Técnicas: de Atenção Básica (CTAB); de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPSS) e da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT).

QUADRO 1. Comissões Intersetoriais do CNS⁽⁴⁾.

Comissões Intersetoriais			
Alimentação e Nutrição	CIAN	Saúde da Mulher	CISMu
Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	CIASPD	Saúde Indígena	CISI
Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias	CIASPP	Saúde Suplementar	CISS
Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida	CIASCV	Recursos Humanos e Relações de Trabalho	CIRHT
Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica	CICTAF	Vigilância em Saúde	CIVS
Educação Permanente para o Controle Social do SUS	CIEPCSS	Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	CISTT
Políticas de Promoção da Equidade	CIPPE	Orçamento e Financiamento	COFIN

Comissões Intersectoriais

Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	CIPPISPICS	Saúde Mental	CISM
Saúde Bucal	CISB	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	CONEP

Esses espaços participativos foram fundamentais no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Porém, a necessidade do distanciamento social como estratégia para a diminuição da transmissibilidade do vírus impôs dificuldades no funcionamento habitual dessa estrutura do controle social, particularmente para realização das reuniões ordinárias mensais do Pleno, das comissões e câmaras técnicas, que, em geral, ocorriam em Brasília presencialmente.

A fim de manter vivo o trabalho do conselho, de forma virtual, todos mantiveram e intensificaram as atividades. Foi instalado o Comitê do CNS para Acompanhamento da COVID-19, realizaram-se encontros com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e com a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Com essa metodologia, também foram realizadas Reuniões Extraordinárias do Pleno⁽⁶⁾.

Além dessas atividades, conselheiros têm sido convidados para discussões relativas à COVID-19, organizadas por entidades, conselhos, Congresso Nacional, entre outros espaços de diálogo e debate. Nesse período, o CNS passou a ser fonte para dezenas de veículos de comunicação; e conselheiros e conselheiras, a partir de suas vivências e experiências técnicas em diferentes áreas, concederam inúmeras entrevistas para os mais variados veículos de comunicação, alertando a população sobre a importância da prevenção e dos dados oficiais em meio a um cenário de *fake news* e negligências à crise sanitária.

O CNS vem produzindo uma série de documentos para órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, conselhos estaduais e municipais de saúde e para a população, tais como: recomendações, notas públicas, moções, pareceres técnicos, campanhas, manifestos, cartas e solicitações de informações, além de encontros virtuais, transmitidos simultaneamente pelas redes sociais com convidados externos, articulações e conversas com a Rede de Conselhos de Saúde, movimentos sociais, Ministério Público, Comissões Externas do Congresso Nacional que acompanham ações de combate à COVID-19 e outras instituições comprometidas com estratégias de enfrentamento da pandemia.

Cumprindo a atribuição de acompanhar a execução orçamentária do Ministério da Saúde, o CNS, por meio da Cofin, tem divulgado semanalmente o “Boletim Cofin”, que contém informações sintéticas sobre a evolução dos gastos federais do SUS para combate à pandemia, oferece subsídios técnicos que dão suporte às ações públicas e tomadas de decisão, além de auxiliarem a imprensa e a população na compreensão de como os recursos estão sendo utilizados. Observou-se nesse período que, mesmo com a crise sanitária, houve morosidade excessiva na execução orçamentária.

Pautada pela ciência, com as finalidades de salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos participantes de pesquisas clínicas; e de contribuir para a qualidade dos estudos para desenvolvimento social da comunidade, a Conep divulga, também semanalmente, a edição especial do Boletim Ética em Pesquisa, dando transparência aos protocolos de pesquisas científicas relacionadas com o novo coronavírus no Brasil a toda a sociedade brasileira.

A potencialização e a diversificação das estratégias de comunicação nas redes sociais, no site, e o processo de interlocução e assessoria de imprensa com as mídias favoreceram a amplificação do alcance das informações, orientações, deliberações e opiniões do CNS, sendo este o período de maior repercussão das ações do Conselho em nível nacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 AÇÕES DO CNS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19

Por meio de atos normativos, tais como recomendações e resoluções, além de moções, notas, campanhas, orientações, cartas, boletins e encontros abertos, produzidos e realizados até setembro de 2020, relacionados no **Quadro 2**, o CNS se posicionou em relação a vários temas no enfrentamento da COVID-19. Posicionou-se também sobre as sucessivas trocas de ministro, a descontinuidade e inconsistência das ações pela ausência de coordenação nacional no enfrentamento da pandemia e nos diversos momentos de desrespeito do presidente e parte do governo às normas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

QUADRO 2. Relação e quantidades de instrumentos e eventos utilizados pelo CNS para enfrentamento à Pandemia COVID-19. Dados até 30 de setembro de 2020⁽⁴⁾.

Documentos	Quantidade
Boletim Cofin/CNS	20
Boletim Edição Especial Ética em Pesquisa	43
Campanhas	04
Cartas Abertas	03
Encontros Abertos	18
Moções	03
Notas Públicas	18
Orientações	03
Recomendações	50
Resoluções	05

Objetivando zelar pela Seguridade Social, o CNS defendeu medidas de proteção social, econômica e financeira para populações mais vulnerabilizadas e que sentem de modo mais perverso o impacto da pandemia (pessoas em situação de rua, indígenas, negros(as), quilombolas, refugiados(as), ciganos(as), moradores(as) da periferia e pessoas vivendo com HIV/aids e doenças crônicas), para trabalhadores(as) informais e/ou desempregados(as), pequenas empresas, micro-empresendedores(as) individuais e trabalhadores(as) autônomos(as) e trabalhadores(as) da saúde.

A proteção da saúde da população brasileira mobilizou o CNS a recomendar:

- a) implementação de barreiras sanitárias (lavagem das mãos, uso de máscaras, isolamento e distanciamento social);
- b) garantia do abastecimento de água;
- c) requisição de leitos privados para o SUS com regulação única;
- d) garantia de equipamentos avançados em suporte à vida e de medicamentos, com comprovada eficácia para o tratamento da COVID-19;
- e) incorporação de exames sorológicos ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar.

A defesa da vida, da democracia e do SUS também foi uma pauta prioritária de manifestação do CNS ao propor:

- a) revogação do teto de gastos (EC 95/2016);
- b) aplicação imediata de dinheiro novo no SUS – Manifesto Repassa Já!;
- c) medidas efetivas de apoio aos estados e municípios e liberação de créditos necessários para ações de combate à pandemia;
- d) piso emergencial para 2021 – petição pública O SUS merece mais em 2021!;
- e) aprovação do projeto de lei que ampare e auxilie dependentes de profissionais de saúde que vierem a óbito no exercício de suas funções, em decorrência da COVID-19;
- f) revogação da Medida Provisória nº 927/2020 que dispõe sobre “medidas trabalhistas” a serem adotadas durante o período da pandemia;
- g) inclusão, na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), tanto dos agravos em saúde do/a trabalhador/a quanto de doença ou morte no exercício da função laboral em razão da COVID-19.

IMAGEM 1: Peça gráfica produzida pela Ascom do CNS para mobilização de assinaturas em defesa da manutenção do orçamento emergencial em 2021 ⁽⁴⁾.



A saúde e a segurança dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUS e de serviços essenciais em tempos de pandemia estiveram em constante debate no CNS.

Considerando a importância do monitoramento de indicadores pelo sistema de vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora para a definição de estratégias de proteção dos mesmos e de reorganização do trabalho para atendimento da população, o CNS recomendou ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Economia maior transparência na disponibilização de dados reais sobre a morbimortalidade em função da COVID-19 entre os trabalhadores e as trabalhadoras, além da ampla e adequada divulgação tanto dos agravos em saúde quanto de doenças ou mortes no exercício da função laboral em razão da pandemia.

A valorização e proteção da saúde física e mental de profissionais de saúde, de residentes e estudantes de saúde e de trabalhadores(as) das atividades essenciais, além de serem temas abordados em debates ao vivo, embasaram recomendações e pareceres técnicos que exigiram fornecimento e utilização de Equipamentos de Proteção Individual e realização de testagem para COVID-19 nesses segmentos. O CNS teve destaque com a campanha denominada “Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil!”.

Outra intervenção importante e necessária do CNS foi a defesa da ciência, da pesquisa e da inovação tecnológica. Elementos capazes de atender ao enfrentamento da pandemia, fundamentados nos princípios de universalidade, equidade e integralidade na saúde. Essa defesa incluiu recomendações para:

- a) estabelecimento de uma política de reconversão industrial para o parque fabril brasileiro produzir equipamentos de saúde;
- b) ampliação da capacidade tecnológica e produtiva dos laboratórios nacionais de medicamentos e insumos;
- c) incentivo aos pequenos e médios empreendedores do ramo têxtil para produção de equipamentos individuais destinados à proteção da população;
- d) flexibilização das regras para licenciamento compulsório de medicamentos, insumos e equipamentos médicos, conforme propõe o Projeto de Lei 1462/2020;
- e) rejeição ao Projeto de Lei 7.082/2017, que, ao dispor sobre a pesquisa clínica com seres humanos, esvazia a participação social;
- f) fomento e busca de parcerias para ampliação de pesquisas epidemiológicas capazes de responderem a questões relativas à prevalência da infecção por COVID-19 no Brasil;
- g) não inclusão de medicamentos sem eficácia comprovada cientificamente nas orientações e protocolos de tratamento da COVID-19;
- h) rejeição de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia;
- i) realização de campanha com a população sobre importância da vacinação como uma intervenção preventiva;
- j) produção e disponibilização de materiais de comunicação atualizados sobre uso adequado das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), neste momento, considerando a Política Nacional e suas evidências científicas;
- k) retomada das aulas presenciais, que só deve ocorrer depois que a pandemia estiver epidemiologicamente controlada e mediante articulação de um plano nacional que envolva gestores e sociedade civil.
- l) participação na Marcha (Virtual) pela Ciência, realizada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC, chamando atenção da importância da ciência no enfrentamento da pandemia e suas implicações sociais e econômicas na saúde das pessoas.

O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde está no radar do CNS desde o início da pandemia por seu papel estratégico no enfrentamento da crise sanitária, mas as ações de combate à COVID-19 priorizaram serviços hospitalares, número de leitos gerais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O governo federal não valorizou a Atenção Básica como possibilidade real e eficaz de ação na linha de frente.

Por isso, o CNS elencou uma série de medidas a serem adotadas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal, destacando-se:

- a) colocação da Atenção Básica e do território na centralidade do cuidado no enfrentamento da pandemia;
- b) integração das Políticas de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Atenção Básica;
- c) reafirmação da revogação da Portaria MS nº 2.979/2019 (Programa Previne Brasil), que estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS.

Diante do impacto da pandemia na população negra, e partindo da premissa que o racismo estrutural e institucional está presente nos resultados das mortes, revelando e acentuando a brutal desigualdade racial e de classe na sociedade, refletida nas condições de vida, moradia e alimentação entre pretos e brancos, o CNS recomendou ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde.

O CNS discutiu a falta de apoio a indivíduos com doenças crônicas e outras patologias durante a pandemia. Com vistas a reduzir o risco de desenvolvimento de comorbidades e óbito, recomendou adoção de medidas efetivas de proteção à saúde e planos de apoio; envio de relatórios periódicos de monitoramento sobre demandas específicas das Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias (PDCP); adoção de medidas sobre beneficiados com concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez do Regime Geral de Previdência Social; e garantia do abastecimento de cloroquina e hidroxiclороquina a pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível desses medicamentos.

Considerados grupo de maior vulnerabilidade à COVID-19, os idosos necessitam de medidas preventivas, protetivas, sociais, econômicas e sanitárias. Diante dessa constatação, o CNS, ao avaliar a saúde e proteção dos idosos em tempos de pandemia, levantou dados demonstrando que o momento evidenciou a fragilidade da população a partir de 60 anos, denunciando a precarização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), violências praticadas contra pessoas idosas, além de questões de ordem econômica e convívio social, que impõem maior carga ao idoso, aumentando sua vulnerabilidade e riscos, tanto em contrair o coronavírus, quanto em padecer de outros agravos. A falta de uma Política Nacional de Cuidados Continuados conforme determina o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), foi trazida à tona pelo CNS, a partir de recomendação para que as ILPI fossem incluídas na Portaria nº 492/2020⁽⁷⁾, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”.

O CNS também avaliou impactos do desmonte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres⁽⁸⁾, que tem promovido limitações nos cuidados primários, agravamentos nas doenças preexistentes, nos direitos sexuais, na saúde reprodutiva e no manejo adequado diante das especificidades dos corpos femininos, a partir da raça, gênero, orientação sexual e identidades dissidentes, que ainda encontram obstáculos para acessar serviços essenciais nos casos de violência. Vale destacar que denúncias de violações contra mulheres aumentaram significativamente durante o distanciamento social, de acordo com dados do Disque 100.

O CNS publicou uma série de documentos a esse respeito, tais como: aprovação de projetos de lei que estabelecem medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a pandemia e de proteção social e garantia dos direitos das mulheres; repúdio pela retirada da Nota Técnica nº 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS⁽⁹⁾ do site do Ministério da Saúde, que trata da continuidade dos serviços de assistência aos casos de violência sexual e aborto legal; fortalecimento das ações de planejamento sexual e reprodutivo, no contexto da pandemia, assim como arquivamento do Projeto de Decreto Legislativo nº 271/2020⁽¹⁰⁾, que visa sustar aplicação de Normas Técnicas expedidas pelo Ministério da Saúde referentes à Saúde da Mulher, o que desrespeita as competências constitucionais do Ministério.

Considerando que as pessoas com deficiência podem ter maior risco de contrair a COVID-19, em razão de obstáculos à implementação de medidas básicas de contenção da doença, o CNS recomendou ações que visam à garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares.

Medidas emergenciais para aquisição de alimentos durante o estado de calamidade para diminuir impactos socioeconômicos da pandemia; desenvolvimento de estratégias para a vigilância alimentar e nutricional, especialmente de populações mais vulnerabilizadas e grupos de risco; alimentação adequada e saudável, com incentivo ao aleitamento materno e consumo de alimentos minimamente processados como uma forma de proteger e garantir a manutenção da saúde; ampliação e adequação da distribuição de alimentos e cestas emergenciais pelos Equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional (restaurantes populares, cozinhas comunitárias e bancos de alimentos); elaboração de estratégias de apoio às iniciativas dos pequenos agricultores; e necessidade de urgência na regulamentação de critérios para doação de excedentes de alimentos, especialmente das refeições prontas, foram temas de recomendações do CNS.

Com o objetivo de garantir que as famílias que estão em situação de trânsito e itinerância possam ter assegurado seu atendimento sem preconceito e discriminação quanto à etnia, o CNS recomendou aos Ministérios da Saúde e da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH) a implementação de medidas que garantam atendimento à saúde dos povos ciganos.

Reconhecendo a necessidade das ações de saúde mental serem consideradas componentes essenciais da resposta nacional à pandemia, principalmente diante de possível ampliação da experiência de sofrimento psíquico na população, em decorrência do contexto de incertezas, aumento de estresse e medo pelo risco de contaminação, do impacto econômico, além das mudanças na vida cotidiana devido às medidas de distanciamento, o CNS recomendou fortalecimento de ações e serviços de base territorial e comunitária para atenção psicossocial no contexto de pandemia e orientações específicas para funcionamento dos hospitais psiquiátricos, visando evitar riscos de contaminação em massa pelo novo coronavírus, e garantia dos direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A vida dos indígenas e as dificuldades encontradas por esses povos para enfrentar este momento também foram temas de debates promovidos pelo CNS, que avaliou as condições sociais, econômicas e de saúde, que historicamente afetam essa população, somadas à omissão do Estado e à maior vulnerabilidade ao contágio, potencializando disseminação da doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma gestão pública que não leva em consideração a participação da comunidade na gestão do SUS, além de estar descumprindo a Constituição de 1988 e as legislações posteriores, está também perdendo grandes oportunidades de unir o conhecimento acadêmico, técnico e popular na execução das políticas e intervenções sociais. Unindo esses diferentes espaços, com suas atribuições e responsabilidades de encontrar saídas ante as necessidades sociais e demandas do conjunto da população, é possível ter o controle social e a gestão pública como agentes de transformação das nossas realidades.

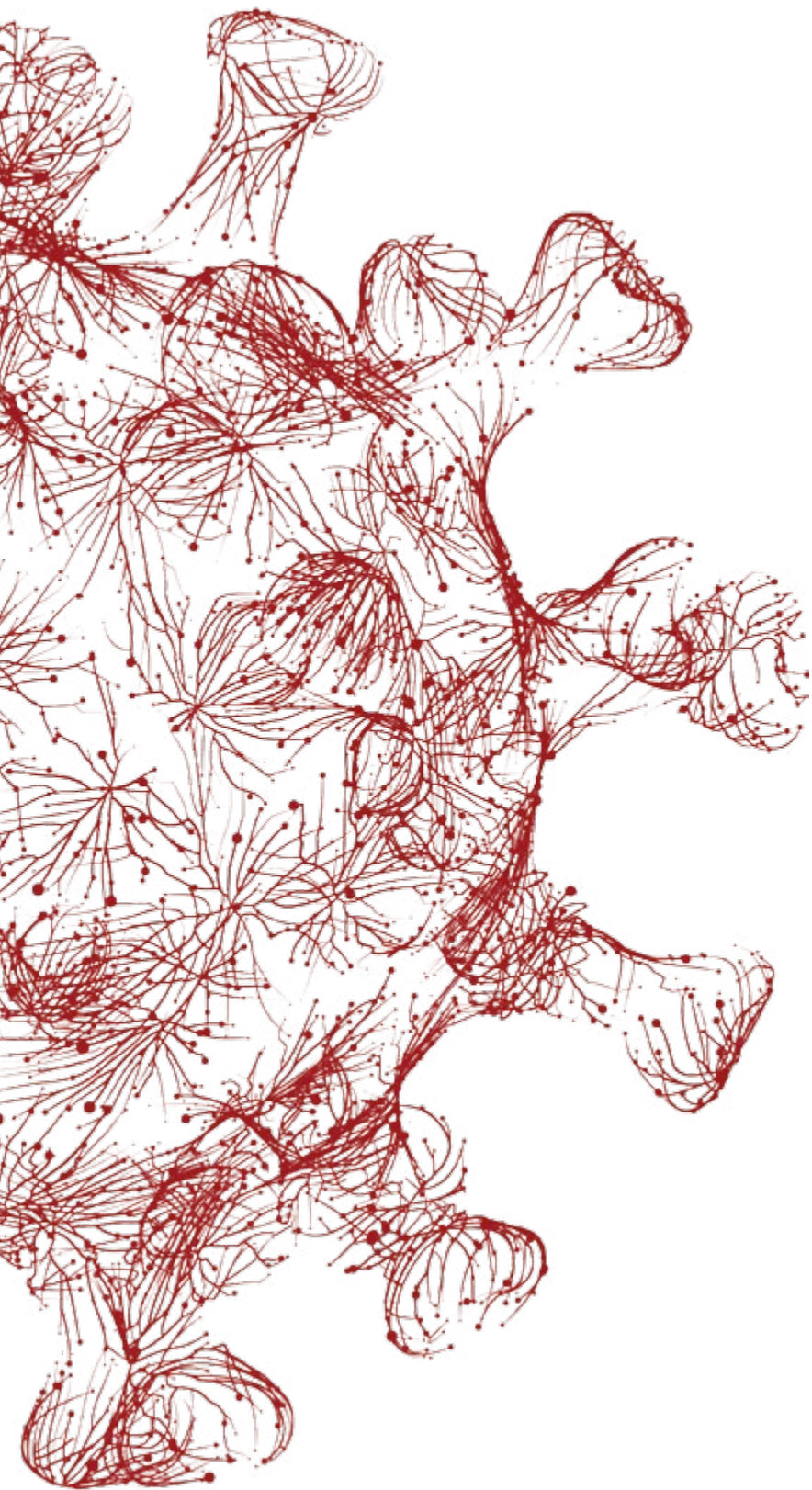
Ao mesmo tempo, apesar da legislação e da força dos conselhos participativos pelo país, ainda é necessário seguir lutando para que todas as esferas sociais e públicas estejam unidas para o enfrentamento real de uma pandemia que segue matando milhares de pessoas.

No Brasil, apesar do SUS e da democracia que conquistamos, é importante destacar o cenário de ataque à democracia participativa, com a extinção, por parte do governo federal, de mais de 600 conselhos e órgãos colegiados em 2019. Espaços que tinham atribuições similares às do CNS, em diferentes áreas sociais, mas que estão impedidos de atuar devido à negação ao diálogo por parte do governo atual, que inviabiliza o aprimoramento das políticas públicas.

Os diferentes saberes do controle social aprofundam a necessidade do uso de evidências e escuta às populações e movimentos sociais, permitindo o melhoramento das ações de governos, tornando-as mais efetivas, eficientes, eficazes, transparentes e democráticas. Esse é o valor da participação social e do CNS, em atuação suprapartidária, com objetivo de promover direitos e melhorar as condições de vida das pessoas, seja em tempos de pandemia, seja em qualquer outro tema. Está nessa união de olhares sobre o Brasil a principal força que nos move rumo a um desenvolvimento social, sustentável, solidário e com direito pleno à saúde para todas e todos, conforme rege nossa Constituição de 1988.

REFERÊNCIAS

1. Lima NT, Fonseca CM, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.
2. Brasil. Lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União. 15 jan 1937.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Especial CNS no enfrentamento à COVID-19 [Internet]. Brasília: CNS; 2020 [acesso 2020 set 23]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-COVID-19>
5. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 [Internet]. Brasília: Abrasco; 2020 [acesso 2020 set 23]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.
6. Pigatto F. Covid-19: Por que a participação social é vital para decisões na esfera pública? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 set 23]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1456-artigo-covid-19-por-que-a-participacao-social-e-vital-para-decisoes-na-esfera-publica-por-fernando-pigatto>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de Março de 2020. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 23 mar 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 82 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 5 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 271, de 11 de Agosto de 2020. Diário Oficial da União. 12 ago 2020.



RESPONSABILIDADE DOS AGENTES PÚBLICOS POR ATOS PRATICADOS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Júlio Marcelo de Oliveira¹

RESUMO: Entre os inúmeros desafios criados pela pandemia de COVID-19, figura o da tomada de decisão governamental com agilidade e, ao mesmo tempo, com respeito às leis que regulam o gasto público e com segurança de que o exame posterior das decisões pelos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União, levará em conta, de forma adequada às circunstâncias enfrentadas pelo gestor público. De outra parte, é preciso assegurar que a flexibilização das regras de gasto público, adotada durante a pandemia, por meio de vários diplomas legais, não sirva de salvo-conduto para a malversação dos vultosos recursos públicos gastos para enfrentá-la. A pandemia também apresenta desafios para o controle, que precisa responder a consultas e avaliar o quanto antes, se possível de forma concomitante, as decisões tomadas e as despesas por elas geradas, seja para gerar segurança jurídica, seja para evitar desvios.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemias. COVID-19. Despesas Públicas. Controle Interno-Externo.

¹ Graduado em Ciência da Computação e em Direito pela UnB, Procurador do MP de Contas no TCU. <http://lattes.cnpq.br/6084087431177949>. proc-jmo@tcu.gov.br.



I. INTRODUÇÃO

Neste texto, examina-se a questão da eventual responsabilização de agentes públicos pelos tribunais de contas, com destaque para o Tribunal de Contas da União (TCU), em razão de medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Os parâmetros de avaliação de condutas pelos tribunais de contas serão sensivelmente alterados em razão da pandemia? O que efetivamente se espera dos gestores públicos?

2. MÉTODOS

Para o exame das questões postas, será examinada a existência do controle tanto no ambiente privado como no público e as características do processo decisório no setor público. Em seguida, será feita uma exposição dos principais diplomas normativos editados em razão da pandemia, com destaque para as principais inovações, e será verificado seu possível impacto sobre a forma de atuação dos órgãos de controle. Serão apontadas iniciativas de fiscalização em curso, relacionadas com a pandemia, como forma de evidenciar a postura adotada pelo TCU⁽¹⁾ no exercício de sua missão de realizar o controle externo da Administração Pública em tempos de pandemia.

3. O CONTROLE NO AMBIENTE PRIVADO E NO SETOR PÚBLICO

Gerir qualquer organização, pública ou privada, implica um processo contínuo de tomada de decisões, que se podem revelar mais ou menos acertadas.

Embora na gestão privada haja mais liberdade para decidir, nela há também processos contínuos de controle, por vezes sofisticados e, em certos casos, notadamente rígidos, para prevenir decisões demasiadamente arriscadas, conflitos de interesse ou condutas desviantes. Assim ocorre em instituições financeiras, cujas análises de risco de crédito seguem regras e parâmetros estritos para preservação da própria instituição e do sistema financeiro. Há empresas de grande porte que não admitem a coexistência em seus quadros de parentes em linha reta, afins e colaterais até certo grau, ainda que não trabalhem no mesmo setor da empresa, com a finalidade de assegurar impessoalidade na gestão de pessoas e evitar conflitos de interesses. Outras empresas não admitem qualquer tipo de relacionamento entre os funcionários responsáveis pelas compras da empresa e seus fornecedores que não ocorra pelos canais oficiais previamente estabelecidos. De fato, o controle é essencial em qualquer organização. Não é característica exclusiva do setor público.

Decidir sempre envolve riscos para quem decide. Na iniciativa privada, os gestores são chamados a tomar decisões o tempo todo, muitas delas em tempos de crise, cruciais mesmo para o futuro da organização. Por elas, respondem com o próprio emprego e com sua reputação, acaso se mostrem desarrazoadas. Embora não haja elevados riscos jurídicos, a menos que ocorram condutas com falta de integridade, definitivamente não há conforto ou tranquilidade permanentes para quem toma decisões na iniciativa privada. O risco de demissão está sempre presente.

Na gestão pública, o processo decisório é sujeito a diversas regras de procedimento, que visam assegurar a impessoalidade e obter as melhores condições para a administração. Quer-se evitar que contratações sejam dirigidas a empresas de propriedade de parentes ou amigos do gestor, busca-se oferecer a todos a oportunidade de fornecer para o Poder Público e pretende-se, com a competição entre os interessados, que as melhores condições sejam oferecidas. Por fim, esse processo decisório é ainda submetido a uma avaliação de economicidade, isto é, uma avaliação de custo-benefício do gasto público, com finalidade, quase sempre, de promover a melhoria de decisões futuras, mas que pode também adquirir conformação sancionatória em casos de decisões evidentemente antieconômicas.

É fato que a gestão pública não conta com a mesma liberdade que a privada. Enquanto o gestor privado é cobrado fundamentalmente pelos resultados alcançados, o gestor público é também avaliado pelos procedimentos adotados, mas, em compensação, quase nunca será demitido por decisões apenas malsucedidas.

A administração pública precisa observar e tornar concretos os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme estabelece o art. 37 da Constituição ⁽²⁾. Embora relevantes para essa finalidade, não há dúvida de que os procedimentos estabelecidos para garantir esses princípios tornam a gestão pública mais lenta.

Essa lentificação da gestão pública impõe desafio adicional ao gestor que é o de obter resultados positivos, conforme o planejamento feito, tendo de observar regras e etapas estabelecidas em lei para a tomada de decisão, especialmente aquelas relativas a compras, contratações e obras.

Entre a decisão política de realizar algo e a decisão administrativa para efetivá-la, há um espaço de tempo permeado por análises técnicas e jurídicas que darão sustentação à decisão administrativa, além da observância de prazos legais, sem contar o tempo demandado pelos fornecedores para a entrega dos produtos contratados.

Se, em tempos de normalidade, a gestão pública é desafiadora, nos tempos adversos decorrentes da pandemia de COVID-19, os desafios são ainda maiores. No contexto da pandemia, decisões ágeis se fazem necessárias. É preciso adequar a capacidade de atendimento médico às projeções de evolução do número de casos, considerando as medidas de contenção da disseminação da doença adotadas. Vale dizer, dentro de um cenário em que dadas medidas de isolamento e suspensão de atividades econômicas são adotadas, deve-se adequar a capacidade de atendimento médico disponível à hipótese mais pessimista, ou pelo menos à mais provável, de expansão do número de doentes.

Para isso, espera-se do Poder Público uma reação rápida, de efeitos o mais possível imediatos, que promova o aumento do número de leitos hospitalares para internação de pacientes e incremento dos leitos de terapia intensiva, o que requer aumento proporcional da força de trabalho dos profissionais de saúde, de equipamentos de proteção individual (EPI), de medicamentos e demais materiais médico-hospitalares. Tudo isso precisa ser providenciado com presteza. Na maior parte dos casos, não há tempo para os procedimentos de licitação. É preciso realizar contratações diretas.

Muitas vezes, não há sequer a possibilidade de receber os produtos para só então proceder ao pagamento correspondente. O quadro de escassez de produtos, provocado pela demanda mundial pelos mesmos insumos, gerou uma corrida para sua aquisição, favorecendo os adquirentes dispostos a pagar adiantadamente pelo fornecimento. Nesses casos, o gestor que não aceitar o risco do pagamento adiantado, que é o de não receber o produto posteriormente, colherá a certeza de não conseguir dar resposta à necessidade de ampliação da rede de saúde que lhe compete gerir e, com isso, ocorrerão mortes que poderiam ser evitadas.

Além disso, a escassez de produtos provoca a elevação dos preços, especialmente daqueles que não podem ter sua oferta rapidamente ampliada, como é o caso dos aparelhos de suporte à respiração (respiradores) utilizados nos pacientes com prejuízo importante da função pulmonar. Como realizar contratações diretas de elevados valores, com possível pagamento adiantado, sem violar as normas de direito financeiro, sem correr o risco de ser apenado pelos tribunais de contas ou processado por improbidade administrativa perante o Poder Judiciário? Como justificar a aquisição de produtos com preços sensivelmente majorados sem caracterizar sobrepreço?

Além da necessidade de rápida reação no atendimento à saúde, surgiu também a necessidade de medidas econômicas, com novos gastos públicos, para evitar ou mitigar um possível quadro de falência generalizada de empresas, provocado pela suspensão de suas atividades por conta das medidas de isolamento social, como também o quadro de desemprego e consequente perda de renda de milhares de trabalhadores formais e informais, pondo em risco a própria segurança alimentar de suas famílias.

Esse aumento do gasto público, seja na saúde, seja no resto da economia, inexoravelmente conduziria os entes federativos, especialmente a União, a ultrapassar os limites de gastos estabelecidos nas normas de responsabilidade fiscal. Como fazer isso sem sofrer as punições previstas em lei e aplicáveis pelos tribunais de contas?

Nada obstante, a pandemia também constitui desafio para os órgãos de controle. Como realizar a missão de prevenir e coibir abusos sem criar embaraços à gestão ágil e eficiente? Como avaliar corretamente o quadro fático – em que as decisões foram tomadas a fim de não cometer injustiças? Como impedir que a flexibilização de procedimentos não se transforme em salvo-conduto para o cometimento de desvios?

A pandemia passará em algum momento, mas as contas públicas permanecerão, assim como o dever de fiscalizá-las.

4. ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS DURANTE A PANDEMIA

Atento a esse quadro, que se mostrava especialmente preocupante no início da pandemia, porquanto ali o grau de incerteza sobre seus impactos era extremamente elevado, o legislador alterou o quadro normativo aplicável às contratações públicas efetuadas durante a pandemia e flexibilizou normas de responsabilidade fiscal.

Em 20 de março de 2020, o Congresso Nacional editou o Decreto Legislativo 6/2020⁽³⁾, reconhecendo o estado de calamidade pública resultante da pandemia de importância mundial, para os fins do art. 65 da Lei de Responsabilidade Fiscal, dispensando o governo federal do dever de atingir resultados fiscais e promover contingenciamento de despesas constantes do orçamento, em razão da frustração de receitas advinda da redução da atividade econômica. Com a posterior edição da Lei Complementar 173⁽⁴⁾, que alterou dispositivos da Lei de Responsabilidade Fiscal para dar tratamento especial ao período da calamidade pública, o reconhecimento dessa situação pelo Congresso Nacional passou a produzir efeitos também para os demais entes federados.

Em 7 de maio de 2020, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional (EC) 106⁽⁵⁾, que instituiu o chamado “Orçamento de Guerra”, com a flexibilização de regras fiscais, administrativas e financeiras com o fim de conferir ao governo federal instrumentos jurídicos para gerir com mais liberdade, transparência e segurança as contas públicas do país e adotar medidas para enfrentamento da pandemia.

A EC 106/2020⁽⁵⁾ determinou a criação de um orçamento específico, com segregação dos gastos relativos à pandemia do Orçamento Geral da União para 2020, permitindo melhor visualização e avaliação dessas despesas.

Além desse objetivo, a emenda produziu as seguintes mudanças, válidas para o período de calamidade pública:

- i. foram convalidados os atos de gestão relativos à pandemia adotados desde 20 de março, protegendo os servidores públicos envolvidos;
- ii. admitiram-se procedimentos simplificados de contratação de pessoal, em caráter temporário e emergencial;
- iii. também foram admitidos procedimentos simplificados para aquisições e contratações de serviços e obras;
- iv. o governo federal não precisará cumprir a chamada “regra de ouro” da responsabilidade fiscal, estando autorizado a emitir títulos da dívida em montante superior ao das despesas de capital;
- v. empresas com irregularidades previdenciárias poderão contratar com a administração e se beneficiar de incentivos fiscais;
- vi. a distribuição de equipamentos, medicamentos e insumos da saúde entre estados e municípios deverá obedecer a critérios objetivos e previamente publicados, a fim de garantir tratamento isonômico entre os entes federados;
- vii. o Banco Central foi autorizado a comprar e vender títulos do Tesouro Nacional nos mercados secundário, local e internacional;
- viii. o Banco Central foi autorizado ainda a adquirir títulos privados e créditos nos mercados financeiro, de capitais e de pagamentos.

Cabe destacar as medidas apontadas nos itens “iv” e “vii” acima referidas. A “regra de ouro” impede que o ente da federação se endivide para realizar despesas de custeio, como pessoal, manutenção, contas de luz etc., a menos de excepcional autorização legislativa específica para tanto. Em tempos de normalidade, o descumprimento da “regra de ouro” pode levar à rejeição das contas do Presidente da República e sujeitá-lo a processo de *impeachment* por violação das normas relativas a orçamento público.

A aquisição de títulos e créditos privados pelo Banco Central visa garantir fluidez no mercado de crédito, essencial para o funcionamento da economia, mas constitui medida de elevado risco, uma vez que pode transferir àquela instituição títulos eventualmente sem aceitação no mercado, considerados “podres”, com a finalidade de promover o salvamento de empresas em situação pré-falimentar por causas independentes da pandemia. O risco também é elevado porque os servidores do Banco Central não têm a mesma experiência que os empregados das instituições financeiras possuem para avaliação do risco de crédito associado às empresas e seus respectivos títulos.

Embora a EC 106/2020⁽⁵⁾ autorize a operação, ela não pode ser feita sem criteriosa análise de sua necessidade e dos riscos envolvidos. A urgência decorre das emergências na área da saúde, nas quais o bem posto em risco é a vida, não ocorre com a mesma intensidade para o salvamento de empresas em dificuldades. A autorização excepcional deve ser utilizada apenas em condições também excepcionais. Esse é um ponto que certamente merecerá atenção por parte do TCU.

Também o Supremo Tribunal Federal (STF) se manifestou no sentido da necessária flexibilização das normas relativas à responsabilidade fiscal. Antes mesmo da promulgação da EC 106/2020⁽⁵⁾, o ministro Alexandre de Moraes deferiu medida cautelar pedida pelo Presidente da República nesse sentido. Com o advento da emenda constitucional 106/2020⁽⁵⁾, entendeu o STF que o pedido do Chefe do Executivo já se encontrava atendido pelo novo texto constitucional, sendo desnecessária a continuação do processo. Caso não houvesse a emenda, contudo, já estaria assegurada pelo STF a necessária flexibilização orçamentária e financeira para enfrentamento da pandemia.

Para tratar de diversos aspectos relativos ao enfrentamento da pandemia, o Congresso Nacional editou a Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020⁽⁶⁾. No que diz respeito ao tema das compras governamentais, cabe destacar o art. 4º, que estatui ser “dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus”.

Trata-se de nova modalidade de contratação emergencial, distinta das previstas na Lei 8.666/93⁽⁷⁾ e Lei 13.303/2016⁽⁸⁾, por admitir procedimentos preparatórios ainda mais simplificados, nomeadamente o planejamento, a elaboração da estimativa de orçamento, o termo de referência ou projeto básico, a fundamentação fática e jurídica, os requisitos para contratação e os critérios de pagamento.

Em casos excepcionais, poderá ocorrer até mesmo a dispensa da estimativa de preços ou a contratação por preços superiores ao da estimativa feita, em razão da oscilação de preços no mercado. A escassez de certos produtos no início da pandemia, resultado do aumento súbito da demanda, fez com que seus preços tivessem alta sem precedentes.

Em favor dos gestores, a lei declara presumidas a situação de emergência; a necessidade de pronto atendimento da situação e a existência de risco à segurança de pessoas, obras, prestação de serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares. Tais presunções não dispensam a necessidade de motivar a contratação, mas admitem motivação simplificada, resumida, uma vez que seu contexto se afigura presumido.

A Lei 14.065, de 30 de setembro de 2020⁽⁹⁾, resultante da conversão da Medida Provisória 961/2020, admitiu o pagamento antecipado em situações excepcionais, quando essa antecipação for “condição indispensável para obter o bem ou assegurar a prestação do serviço” ou propiciar significativa economia de recursos.

Observe-se que o legislador foi assaz proficiente na tarefa de prover os gestores de todas as normas autorizadas das condutas especiais requeridas pela pandemia, sem descuidar, todavia, de exigir fundamentação e transparência, com a publicação em sítio eletrônico, no prazo máximo de cinco dias úteis, contado da realização do ato, de todas as aquisições ou contratações realizadas com base na Lei 13.979/2020⁽⁶⁾, com o nome do contratado, número de sua inscrição na Secretaria da Receita Federal do Brasil, prazo contratual, processo de aquisição ou contratação, discriminação e valor do bem, além de outras informações para dar satisfação à sociedade.

Não obstante essa maior liberdade, com todas as salvaguardas legais para rápida atuação dos gestores na pandemia, surgiram dúvidas e receios entre os gestores quanto à forma com que seus atos seriam posteriormente avaliados pelos órgãos de controle.

O receio era de que, após meses ou anos do encerramento da pandemia, os atos fossem examinados com perda daquela referência de contexto emergencial em que foram tomados.

O governo federal chegou a editar a Medida Provisória (MP) 966/2020⁽¹⁰⁾ com o objetivo de explicitar que os agentes públicos somente poderiam ser responsabilizados pela prática de atos relacionados com as medidas de enfrentamento da pandemia e de combate aos efeitos econômicos e sociais dela decorrentes se agissem ou se omitissem com dolo ou erro grosseiro.

A MP 966⁽¹⁰⁾ estabeleceu ainda que a responsabilização por opinião técnica não se estenderia automaticamente ao gestor que a houvesse adotado como fundamento de decidir, exceto se houvesse elementos bastantes para o agente público aferir o dolo ou o erro grosseiro da opinião técnica ou se houvesse conluio entre os agentes.

No art. 2º, definia-se o erro grosseiro como o erro manifesto, evidente e inescusável, praticado com culpa grave, caracterizado por ação ou omissão com elevado grau de negligência, imprudência ou imperícia.

Já o art. 3º estabelecia os seguintes elementos que deveriam ser considerados na aferição de eventual erro grosseiro na conduta do agente, a saber: os obstáculos e dificuldades reais do agente; a complexidade da matéria e das atribuições exercidas pelo agente; a circunstância de incompletude de informações na situação de urgência ou emergência; as circunstâncias práticas que houverem imposto, limitado ou condicionado a ação ou a omissão do agente e o contexto de incerteza acerca das medidas mais adequadas para enfrentamento da pandemia de COVID-19 e das suas consequências, inclusive as econômicas.

A MP 966 não foi, contudo, convertida em lei e perdeu sua eficácia. O Congresso Nacional não considerou que fossem necessários seus dispositivos, provavelmente pelo conjunto de autorizações legais já editadas para salvaguarda dos gestores, pelas disposições já vigentes na Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro (LINDB) e pelo modo com que já atuam os tribunais de contas no Brasil⁽¹¹⁾.

5. A ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU) NA PANDEMIA

Como dito anteriormente, a pandemia coloca desafios imensos não apenas para os gestores, mas também para os órgãos de controle, que precisam realizar sua missão de proteção da conformidade e da integridade da administração pública sem constituir obstáculo à rápida tomada de ações pelos gestores⁽¹²⁾.

O risco de corrupção e desvios de elevadas somas de recursos públicos durante a pandemia não pode ser desprezado. Com efeito, diversas operações policiais, feitas em conjunto com os demais órgãos de controle, nas chamadas redes de controle existentes nos estados, revelaram o quão grande pode ser o apetite de agentes públicos corruptos em meio à pandemia.

No Amazonas, houve a compra de 28 respiradores considerados, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), inadequados para os pacientes com COVID-19, pelo preço de R\$ 2,9 milhões, quatro vezes o valor então encontrado no mercado. Estranhamente, a venda foi feita por uma loja de vinhos. Evidente que não há como justificar a escolha desse fornecedor e a inadequação do produto.

Em Recife, a Operação Apneia, da Polícia Federal, revelou a compra pela prefeitura, no valor de R\$ 11,5 milhões, de quinhentos respiradores sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e com uso de documentos falsos pela empresa fornecedora.

No Rio de Janeiro, o governador do estado editou decreto colocando sob sigilo as informações relativas às despesas feitas para o combate à pandemia, quando a legislação editada pelo Congresso Nacional determina justamente o contrário. A operação Mercadores do Caos resultou na prisão do ex-Secretário de Saúde, exonerado dias antes, por desvio de recursos na compra de respiradores da ordem de R\$ 36,9 milhões. O governador foi cautelarmente afastado do cargo por ordem do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e sofreu processo de *impeachment* por irregularidades relacionadas com compras e renovação de contratos na área da saúde durante a pandemia.

6. COMO DEVE SE DAR A ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NESTE CENÁRIO?

Em primeiro lugar, com relação ao gestor mal-intencionado, é preciso atuação célere, em colaboração com os demais órgãos de controle, alguns deles detentores de meios de investigação mais invasivos que aqueles disponíveis aos tribunais de contas.

A conjugação das diferentes expertises dos órgãos de controle é que permite uma resposta rápida e qualificada para os desvios realizados ou tentados, com capacidade de promover algum efeito dissuasório nos demais gestores propensos à prática de corrupção.

Já quanto aos bons gestores, que constituem a imensa maioria, é preciso que os tribunais de contas adotem uma postura orientadora, respondendo com presteza às consultas que lhes são formuladas, e, na vertente fiscalizadora, uma atuação o quanto possível concomitante e que leve em consideração as circunstâncias fáticas envolvidas na gestão pública em meio a este ambiente extremamente desafiador.

Não há dúvida de que decisões tomadas rapidamente estão sujeitas a maior possibilidade de erro. A flexibilização de regras de proteção da administração pública, tais como a licitação e o pagamento posterior, expõe a administração e o gestor ao risco de decisões que podem se revelar

desastrosas, tais como a realização de pagamentos elevados a algum fornecedor que não entregue os produtos. Como será avaliada a conduta do gestor? Como poderá justificar a escolha daquele fornecedor, uma vez que não realizou licitação? Como lidar com o prejuízo potencialmente milionário de compras cujas entregas não ocorram?

A legislação editada oferece as respostas. O gestor deve, além do dever de transparência, registrar no processo formal de compra todas as circunstâncias fáticas que o levaram a decidir por essa ou aquela empresa. Embora simplificados, a lei enumerou um conjunto de elementos que devem fazer parte do processo de compra e que vão revelar posteriormente quais eram efetivamente as circunstâncias fáticas presentes no momento da decisão. Aquele gestor que observar esse regramento mínimo certamente não enfrentará dificuldades para prestar contas de sua gestão.

O conjunto de procedimentos que deve adotar consiste basicamente em demonstrar a relação da contratação com a pandemia; observar minimamente um planejamento para enfrentamento de uma situação diagnosticada, com motivação, ainda que simplificada, dos atos e decisões, dentro de um processo formalmente aberto, no qual deve constar, se possível, orçamento estimativo da contratação, que espelhe os preços de mercado. Não sendo possível esse orçamento, tal circunstância deve ser registrada. O preço de aquisição pode ser superior ao do orçamento estimativo em razão de oscilações do mercado fornecedor. Se isso ocorrer, também deve estar registrado no processo. Por fim, a lei limitou a vigência dos contratos a seis meses, admitidas prorrogações sucessivas enquanto durar a emergência no enfrentamento da pandemia.

O processo de contratação, com os registros acima referidos, constitui uma espécie de diário de bordo, no qual o gestor deixa anotado o cenário fático que foi objeto de sua avaliação. Esse diário de bordo será o principal meio de justificação de suas decisões se acaso alguma delas for questionada.

Como visto, a MP 966⁽¹⁰⁾ reproduzia regras já presentes na LINDB. Além disso, nada inovava na prática de avaliação de condutas já de há muito adotada nos tribunais de contas. Com efeito, é da tradição dos tribunais de contas uma avaliação ampliada das condutas dos administradores, com a ponderação das circunstâncias fáticas envolvidas, desde que demonstradas. Daí a importância do adequado registro no processo de tudo que permeia um processo de contratação.

O TCU se destacou na pandemia pela adoção de uma postura de permanente abertura para o diálogo com a administração, para orientação e esclarecimento de dúvidas e, ainda, pelo início de mais de quarenta procedimentos de acompanhamento de ações governamentais, nas mais diversas áreas, com relação à pandemia, com o objetivo de evitar e corrigir o quanto antes qualquer erro ou ilicitude identificada, desde o pagamento do auxílio emergencial a pessoas físicas até as aquisições feitas pelo Ministério da Saúde, passando pelas medidas de segurança de fronteira e outras⁽¹⁾.

Certamente esses acompanhamentos reduzirão em muito as discussões futuras sobre a correção das medidas adotadas nesse período. A mobilização da instituição em torno desse objetivo reflete o sentimento de que o controle deve se fazer cada vez mais presente e atual, em vez de julgar fatos ocorridos há vários anos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As medidas legislativas adotadas pelo Congresso Nacional conferiram aos gestores públicos elevado grau de segurança para adoção de medidas de enfrentamento da pandemia, seja no campo das aquisições e contratações, seja no das medidas econômicas e sociais com reflexos na gestão fiscal. Não obstante, cumpre ressaltar que não existe organização sem controle, tampouco decisões isentas de risco. A função de gerir implica aceitar conviver tanto com os riscos inerentes à função como com o necessário controle.

A atuação de órgãos como os tribunais de contas já há muito se caracteriza por uma avaliação ampliada das condutas dos gestores, com a ponderação das circunstâncias fáticas envolvidas. Com muito mais razão, tal modo de proceder se dará com relação às medidas adotadas para combate à pandemia. Contudo, cabe ao gestor deixar registradas, nos processos de compras e outros que precedem sua tomada de decisão, tais circunstâncias fáticas.

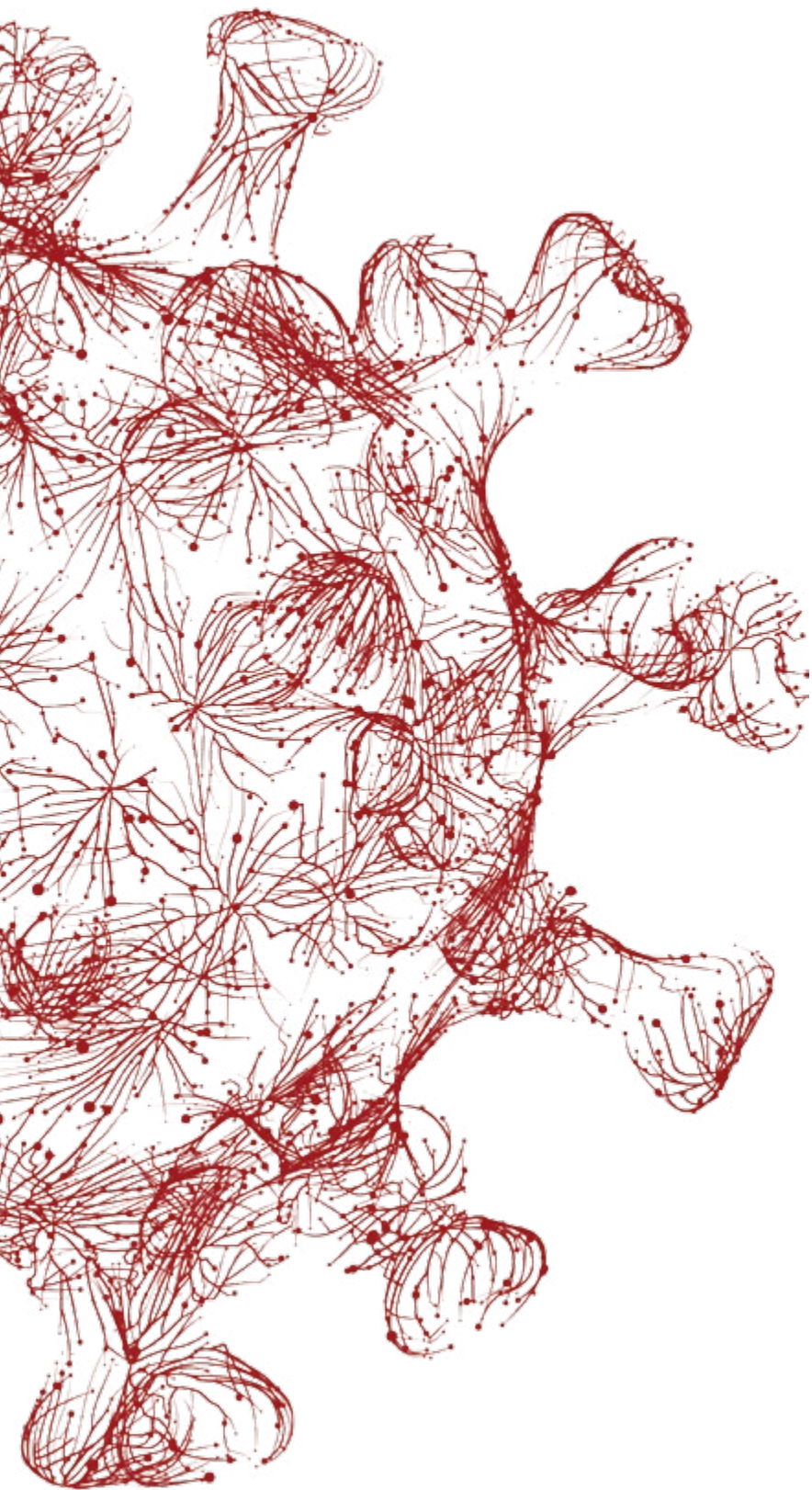
A alegação genérica de tomada de decisão em tempo de pandemia não servirá de salvo-conduto para isentar o gestor da responsabilidade pela prática de atos que se revelem desarrazoados ou desastrosos e que tenham ocorrido sem a observância dos requisitos mínimos de procedimento estabelecidos na legislação especial para enfrentamento da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Tribunal de Contas da União [Internet]. [acesso 2020 out 13]. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br>.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm.
4. Brasil. Presidência da República. Lei complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 27 maio 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm.
5. Brasil. Presidência da República. Emenda constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Diário Oficial da União [Internet]. 7 maio 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm.
6. Brasil. Presidência da República. Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 6 fev 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 21 jun 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias,

no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Diário Oficial da União [Internet]. 30 jun 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13303.htm.

9. Brasil. Presidência da República. Lei 14.065, de 30 de setembro de 2020. Autoriza pagamentos antecipados nas licitações e nos contratos realizados no âmbito da administração pública; adequa os limites de dispensa de licitação; amplia o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC) durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 30 set 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.065-de-30-de-setembro-de-2020-280529950>.
10. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória nº 966, de 13 de maio de 2020. Dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da covid-19. Diário Oficial da União [Internet]. 13 maio 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv966.htm.
11. Oliveira OC. O que é o erro grosseiro na LINDB? JOTA [Internet]. 14 out 2020 [acesso 2020 mar 27]. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/o-que-e-o-erro-grosseiro-da-lindb-14102018>.
12. Brasil. Controladoria-Geral Da União. Guia de integridade pública: orientações para a administração pública federal: direta, autárquica e fundacional [Internet]. Brasília: CGU; 2015. [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/integridade/arquivos/guia-de-integridade-publica.pdf>.



A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DIGITAL DO BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Beatriz de Faria Leão¹

RESUMO: Este capítulo faz uma análise de como a informação e a informática em saúde impactam o contexto da COVID-19. Mais especificamente, como as ações propostas para a implementação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) contribuem para a criação de um ambiente de compartilhamento da informação para apoiar a promoção, a prevenção, a assistência e a vigilância em saúde. As ações da ESD28 são apresentadas com seus benefícios e desafios. As ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o combate à COVID-19 são apresentadas. A importância de uma estratégia de Saúde Digital que oriente e coordene as ações é enfatizada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Digital. COVID-19.

¹ Médica - UFRGS, 1997; Doutorado Medicina Unifesp - 1988; Pós-Doc Univ Erasmus Rotterdam; Especialista em Projetos – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP; <http://lattes.cnpq.br/3263401403625735>. beatriz.leao@hsl.org.br.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe a necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde qualificados à população, ao mesmo tempo evitando aglomerações e protegendo populações de risco, tais como idosos e portadores de comorbidades. Por esse motivo, em 20 de março de 2020, a Portaria nº 467⁽¹⁾ do Ministério da Saúde autorizou o uso da Telemedicina durante a pandemia. Adicionalmente, o Congresso Nacional sancionou, em 15 de abril de 2020, a Lei 13.989⁽²⁾, que “dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)”, autorizando o uso da telemedicina no território nacional, em caráter emergencial. Fica, portanto, liberada durante o período da pandemia a realização de teleconsultas, ou seja, a consulta médica remota mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos – conforme definição pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 2.227/2018, ainda em revisão⁽³⁾.

A pandemia nos mostrou, também, que a falta de informação de saúde precisa, oportuna e global impede que governos, organizações de saúde e sociedade ofereçam respostas mais seguras e afirmativas para enfrentar os desafios da Saúde. A escassa capacidade de identificação do estado e disponibilidade de leitos e respiradores, de equipamentos de beira de leito, de profissionais de saúde e, de forma mais relevante, a dificuldade de identificação dos indivíduos que devem ser testados, de coleta de espécimes e distribuição dos resultados de exames têm sido um enorme desafio não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, mesmo entre os países mais desenvolvidos⁽⁴⁾.

Fica, pois, evidente a necessidade de que a saúde esteja conectada e de que a informação possa ser compartilhada de forma segura e íntegra nos diferentes níveis de atenção e para gestão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, desde 2005, encorajando os países-membros a criarem Estratégias Nacionais de Saúde Digital⁽⁵⁾, adotarem padrões para promover a interoperabilidade e utilizarem as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para promover a saúde para todos, em todos os lugares⁽⁶⁾. A sua proposta de Estratégia Global unifica, sob o termo Saúde Digital, todos os conceitos de aplicação das TICs em Saúde, incluindo e-Saúde, Telemedicina, Telessaúde e Saúde Móvel. Além de reduzir a fragmentação das aplicações da tecnologia em saúde, o conceito de Saúde Digital amplia o entendimento caracterizando-a como área de conhecimento e prática, e absorve os conceitos da utilização avançada da tecnologia, incluindo o uso de dispositivos pessoais e de tecnologias emergentes.

A Saúde Digital brasileira tem acompanhado as tendências internacionais. Estratégia de Saúde Digital (ESD) do Brasil vem sendo construída desde 2017, numa construção colaborativa com a participação de especialistas, academia, conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Ministério da Saúde⁽⁷⁾.

A metodologia utilizada para a construção da estratégia foi baseada no National eHealth Strategy ToolKit, da OMS, para a construção de estratégias de saúde digital⁽⁸⁾. Essa metodologia tem sido utilizada com sucesso por vários países⁽⁹⁾.

Em 27 de agosto de 2020, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi pactuada a publicação da Portaria da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil com foco em 2028 (ESD28)⁽¹⁰⁾. Trata-se de um documento composto por três partes: (1) Visão Estratégica – revisão e atualização do documento anterior com os objetivos a alcançar até 2028; (2) Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil – descreve as ações para atingir os objetivos da visão; (3) Plano de Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital – descreve como as ações serão monitoradas e acompanhadas. Adicionalmente, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde foi revisada e atualizada, e se encontra em fase de aprovação⁽¹¹⁾. Como parte das iniciativas estratégicas desenvolvidas, em maio de 2020, o Ministério da Saúde instituiu o programa Conecte SUS pela Portaria 1.434⁽¹²⁾. O programa Conecte SUS está voltado à “informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão”⁽¹²⁾. Nessa mesma portaria, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é instituída como:

[...] uma plataforma nacional voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos e privados e órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão⁽¹²⁾.

Impulsionada pela necessidade de dar respostas à COVID-19, a RNDS colocou em prática a tão esperada interoperabilidade entre os sistemas públicos de informação e os laboratórios privados de análises clínicas.

Neste trabalho, o Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil é discutido com a apresentação de seus potenciais benefícios e desafios, em especial em relação à ampliação do uso da Telessaúde no País.

2. OBJETIVOS

Analisar as ações propostas no documento ESD28.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Discutir as principais contribuições e desafios das ações propostas.

Apresentar as iniciativas relacionadas com o contexto da COVID-19.

4. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, em que foram consultados materiais disponíveis de fontes primárias e secundárias, favorecendo a observação do processo de maturação da ideia central de avaliar o papel da saúde digital na pandemia de COVID 19.

As evidências documentais foram o documento da ESD28 bem como publicações na base PubMed, de livre acesso, com os descritores “Digital Health” e “COVID 19”. Adicionalmente, foi realizada pesquisa no sítio do Ministério da Saúde sobre aplicativos para rastreamento da COVID-19.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PLANO DE AÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DIGITAL PARA O BRASIL

O plano de ação proposto para implementação da ESD28 descreve as atividades e recursos necessários para a implementação da Visão de Saúde Digital, descrita na primeira parte do documento, ou seja:

Até 2028, a RNDS estará estabelecida e reconhecida como a plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde⁽¹⁰⁾.

A ESD28 é orientada por três eixos de ação. O primeiro eixo é o de suporte, consolidação das iniciativas já em execução pelo DataSUS com o apoio das três esferas de governo e, em especial, a contínua expansão da RNDS e dos processos de informatização do Sistema Único de Saúde (SUS), ambas as partes do Programa Conecte SUS, para além de 2023. Os outros dois eixos são orientados para a oportunidade de integrar atores públicos e privados para a inovação e a colaboração nas iniciativas de Saúde Digital, de forma a promover a utilização da RNDS e garantir que se alcance a visão de que ela seja a plataforma nacional de inovação, informação e serviços de Saúde Digital para o Brasil. Assim, o eixo de número 2 busca estabelecer o arcabouço, organizacional, jurídico, ético, legal e financeiro para que a colaboração ocorra de acordo com as diretrizes e princípios do SUS e sob a orientação das suas instâncias superiores. O eixo 3 é orientado para a construção do Espaço de Colaboração, de forma que todos os atores interessados possam compartilhar recursos, ideias, experiências e assim desenvolver projetos e modelos de serviços inovadores que promovam a melhor utilização da Saúde Digital e contribuam para expandir e consolidar a RNDS. Obviamente, os atores públicos – e, em especial, o DataSUS – são essenciais para a construção de um Espaço de Colaboração robusto e ao mesmo tempo flexível. O Espaço de Colaboração é, em si mesmo, inovador e deve promover um salto de qualidade nas relações entre todos os setores da Saúde.

As ações propostas no Plano de Ação da ESD28 estão organizadas a partir de sete prioridades essenciais⁽¹⁰⁾: governança e liderança para a ESD28; informatização dos três níveis de atenção; suporte à melhoria da atenção em saúde; usuário como protagonista; formação e capacitação de recursos humanos; ambiente de interconectividade; ecossistema de inovação e governança e liderança para a ESD28.

A governança em saúde digital é um dos tópicos mais desafiadores da ESD28. Conforme apontado na primeira parte do documento, é necessário que o Ministério da Saúde seja capaz de liderar a implantação da ESD28 incorporando os interesses dos entes federados de acordo com os princípios do SUS e em concordância com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

As subprioridades identificadas para este tópico são: institucionalizar a ESD por meio da consolidação dos instrumentos formais da ESD; implantar e estabelecer o modelo de governança da ESD; definir os mecanismos de regulação e legislação para ESD, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD); estabelecer os mecanismos de financiamento da ESD.

A estruturação dos mecanismos de governança e arranjos institucionais para a execução da ESD são críticos. A experiência internacional mostra que ações intersetoriais e uso de financiamento público privado são fatores críticos de sucesso⁽¹³⁾.

O principal desafio deste tópico é a capacidade de organizar todos os atores públicos e privados relevantes da saúde.

5.2 INFORMATIZAÇÃO DOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO

Esta prioridade diz respeito à necessidade de informatizar a rede de atenção, estimulando o uso de sistemas de prontuário eletrônico do paciente. Esse componente do plano de ação está representado pelo programa Conecte SUS com a implantação da RNDS.

A expectativa é que a RNDS seja a plataforma nacional para compartilhamento de dados em saúde, em todos os níveis de atenção, em âmbito nacional e regional. O compartilhamento da informação em saúde com segurança e integridade, respeitando os preceitos da LGPD, vai contribuir para o estabelecimento de linhas de cuidado, com informação adequada no momento certo.

A subprioridade identificada para este tópico é a informatização de estabelecimentos de saúde do país. Essa subprioridade contempla desde a infraestrutura de conectividade até a informatização de todos os níveis das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

5.3 SUPORTE À MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE

Esta prioridade tem como foco promover o uso da RNDS como a plataforma para viabilizar a melhoria da atenção em saúde. A ideia é que a informação compartilhada na RNDS seja efetivamente utilizada para melhorar o cuidado, a vigilância e a promoção em saúde estimulando a implementação de linhas de cuidado abrangentes e integrativas.

Tal prioridade contempla também a promoção da Telessaúde e serviços digitais de assistência, vigilância e promoção à saúde.

As subprioridades identificadas para este tópico são: (1) apoio à continuidade da atenção em todos os níveis – esta subprioridade evidencia o suporte às linhas de cuidado; (2) promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos – esta subprioridade enfoca o suporte às RAS (referência e contrarreferência), no suporte à gestão de saúde populacional, no desenvolvimento e ampliação da telessaúde e dos serviços digitais no fluxo assistencial no SUS.

A abrangência e complexidade das subprioridades envolvidas nessa prioridade representam um dos maiores desafios para ESD28.

A questão de suportar as linhas de cuidado exige que as RAS estejam bem definidas e que, acima de tudo, a informação em saúde possa ser compartilhada por meio da RNDS. Inúmeros desafios desde questões mais tecnológicas como desenvolvimento de ferramentas ágeis, robustas e interoperáveis para suportar os processos de referência e contrarreferência, os vocabulários clínicos para que se possa integrar protocolos, alertas e lembretes aos sistemas de prontuário eletrônico e de referência e contrarreferência. Adicionalmente, a telemedicina, em particular a teleconsulta e o telemonitoramento, merece atenção especial.

A pandemia da COVID-19 autorizou a realização de consultas no território nacional. Com isso, proliferaram ambientes fragmentados, inseguros e sem qualquer garantia de aderência às recomendações da RNDS. As ações de telemedicina necessitam ser incorporadas às linhas de cuidado, como um dos pontos de atenção. Para isso, a interoperabilidade entre os ambientes de teleconsulta com os sistemas de captura da informação do paciente e de referência e contrarreferência se faz necessária. Questões como: qual o modelo de informação para capturar o que acontece numa teleconsulta, como definir um perfil para a RNDS que possibilite esta interoperabilidade, como explicar para o paciente os seus direitos frente à LGPD e compartilhamento de dados – necessitam de resposta rápida uma vez que os ambientes de teleconsulta já existem e tendem a aumentar com a continuidade da pandemia. Ciente dessa necessidade, a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), colocou recentemente em consulta pública um conjunto de requisitos que sistemas que realizam a teleconsulta devem atender. Esse documento deve ser publicado até a primeira quinzena de novembro e complementa o conjunto de requisitos hoje existentes para o programa de certificação de software de Registro Eletrônico em Saúde (RES) da SBIS ⁽¹⁴⁾.

5.4 O USUÁRIO COMO PROTAGONISTA

Esta prioridade está associada à necessidade de engajar pacientes e cidadãos no gerenciamento de sua saúde, promovendo, assim, a adoção da Saúde Digital, da sua família e da sua comunidade, assim como apoiar a construção dos sistemas e serviços que irão utilizar.

As ações a serem desenvolvidas incluem iniciativas que permitam que usuários, cidadãos, profissionais de saúde e gestores participem ativamente do Espaço de Colaboração e, dessa forma, contribuam para a proposição de projetos, definição de modelos de utilização, e identificação de outras ações para a Saúde Digital.

As subprioridades identificadas para esta ação na ESD28 são: (1) engajamento dos usuários e (2) construção de plataformas de informação para cidadãos e usuários.

No tópico de engajamento do usuário, estão as ações destinadas a iniciativas de capacitação dos cidadãos em Saúde Digital, valendo-se de diferentes técnicas de aprendizado presenciais e a distância. A LGPD traz um desafio para este tópico, uma vez que é necessário capacitar o cidadão brasileiro, em larga escala, a respeito de seus direitos quanto à privacidade e integridade de sua informação em saúde. No que diz respeito à construção de plataformas de informação para cidadãos e usuários, o objetivo é engajar o profissional de saúde e gestor na saúde digital pelo oferecimento de informação contexto dependente que auxilie nos processos de trabalho. Faz parte dessa ação a construção do Registro Pessoal de Saúde, com base nas experiências internacionais.

Grandes desafios nessa ação, uma vez mais, dependem da governança, e, principalmente, dos padrões de interoperabilidade que a RNDS está propondo bem como a adoção de terminologias clínicas.

5.5 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Esta prioridade se alinha à necessidade de que o País conte com o número e os perfis profissionais adequados para alcançar a Visão de Saúde Digital proposta. Busca, ainda, mover esforços para que seja criada a categoria profissional do Informata em Saúde e que esta área do conhecimento seja reconhecida formalmente pelos órgãos de pesquisa, desenvolvimento e ensino.

O sucesso das iniciativas de Informática em Saúde, e por extensão, da Saúde Digital, requer que profissionais de todos os perfis e origens trabalhem em equipe de forma coordenada e produtiva. É necessário preparar profissionais para diversos perfis de atuação, incluindo recepção, acolhimento, encontro, gestão, desenvolvimento de sistemas, identificação de necessidades e requisitos, gestão de processos, pesquisa e ensino. Cada perfil exige um tipo de preparo profissional, incluindo competências, conhecimentos, habilidades e atitudes, que podem se estender desde os aspectos tecnológicos, de utilização e de adequação de uso, até mesmo aos de estratégia, financiamento, legislação e regulação.

Atender a essa prioridade requer estimar a quantidade, perfil e disponibilidade dos recursos humanos de Informática em Saúde necessários para o sucesso da ESD28, bem como planejar e executar as ações necessárias para que eles estejam disponíveis e aptos quando necessário.

Para atender a essa prioridade, é necessário desenvolver ações para capacitar profissionais em informática em saúde e para promover a valorização do capital humano na saúde digital.

5.6 AMBIENTE DE INTERCONECTIVIDADE

O Ambiente de Interconectividade em Saúde é a prioridade que viabilizará que os resultados da colaboração sejam colocados em prática em todos os setores da Saúde, contribuindo para alcançar a Visão Estratégica proposta. O Ambiente de Interconectividade utilizará os padrões e serviços disponíveis na RNDS. Nele serão implementados, testados e explorados conceitos, tecnologias, padrões, modelos de serviços, políticas, regulação, práticas e culturas que viabilizarão os serviços de Saúde Digital entre todos os atores e setores.

A construção da RNDS como plataforma *on-line* nacional de serviços e informações em saúde requer que todos os pilares da Saúde Digital sejam explorados e desenvolvidos. O Brasil possui componentes essenciais para a Saúde Digital, que permitem à RNDS se posicionar para ser a plataforma de inovação, informação e serviços digitais para a Saúde, para o SUS e para todo o Brasil. Os benefícios trazidos por uma plataforma *on-line* como essa serão inúmeros para todos os atores da saúde dos setores público e privado.

As ações a serem desenvolvidas para atender a essa prioridade incluem desenvolver a Interoperabilidade com sistemas externos e fortalecer a utilização de padrões e terminologias na RNDS. A pandemia de COVID-19 está acelerando a adoção de padrões e obrigou que, por exemplo, se adotassem os códigos LOINC (do inglês Logical Observation Identifiers, Names, and Codes) para representar os exames de laboratório de COVID-19. Trata-se da terminologia clínica mais utilizada no mundo para representar o domínio de exames subsidiários em geral, e, em especial os de laboratório. Esse está sendo um primeiro grande passo nacional na adoção de terminologias clínicas no país. É importante ressaltar que a terminologia LOINC já está traduzida em Português e em mais outras 30 línguas no mundo.

Os desafios aqui não são tecnológicos, uma vez que a tecnologia está disponível para que se alcance a tão desejada interoperabilidade entre os sistemas de informação. As questões de governança e adoção dos padrões, em especial as terminologias, representam as maiores dificuldades.

5.7 ECOSISTEMA DE INOVAÇÃO

Esta prioridade é dada pela necessidade de um Ecossistema de Inovação que aproveite ao máximo o Ambiente de Interconectividade em Saúde e o Espaço de Colaboração, estabelecendo-se como um grande laboratório de inovação aberta, regulado pelas diretrizes, normas e políticas estabelecidas por meio da Prioridade 1.

As ações para tal prioridade visam desenvolver um ecossistema em que o SUS, as organizações de saúde privadas e filantrópicas, empresas de tecnologia, centros de pesquisa, universidades e outros atores possam, respeitados os critérios éticos e legais estabelecidos, compartilhar dados e experiências bem como exercitar, testar e avaliar novos modelos, padrões, e tecnologias.

O Ecossistema de Inovação priorizará o apoio a iniciativas voltadas para a criação e incorporação de tecnologias emergentes que sejam naturalmente, conceitualmente e operacionalmente integradas com o ambiente de interconectividade em saúde e, desta forma, possam ser incorporadas à RNDS.

As ações a serem desenvolvidas buscando atender a essa prioridade são voltadas para a expansão dos serviços integrados da RNDS, a construção do ecossistema distribuído de inovação, explorar conceitos de saúde baseada em valor, e mecanismos de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde digital.

Aqui também o desafio é de organizar todos esses atores para um objetivo comum. O papel do Conass e do Conasems é fundamental para apoiar e garantir a continuidade dos processos nas mudanças governamentais.

6. AÇÕES EM DESENVOLVIMENTO DA ESD28 NO COMBATE À COVID-19

6.1 RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS DE COVID-19

Tendo em vista a pandemia de COVID-19, a RNDS foi reorientada para capturar e integrar as informações sobre os resultados de exames laboratoriais relacionados com a COVID. Dessa forma, o primeiro perfil de interoperabilidade, já em operação, é o que integra os laboratórios clínicos à RNDS com o objetivo de enviar os resultados de exames laboratoriais da COVID-19. O DataSUS disponibilizou no sítio <https://servicos-datasus.saude.gov.br/home> a documentação técnica de acordo com os padrões estabelecidos pela RNDS para que os laboratórios possam se conectar. A descrição dos perfis da RNDS conforme o padrão HL7 FHIR está disponível no ambiente colaborativo internacional de compartilhamento de projetos de interoperabilidade que utilizam FHIR: <https://simplifier.net/RedeNacionaldeDadosSaude>. Do mês de março até setembro de 2020, a RNDS já recebeu mais de 3 milhões de resultados de exames laboratoriais⁽¹⁵⁾. Esse é um trabalho incremental e iterativo, com um número cada vez maior de laboratórios privados e públicos buscando a interoperabilidade. A publicação do perfil RNDS bem como a respectiva publicação de todos os documentos incentivam o desenvolvimento dessa interoperabilidade.

O projeto piloto de Informatização da Atenção Primária à Saúde em Alagoas já atingiu 32% das equipes de Saúde da Família. A meta é atingir 50% até o final de 2020. Os últimos dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde evidenciam que, no Brasil, em agosto de 2020, 63,6% das equipes da de Saúde da Família estão informatizadas.

A **Figura 1** abaixo, cedida pelo DataSUS e oriunda do Boletim DataSUS de setembro de 2020, evidencia estes resultados⁽¹⁵⁾.

FIGURA 1. Avanços na Informatização em Alagoas e nas demais Unidades Federativas e representação esquemática do envio de Resultados de Exames para a RNDS.



6.2 APLICATIVO CORONAVÍRUS SUS

O aplicativo Coronavírus SUS está na sua segunda edição, com evoluções que permitem ao cidadão avaliar seus sintomas em relação à COVID-19. Dependendo das respostas do cidadão, o aplicativo encaminha o paciente para uma teleconsulta ou atendimento presencial. O aplicativo é capaz de avisar ao cidadão se as pessoas que testaram positivo para COVID-19 estiveram próximas, preservando a privacidade e integridade dos dados.

Internacionalmente, existem várias iniciativas semelhantes de implementação de aplicativos para a vigilância, monitoramento e diagnóstico da COVID-19⁽¹⁶⁾. Segundo o Boletim do DataSUS de agosto de 2020⁽¹⁷⁾, o aplicativo já está em uso em cerca de 10 milhões de dispositivos móveis.

6.3 E-SUS NOTIFICA

Em março de 2020, foi lançada a nova plataforma de recebimento de notificações – eSUS Notifica. Inicialmente, essa nova plataforma está restrita às notificações de casos suspeitos de COVID-19⁽¹⁷⁾.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

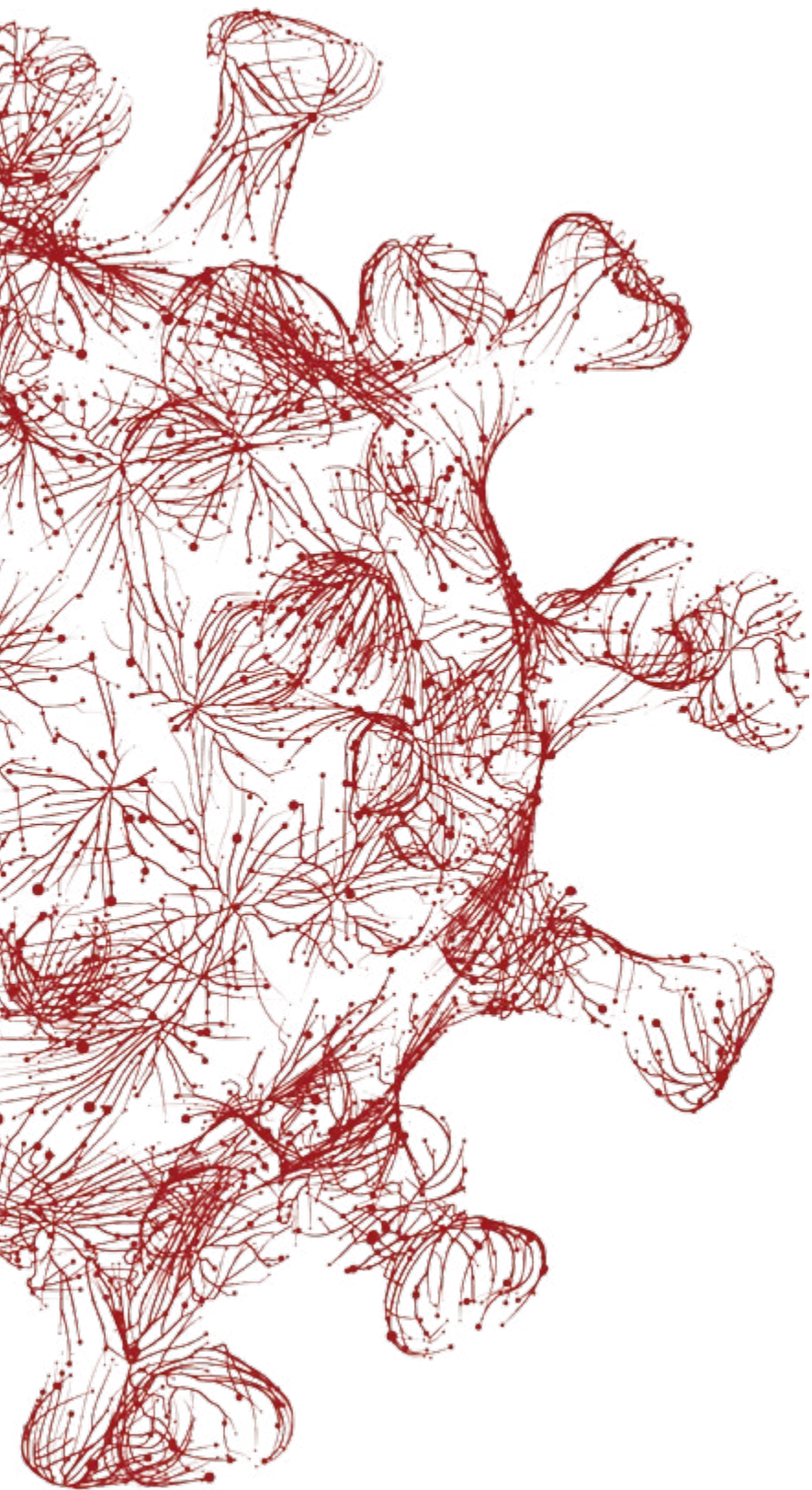
A ESD28 representa um avanço expressivo para a ESD em nosso País. Ela atualiza e expande os conceitos apresentados no documento Estratégia e-Saúde para o Brasil em abrangência e em profundidade. Oferece, também, uma oportunidade relevante para que a Saúde Digital contribua para melhorar a saúde dos brasileiros, ao promover um espaço de colaboração que possibilite, sobretudo, a maior integração entre os atores da Saúde e, em especial, os atores da Saúde Digital. A interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde conquistou um marco ao integrar laboratórios clínicos privados à RNDS para a troca de informação sobre resultados de exames de COVID-19. Um grande esforço técnico e, principalmente, organizacional será necessário para expandir a interoperabilidade entre a RNDS e os diversos sistemas de informação públicos e privados para que ela se torne a plataforma nacional de inovação, informação e serviços digitais de saúde para o Brasil. Nenhuma outra iniciativa poderia ter essa ambição.

O sucesso da ESD significará maior integração da informação de saúde em todos os níveis e setores e nos deixará mais preparados tanto para enfrentar as dificuldades típicas e conhecidas da Saúde como para enfrentar crises como a pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União [Internet]. 23 mar 2020 [acesso 2020 ago 07]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>.
2. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União [Internet]. 16 abr 2020 [acesso 2020 set 15]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>.
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Diário Oficial da União [Internet]. 6 fev 2018 [acesso 2020 set 11]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2227>.
4. Schneider EC. New England Journal of Medicine. Failing the Test — The Tragic Data Gap Undermining the U.S. Pandemic Response. N Engl J Med 2020; 383:299-302. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2014836>.
5. World Health Organization. Fifty-Eighth World Health Assembly [Internet]. WHA Resolution 58.28 eHealth. Geneva: WHO; 2005 [acesso 2020 ago 09]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20398/A58_2005_REC1-en.pdf;jsessionid=833E20B9B7BEE77E9E8C16C355705E75?sequence=1.
6. World Health Organization. eHealth Standardization and Interoperability [Internet]. WHA Resolution 66.24. Geneva 2013 [acesso 2020 ago 09]. Disponível em: https://www.who.int/ehealth/events/wha66_r24-en.pdf?ua=1.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia e-Saúde para o Brasil [Internet]. Brasília: DF; 2017 [acesso 2020 ago 12]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil-1.pdf>.
8. World Health Organization. National eHealth Strategy Toolkit – Overview [Internet]. 1 jan 2012 [acesso 2020 ago 12]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-ehealth-strategy-toolkit>.
9. Murray E, May C, Mair F. Development and formative evaluation of the e-Health Implementation Toolkit (e-HIT). BMC Med Inform Decis Mak. 2010;18;10:61. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-10-61>. PMID: 20955594; PMCID: PMC2967499.

10. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital 2020-28. 6ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite contou com a participação do diretor do DATASUS [vídeo]. [2016] [acesso 2020 out 25]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G04NxeRSEJE>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade pode colaborar com a revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde [Internet]. 6 ago 2020 [acesso 2020 ago 06]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47319-sociedade-pode-colaborar-com-a-revisao-da-politica-nacional-de-informacao-e-informatica-em-saude>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Diário Oficial da União. 29 maio 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>.
13. Karl A, et al. European Commission. eHealth is Worth it. The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites [Internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006 [acesso 2020 ago 12]. https://www.researchgate.net/publication/264167211_eHealth_is_Worth_it_The_economic_benefits_of_implemented_eHealth_solutions_at_ten_European_sites.
14. Silva ML. Virgínio Junior LA, editores. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde [Internet]. Versão 4.2. São Paulo: SBIS; 2016 [acesso 2020 set 10]. Disponível em: http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2016_v4-2.pdf.
15. Ministério da Saúde. DataSUS. Boletim Conecte SUS [Internet]. Volume 8, V1. 2020 [acesso 2020 ago 15]. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Boletim-Conecte-SUS-Vol-08-V1-2020-v015.pdf>.
16. Whitelaw S, et al. Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. Lancet Digit Heal [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 15];8(2):e435-e440. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landig/issue/vol2no8/PIIS2589-7500\(20\)X0008-2](https://www.thelancet.com/journals/landig/issue/vol2no8/PIIS2589-7500(20)X0008-2).
17. Ministério da Saúde. DataSUS. Boletim Conecte SUS [Internet]. Volume 7, V1. 2020 [acesso 2020 ago 15]. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Boletim-Conecte-SUS-Vol-07-V1-2020-v001.pdf>.



O PAPEL DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: ERROS E ACERTOS

Ana Valéria M. Mendonça ¹

RESUMO: O artigo discute o papel da comunicação em saúde no enfrentamento da pandemia, apontando as ideias e seus contextos à luz das práticas de erros e acertos nas decisões tomadas pela gestão do Sistema Único de Saúde, com destaque para o âmbito das secretarias estaduais de saúde. Registra as supressas da COVID-19 e sua circulação irrestrita no mundo e no Brasil, causando graves quadros de mortalidade e morbidade; fatos que exigem uma comunicação assertiva e dirigida às pessoas e lugares certos a serviço da informação segura, científica e, sobretudo, educadora e promotora da saúde. Enfoca a relação intensa e multifacetada de uma das maiores crises de desinformação causada pela infodemia que assola o mundo, desde a proliferação dos *smartphones* até a avalanche das mídias sociais. Propõe um conjunto de elementos sobre a base fundante da edificação da consciência sanitária, pela via da comunicação em saúde, em tempos de um futuro incerto, na conquista de um direito social, rumo à cidadania plena.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em Saúde. Tradução do Conhecimento. Tomada de Decisões. Cidadania em Saúde. Pandemia.

¹ Profa. Dra. Comunicóloga com estágio pós-doutoral em Comunicação e Promoção da Saúde pelo *Centre de Recherche sur la Communication et la Santé*, da Universidade do Quebec em Montreal. Professora associada da Universidade de Brasília. <http://lattes.cnpq.br/9570611542344742>. E-mail: valeriamendonca@unb.br.



I. A PANDEMIA DA COVID-19: AS SURPRESAS DE UM TEMPO

Na virada de um ano para outro, o mundo foi pego de surpresa pelo novo coronavírus, que partiu de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, tornando-se pandemia em fevereiro de 2020, com sua primeira vítima no Brasil em março de 2020.

Mais velozes que a chegada do próprio vírus, foram as notícias que se proliferaram nas mídias e classes sociais. As mais vulneráveis, ou melhor, aquelas já contaminadas pela desinformação, pela desassistência e pelas desigualdades sociais, estão à frente entre os números de mortes, embora seja este o momento em que devemos avaliar o quão somos iguais diante do vírus que não enxerga classe social, pois atravessa a senzala até chegar à casa grande.

Quando a sociedade se deparou com a pandemia, certamente não imaginou que, juntamente com o vírus que provocaria a maior crise sanitária dos últimos 100 anos, seria também invadida por uma das maiores crises de desinformação causada pela infodemia que assola o mundo, desde a proliferação dos *smartphones* até a avalanche das mídias sociais.

Uma segunda pandemia que já circulava entre nós e que é provocada pelo excesso de informação, trazendo consigo a cultura do cancelamento, estigmas, medos, discursos de ódio, preconceito, violência na internet, mal-estares psicossociais que chegam a levar pessoas a ansiedade, depressão e, em casos extremos, ao suicídio, um verdadeiro enxame digital, que nos provoca cansaço da informação, pois, “[...] a partir de um determinado ponto, a informação não é mais informativa, mas sim deformadora, e a comunicação não é mais comunicativa, mas sim cumulativa”, como nos alerta o filósofo sul coreano Byung-Chul Han ^{(1)(p. 106)}.

Trata-se de um cenário que precisa ser discutido cada dia mais, apesar de existir desde a antiguidade, segundo Darnton ⁽²⁾. Que extrapole os circuitos acadêmicos e políticos, as redes

sociais, os grupos de WhatsApp, os documentários da Netflix, a mídia convencional, chegue às rodas de conversa nas portas das casas, nos coretos das praças pelo interior do país, nas feiras livres, nas estações de metrô dos grandes centros urbanos, nos jornais de bairro, rádios e TVs comunitárias, invada as ruas gerando entre os indivíduos, famílias e comunidades, um sentimento de indignação que insuffle questionamentos acerca da qualidade da informação, sua origem, autenticidade, a quem interessa, entre outros necessários detalhes aos quais as fontes inseguras e corruptas não se preocupam em orientar a população sobre o fenômeno da desinformação ou a chamada notícia falsa.

Sobre desinformação e seu efeito pandêmico associado à COVID-19, nos guiaremos pelo relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)⁽³⁾ que nos remete aos “conteúdos que são falsos e têm impactos potencialmente negativos. Esses impactos podem ter consequências fatais durante uma pandemia”^(p.2). Conteúdos estes que têm provocado crises institucionais severas, insegurança e conflitos políticos, socioeconômicos e culturais no Brasil e no mundo⁽⁴⁾.

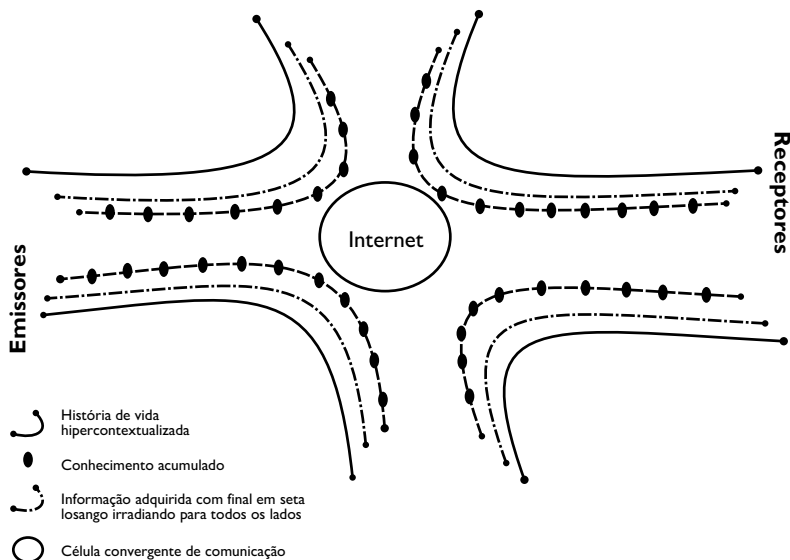
No entanto, apesar do cenário complexo com o qual nos deparamos, não vamos apresentar um contexto pessimista de comunicação social. Ao contrário, aqui vamos abordar um segmento cuja inclusão é cada vez mais necessária na pauta da imprensa, na agenda dos gestores, nas rodas de conversas e na formação permanente de profissionais da educação, da informação, da comunicação e da saúde. Vamos falar de comunicação promotora de saúde, não violenta e geradora de cultura da paz. Sim, é possível, vejamos a seguir.

2. DE QUAL COMUNICAÇÃO ESTAMOS FALANDO? A SERVIÇO DO QUE E DE QUEM?

Inicialmente, devemos dizer que não falaremos sobre comunicação de riscos, uma vez que há literatura recente sobre o tema, a exemplo de Castiel et al.⁽⁵⁾, Vasconcellos-Silva e Castiel⁽⁶⁾, Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁷⁻⁸⁾. O risco é historicamente construído, lembremo-nos que se entrelaça com vulnerabilidades, desigualdades, pobreza, analfabetismo e outros males da sociedade. Também não vamos discorrer sobre a tradicional comunicação que ilustra a relação humana por meio de padrões caricatos de quem fala o que para quem; bem como não abordaremos a comunicação organizacional com relevo às assessorias de comunicação.

Debruçar-nos-emos, todavia, sobre uma trama de conceitos que se entrelaçam na Comunicação Todos-Todos de Mendonça⁽⁹⁻¹⁰⁾ – vide **Figura 1** – e que nos remete à possibilidade concreta de estabelecermos relações cidadãs em um fluxo de informação consciente e conectado por conhecimentos, atitudes e práticas que promovam a gestão da informação para a tradução do conhecimento e, por conseguinte, a tomada de decisões por parte da comunidade para sua melhor condição de saúde e qualidade de vida.

FIGURA 1. Modelo de Comunicação Todos-Todos. Mendonça, 2007



Fonte: Mendonça, A. V. M. 2007.

Motivado pelas relações complexas que envolvem a sociedade, segundo Edgar Morin, as estruturas habermasianas da ação comunicativa e os princípios que norteiam a pedagogia da autonomia de Paulo Freire, o modelo todos-todos indica possibilidades de convergência de interesses e narrativas conforme as competências digitais de cada elemento que o integra e se relaciona, aproximando a tecnologia conforme as necessidades de cada grupo, resgatando os princípios de uma comunicação cidadã, estimulando a mobilização social e a educação inclusiva sempre e para todos. Como exemplo desse engajamento, sugerimos visitar o jornal comunitário eletrônico Voz das Comunidades em <https://www.vozdascomunidades.com.br>.

Para o desenvolvimento do modelo todos-todos, foram revisitados os tradicionais processos de comunicação, emissores, receptores, canais e mensagens. O retorno do processo de comunicação ideal, sem ruídos, também esteve presente nas análises conceituais, no entanto, o ruído propriamente dito, por vezes, é mais importante que o *feedback* da mensagem dita como assimilada. É o ruído que nos permite conhecer as dificuldades do emissor e receptor em elaborarem suas narrativas e compreensões. Para o momento, não vamos explorar o modelo em sua completude, vamos nos ater ao que o associa ao argumento utilizado para este fim.

Limitar-nos-emos ao que se refere a comunicação todos-todos quando nos revela: TODOS estamos em permanente sintonia na troca de lugares nesta cadeia infocomunicacional. Por vezes nos assentamos como emissores, ora como receptores, e a depender do nosso letramento informacional, a mensagem pode ser plural, dialógica e/ou hipermediática, chegando-nos por

multicanais, formatos e plataformas de distribuição, sempre em tempo real. São *podcasts*, vídeos, fotos, textos em WhatsApp e outros modelos de mídias sociais. Emitimos e recebemos, mas pouco nos preocupamos com a experiência de aferirmos os verdadeiros sentidos da mensagem e a quem ela beneficia com o seu conteúdo.

Pesquisa do We are Social ⁽¹¹⁾, em janeiro de 2020, aponta que o brasileiro permanece 9 horas e 17 minutos por dia conectado à internet, destas, 3 horas e 31 minutos são dedicadas ao uso das mídias sociais, ou seja, estamos permanentemente conectados e não sabemos ao certo quais vantagens podem ser resgatadas desse hábito de consumo da comunicação, nem sempre útil.

Trata-se, certamente, de um consumo desenfreado de produtos informacionais, como nos alerta Crary ⁽¹²⁾. Para ele, não percebemos mais o tempo em que vivemos conectados em necessidades de consumo informacional “criadas” por alguém, plugados e antenados em notícias de última hora, a todo instante, em que a ausência de conexão com outros iguais nos deixa sempre em desvantagem comunicacional, afinal, são estruturas cognitivas diferenciadas que nos exigem pouca reflexão, porém, muito acesso.

Por isso mesmo precisamos recordar em Wolton ⁽¹³⁾ que informar não é comunicar, e que o diálogo costumeiro precisa ser resgatado como elo para recuperação dos sentidos sociocomunicacionais entre os seres humanos, mesmo que mediados por tecnologias.

Além disso, faz-se necessário tomarmos consciência quanto ao valor da informação e o poder da comunicação sobre nossas decisões e posturas cidadãs perante a mídia. Alerta-nos Chauí ⁽¹⁴⁾ que o poder dos meios de comunicação possui dois pontos de vista: o econômico e o ideológico. O primeiro envolve a comunicação como poder, abrange uma comunicação que institui o tempo e o espaço público. É destinado ao público, mas é privado, e detém poder, inclusive, sobre as nossas narrativas. O tal poder midiático “é um mecanismo de tomadas de decisões que permite ao modo de produção capitalista, transubstanciado em espetáculo, sua reprodução automática” ^{(14)(p. 74)}.

O segundo ponto de vista revela situações conflituosas do poder que a comunicação tem sobre nossas vidas porque nos invade de informações veiculadas por esses meios comerciais de comunicação, a conhecida ‘indústria cultural’. Relacionemos tais questões à ideologia da competência, sobre a qual Chauí nos alerta para o fato de que “[...] não é qualquer um que pode em qualquer lugar e em qualquer ocasião dizer qualquer coisa do outro” ^{(14)(p.76)}. E mais...

[...] o discurso competente determina de antemão quem tem o direito de falar e quem deve ouvir, assim como predetermina os lugares e as circunstâncias em que é permitido falar e ouvir, e, finalmente, define previamente a forma e o conteúdo do que deve ser dito e precisa ser ouvido ^{(14)(p. 76-77)}.

Ao considerarmos a voz, a narrativa, a comunicação como exercício de poder, a partir de uma sociedade do conhecimento e da informação, nos depararemos com uma grave desigualdade

entre poder e informação. É óbvio, quem tem direito de falar e quem deve ouvir, são aqueles que detêm esse alcance aos lugares de comunicação (jornais, revistas, rádios e televisões) e os não lugares (mídias sociais). Sobre os não lugares, referimo-nos brevemente aos espaços virtuais pelos quais circulam o maior volume de dados e informações nunca vistos na humanidade e sobre os quais ainda não exercemos qualquer tipo de controle, mas cabe-nos mediá-los.

3. A ESSENCIALIDADE DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Ainda considerada um dos mais novos campos da Saúde Coletiva, apesar de já estar próximo de completar 100 anos de estudos e práticas, a comunicação aplicada à saúde tem sido motivo de embates mundo afora. Diretamente do século XXI, os estudos na área partem da Inglaterra⁽¹⁵⁾, passam pelo Canadá⁽¹⁶⁾ e Estados Unidos⁽¹⁷⁾ e aportam na América Latina^(9; 18-22).

Estudo de Oliveira-Costa⁽²³⁾ apresenta os conceitos que tais autores elaboraram acerca de uma denominação da área e sua complexidade. Para Blanco⁽¹⁹⁾, seria Comunicação **para a** Saúde; em Araújo e Cardoso⁽¹⁸⁾, Comunicação **e** Saúde; e para Fadul, Dias e Kuhn⁽²⁰⁾ o termo melhor aplicado seria Comunicação **da** Saúde. Usaremos o uso da terminologia Comunicação **em** Saúde, usada por Corcoran⁽¹⁵⁾, Mosquera⁽²²⁾, Mendonça^(9,21), Renaud⁽¹⁶⁾ e Schiavo⁽¹⁷⁾. Esta última afirma,

Health communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers, and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes^{(17)(p. 21)}.

Renaud⁽¹⁶⁾, por sua vez, diz que a Comunicação em Saúde visa não só a informar, mas também a promover a conscientização da população, vejamos seu conceito:

[...] la communication sur la santé, initiée notamment par les instances de santé publique, s'efforce non seulement d'informer, mais aussi de sensibiliser aux questions relatives à ce domaine, en tenant compte des réalités des individus, des communautés et des organisations. Cela dans le but de favoriser chez ces derniers des changements qui permettront d'améliorer leur santé et celle de la population en général^{(16)(p. 20)}.

Em ambas, observamos a preocupação com o envolvimento dos indivíduos, das comunidades e das organizações, uma vez que o foco dos resultados se concentra nas possíveis mudanças de contexto dos variados grupos, tendo como base as informações de saúde que auxiliem a todos na busca pela qualidade de suas vidas.

Nesse sentido, Ferreira ⁽²⁴⁾ e Nardi ⁽²⁵⁾ nos alertam para a classificação conceitual de Schiavo ⁽¹⁷⁾ às definições por ela destacadas em sua obra, a saber: para informar e influenciar decisões (individual e comunidade); motivar as pessoas; mudar comportamentos; aumentar o conhecimento e a compreensão sobre questões relacionadas à saúde; dar poder às pessoas (capacitar/habilitar); e promover o intercâmbio de informações, diálogo nos dois sentidos.

Por comunicação em saúde, faremos uso do que fora elaborado por Mendonça ⁽²¹⁾, para quem

Comunicação em Saúde é possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão, participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transparência, linguagem e transformação de construção de vínculo e dever de cidadania ^{(21)(p. 704)}.

Diante desse contexto, ao apresentarmos a Comunicação em Saúde como elemento norteador da sociedade e das instituições para fins de compreender suas complexidades e atuar, direcionadamente, para a promoção da saúde da população, a tornamos essencial nos processos e fluxos infocomunicacionais, necessários à compreensão das tramas que se estabelecem nas inúmeras camadas de compreensão dos sentidos e do valor que a informação em saúde adquire ao beneficiar a vida do local ao global.

4. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: PILARES DO ATO DE CUIDAR DAS PESSOAS

[...] pandemics often weaken health, social, and communication systems in many countries and communities [...] ^(26 - p. 73).

O excesso de informação e a desinformação são pandemias paralelas à COVID-19 que também demandam, da sociedade e dos gestores dos sistemas de saúde dos países por ela acometidos, iniciativas solidárias, éticas e proativas, que tenham a comunidade em primeiro plano, na linha de frente, juntamente com profissionais da comunicação comprometidos com a qualidade da informação em saúde e com a transparência do bom uso das mídias sociais, pois elas ainda continuam sendo as maiores aliadas no alcance das mensagens de saúde.

Entretanto, nem sempre os cenários ideais são aqueles que nos rodeiam. Ao nosso lado, encontramos cenários possíveis ao real. Situações que destoam do teórico, mas que, na prática, ao tempo que observamos quadros em desarmonia, noutro momento destacam-se iniciativas avissareiras na gestão dos sistemas de saúde.

A seguir, salientaremos algumas estratégias de comunicação em saúde assertivas e outras nem tanto, mas que ilustram a paisagem que pretendemos projetar ao final destas reflexões.

4.1 QUANDO NÃO SE PODE ERRAR

Em nosso país continental, multicultural e com a magnitude de 27 unidades federadas, é complexo afirmar que “falamos a mesma língua” e que damos voz a todos os clamores. Referimo-nos à regionalização de nossas culturas, à diversidade de nosso povo e à vulnerabilidade do acesso à educação, informação, comunicação, sem esquecer do acesso ao emprego e renda, moradia, transporte, segurança, alimentação e saúde, esta como elemento essencial à vida.

Reportamo-nos ainda ao reconhecimento necessário que deve ser preservado no reconhecimento das lideranças comunitárias para que estas sejam moderadoras do processo de comunicação e eficazes no traduzir da informação à comunidade. Sim, estamos nos referindo à tradução do conhecimento entre iguais. Quando identificamos essas lideranças, podemos provê-las com informações evidenciadas, transparentes e de qualidade, evitando ruídos no processo de comunicação no qual todos se comunicam em tempo real e a verdade é elaborada segundo interesses particulares. Podemos aprender com suas experiências, logo, a gestão de saúde e de comunicação não pode ficar longe delas, tampouco desconhecê-las.

Do mesmo modo que reconhecemos as lideranças na comunidade, também devemos identificá-las entre os profissionais de saúde, tornando-os protagonistas do processo de comunicação interno. Trata-se de uma (re)conexão da confiança com a imprensa e com a população, pois a “voz oficial” passa a ser compartilhada, reduzindo os holofotes das representações políticas. Estrategicamente, a voz compartilhada permite o reconhecimento de saberes e práticas, além de viabilizar a identificação entre os pares mediante a sua preparação, o conhecido *media training* que fortalece a capacidade de resposta à mídia por parte dos profissionais de saúde. Tenhamos, portanto, em mente que os profissionais de saúde devem ser os principais comunicadores sociais.

O estímulo à comunicação do medo não é o melhor estilo de persuasão a ser utilizado pelas assessorias de comunicação, que vislumbram a sonhada mudança de comportamento da comunidade. Pesquisas revelam que “a utilização de campanhas audiovisuais de massa não é mais suficiente para mobilizar e orientar a população”^{(27)(p. 1351.)} Precisamos resgatar os investimentos no diálogo, pois ele é o que mais precisamos e sentimos falta⁽¹³⁾. Além de promover insegurança, a comunicação do medo não estimula os princípios da autonomia e cultura da paz e não violência. Coloca a comunidade sempre no lugar de vilã, que deixa de ser aliada no engajamento comunitário para a consciência sanitária.

Quando as assessorias de comunicação não se antecipam à imprensa, elas permanecem na tradicional posição defensiva, elogiada por uns e criticada por outros. Ao tempo que protege a instituição, também a fragiliza. É um local de conforto que deve ser subs-

tituído pelo agir comunicativo da busca ativa da comunicação baseada em evidências que dialogue com jornalistas e, ao mesmo tempo, com a sociedade. Devemos ter em mente que o valor notícia nem sempre está em fatos positivos à gestão, mas a crise anunciada, seguida de iniciativas propositivas, adquire posição de destaque, além de estimular a transparência. Nem sempre conquistamos a credibilidade com boas notícias, as não tão boas têm sua importância na opinião pública.

Por último, e não menos importante, Romar⁽²⁸⁾ nos alerta que a gestão estadual do SUS deve atentar-se aos investimentos necessários para a capacitação de gestores, profissionais da comunicação e da saúde, até que estes consigam agir coletiva e proativamente. A decisão política deve permear a destinação de orçamento compatível com as demandas e prioridades, fato incomum. Nem sempre a campanha mais cara é a mais dialógica, logo, investimentos no setor, associados à educação permanente, avaliação e monitoramento dos processos e parcerias estratégicas à massificação de conteúdos relevantes, são bons caminhos a serem trilhados pelo tomador e decisões.

4.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, POR QUE É VITAL ACERTAR?

Quando nos recorda que “os governos devem promover e proteger o acesso e o livre fluxo de informações durante a pandemia”, a Unesco^{(3)(p.13)} não somente cumpre seu papel orientador de condutas cidadãs mediadas pela educação, informação e comunicação, em âmbito internacional, mas também imprime um conjunto de orientações para toda a sociedade.

O letramento digital e a alfabetização informacional são algumas dessas prospecções e encontram, em Bundy⁽²⁹⁾, forte contribuição ao debate quando nos lembra o conceito básico desta última, qual seja:

[...] a alfabetização em informação é a capacidade de compreensão e um conjunto de habilidades, que possibilitam ao indivíduo reconhecer quando necessita de alguma informação, podendo então localizá-la e utilizá-la de forma eficaz^{(29)(p. 3)}.

Contribuir para que indivíduos, famílias e comunidades possam identificar rapidamente uma notícia falsa ou informação incompleta é maneira das mais assertivas que a gestão do SUS pode encontrar na garantia de sua proatividade, tornando-se fonte “confiável” e oficial na comunidade e na imprensa. A gestão da informação e a tradução do conhecimento a partir de linguagem objetiva e de fácil compreensão estão sempre em voga entre lideranças comprometidas com a autonomia das pessoas e em suas capacidades de resolver seus diversos problemas, entre eles está a tomada de decisão ao engajamento e participação social para o desenvolvimento de uma consciência sanitária coletiva. Sobre esse tema, nos debruçaremos adiante.

Tais princípios designam um circuito virtuoso entre as lideranças comunitárias e profissionais, identificação de porta vozes legitimados e que carregam consigo o protagonismo em contribuir para a celeridade e fluidez do fluxo de informação e sua capilaridade, a partir de respostas rápidas aos problemas gerados pelo ciclo de desinformação. Esse circuito deve ter origem na gestão do Sistema de Saúde.

Ao estimular a equipe de comunicação com investimentos permanentes, o gestor dos serviços de saúde compartilha as responsabilidades. Sobre esse tema, sugiro ler os estudos de Romar⁽²⁸⁾ e Nardi⁽²⁵⁾.

Respostas à imprensa e, por consequência, à comunidade, sem meias palavras, a partir de dados produzidos e traduzidos, confiáveis, para que todos compreendam o sentido da notícia, devem ser premissas facilitadoras que podem e devem estar presentes na tomada de decisão do gestor. Afinal, notícia boa é aquela que enfoca prioridades, faz uso da transparência dos dados públicos e estimula a mobilização e o engajamento social conforme nos alertam Toro e Werneck⁽³⁰⁾.

5. COMUNICAÇÃO PROMOTORA DE SAÚDE: BASE FUNDANTE À EDIFICAÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

For this we need a paradigm shift that engages those who have been most affected by the pandemic – such as low-income communities, communities of color, the elderly, and other marginalized and underserved groups – in the design of our communication efforts. Improving health and media literacy as well as civic literacy and helping everyone understand the impact of information and policies on their lives is also key to this paradigm shift.⁽²⁶⁾ (p. 74).

Ao iniciarmos esta parte do texto com a citação de Schiavo⁽²⁶⁾, convidamos aos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde brasileiro a ampliarmos, juntos, o foco de nossas lentes sobre as práticas atualmente desenvolvidas no âmbito da comunicação em saúde.

Trataremos esse foco a partir de três dimensões: a institucional, a comunitária e a midiática. Institucionalmente, como nos alerta Canclini⁽³¹⁾, é chegado o momento de ajustarmos o que está fora de lugar, readequando as instituições ao novo ritmo em que nossa cultura se encontra, por vezes desmaterializada. Na dimensão comunitária, precisamos retomar os diálogos a partir de novos modos de fala numa cidadania cada vez mais digital graças aos celulares, *chats*, grupos de WhatsApp, que trazem consolo à sociedade em tempos difíceis e de grande vulnerabilidade diante da desinformação. E, por conseguinte, na dimensão midiática, pensemos nos movimentos colaborativos e de respeito às diferenças, em que esclarecer dúvidas não significa voltar ao ponto de partida, mas, sim, agir com empatia e estrategicamente às necessidades de fala e consumo de mensagens que façam sentido às vidas de quem as recebe.

Esses seriam desafios contemporâneos à promoção da saúde da qual já nos dizia Czeresnia ⁽³²⁾:

Não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. ^{(32)(p. 51-2)}.

Entre singularidades, diferenças e semelhanças, vivem os projetos promotores de saúde, e o que os liga? A vulnerabilidade das condições de saúde e vida da população. Assim, sugerimos o exercício de identificarmos o *lead* da notícia promotora de saúde que estamos a desenvolver: Quem? Comunica o quê? Como? e Para quê? Em breves linhas, respondemos: todos comunicamos em tempo real, o que, de fato, interessa à sociedade, baseados em evidências (construção de verdades e não falsas notícias), em meios que alcancem o maior volume de pessoas a fim de informar e educar para cidadania. Já seria um bom ensaio.

Por estarmos vivendo cenários de incertezas e “novas normalidades”, a expressão das complexidades percebidas na rede de poderes, saberes e práticas demanda novos fluxos de informação extensivos, nos dizeres de Paulo Freire, que possam assegurar a autonomia e liberdade de escolhas de forma consciente. Afinal, os processos comunicativos demandam engajamento comunitário para consciência sanitária.

6. AS INCERTEZAS DO FUTURO

Câmbios culturais imprimem novos modos de (re)agir diante de fenômenos tecnológicos, a exemplo do compartilhamento de conteúdos de saúde por meio de mídias sociais em tempos pandêmicos, em particular. Incerto ainda é o porvir, mas concreta é a imagem refletida no quadro desenhado socialmente na forma de tramas de uma rede de produção de conhecimento cidadão.

Nossos hábitos de ler e escrever adaptaram-se rapidamente às pequenas telas dos dispositivos móveis. De acordo com as pesquisas do site We are Social, da população de usuários de Internet no Brasil com idade dos 16 aos 64 anos, 96% possuem algum tipo de celular; destes, 94% possuem *smartphone*; e apenas 12% não possuem telefonia móvel de alto padrão midiático ⁽¹¹⁾.

O que esperarmos desses grupos tão diversos, distribuídos nos cinco cantos de um país como o Brasil? Além da leitura, entre outros hábitos que também se modificaram nos últimos dez anos, encontram-se o de ver e ouvir. Já não mais dependemos do tempo real, pois agora podemos pausar para retomarmos depois, ou não, pois os “dedos nervosos” nem sempre obedecem aos comandos do fixar, mas sim de navegar, rolar, passar, subir e descer, freneticamente, como se nenhum dos conteúdos ali apresentados fosse suficiente o bastante para atender à demanda do conhecimento urgente.

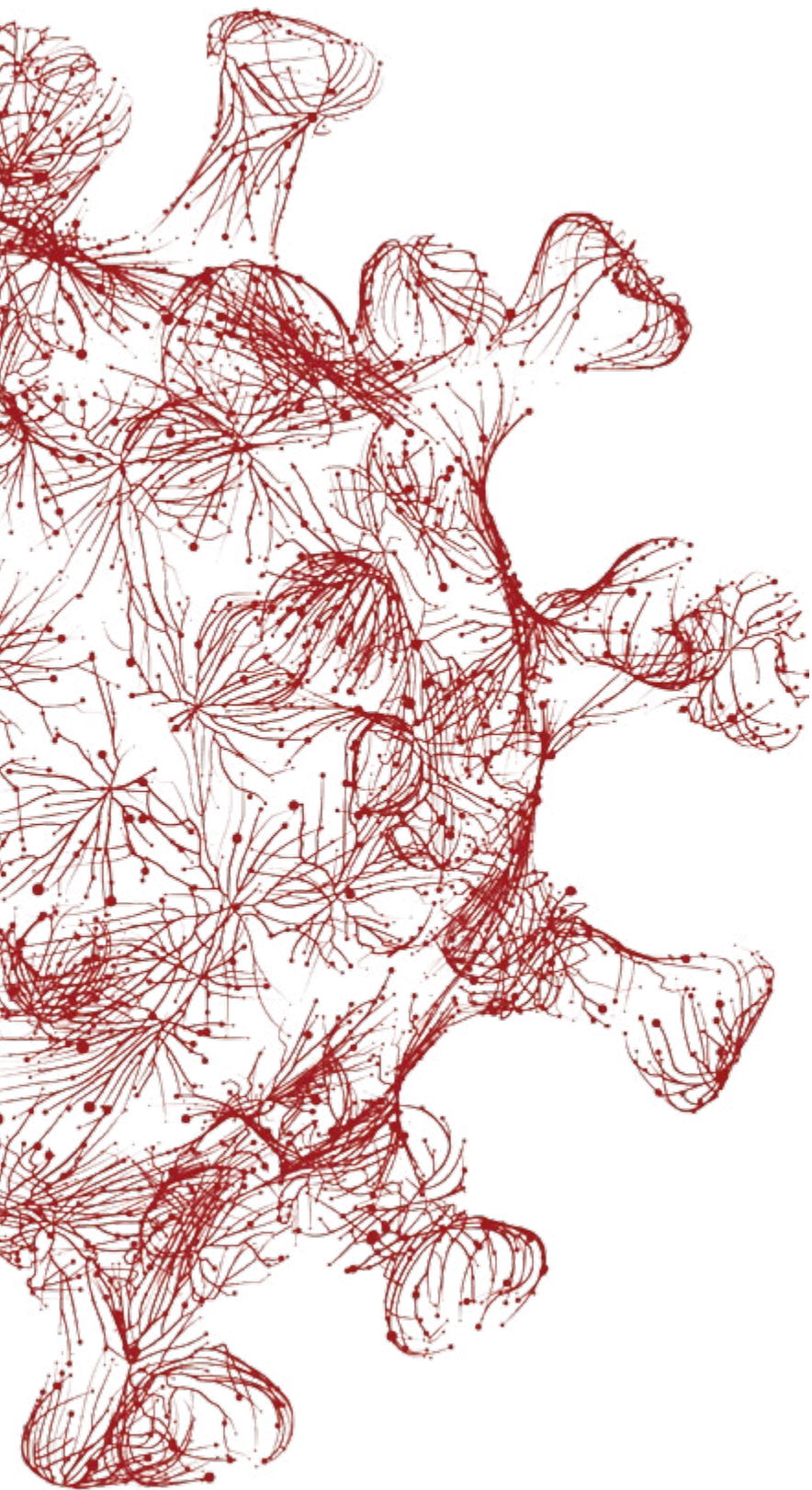
Sobre essa urgência de saber, devemos começar a inverter a ordem de corriqueiras perguntas. Ao invés de querermos saber o quanto se lê, é chegada a hora de perguntarmos quando e como lemos o que necessitamos saber? Essas podem ser as próximas perguntas para refletirmos quanto aos desafios inerentes aos conhecimentos, atitudes e práticas de uma comunicação promotora da saúde na qual a informação passa a ser entregue em sentido contrário: passemos a captar a informação que nasce e é produzida pela comunidade e assim melhor conheceremos determinados fenômenos, seus ritmos, institucionalidades e capacidades de engajamento para, de fato, alcançarmos a consciência sanitária que almejamos para a plena cidadania e conquista da saúde como direito social.

REFERÊNCIAS

1. Han BC. No enxame: perspectivas do digital. Machado L (trad). Petrópolis, RJ: Vozes; 2018.
2. Darnton R. A verdadeira história das notícias falsas: séculos antes das redes sociais, os boatos e as mentiras alimentavam pasquins e gazetas na Europa. El País Brasil [Internet]. 1 maio 2017 [acesso 2020 out 03]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/28/cultura/1493389536_863123.html.
3. Posetti J, Bontcheva K, organizadoras. Desinfodemia: decifrar a desinformação sobre a COVID-19 [Internet]. França, Paris: Unesco; 2020 [acesso 2020 out 03]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374416_por.
4. Iretony C, Posetti J, organizadoras. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Periodismo, “notícias falsas” & desinformación. Manual de Educación y Capacitación en Periodismo. França, Paris; Santo Domingo: Unesco; 2020 [acesso 2020 out 03]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373349>.
5. Castiel LD, Vaconcellos-Siva Pr, Moraes DR. Micromortevida Severina? A comunicação pre-emptiva dos riscos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso 2020 set 29];33(8):e00016017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-3308-e00016017.pdf>.
6. Vaconcellos-Siva Pr, Castiel LD. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. Cad Saude Publica. 36(7):e00101920, 2020.
7. Organização Mundial da Saúde. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018.
8. Organização Mundial da Saúde. Comunicação de risco e engajamento comunitário (CREC) Prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019 (2019- nCoV). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.
9. Mendonça AV. O processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde. In: Cunha FJ, Lázaro CP, Pereira HB, organizadores. Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 67-80.
10. Mendonça AV. Os processos de comunicação e o modelo todos-todos: uma relação possível com o Programa de Saúde da Família. Brasília: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.
11. We Are Social. The global state of digital [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em <https://datareportal.com/reports/digital-2020-brazil>.

12. Crary J. *24/7: Capitalismo tardio e os fins do sono*. Toledo Jr J (trad). São Paulo: Cosac Naify; 2014. p. 11-69.
13. Wolton D. *Informar não é comunicar*. Porto Alegre: Sulina; 2010.
14. Chauí M. A questão central: os meios de comunicação como poder. In: *Simulacro e poder: uma análise da mídia*. 2ª impressão. São Paulo: Editora Fund. Perseu Abramo; 2006. p. 72-78.
15. Corcorán N, organizador. *Comunicação em saúde: estratégias para promoção da saúde*. Lopes L (trad). São Paulo: Roca; 2010.
16. Renaud L. *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Coll. Québec, Presses de l'Université du Québec; 2010.
17. Schiavo R. *Health Communication: from theory to practice*. San Francisco/USA: Jossey-Bass/Wiley; 2007. p. 3-29.
18. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
19. Blanco JL. Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud. *Rev Esp Com Sal*. 2010;1(2):77-97.
20. Fadul A, Dias P, Kuhn F. Contribuições bibliográficas para a pesquisa sobre o campo da Comunicação. *C&S*. 2001;23(36):111-40.
21. Mendonça AV. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária. In: Sousa F, Franco MS, Mendonça AV, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Brasília: Saberes; 2014. p. 701-719.
22. Mosquera M. *Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias*. Comminit, La iniciativa de la comunicación [Internet]. 2003. [acesso 2020 out 05]. Disponível em: <https://www.comminit.com/content/comunicación-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>.
23. Oliveira-Costa MS. *Parem as máquinas! A gente não quer só comida. Análise da alimentação como pauta jornalística* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
24. Ferreira AS. *Análise dos processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília. Brasília; 2012.
25. Nardi AC. *Comunicação em Saúde no Brasil: um estudo exploratório na Rede Cosems das Secretarias Municipais de Saúde* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília. Brasília; 2017.
26. Schiavo R. Vaccine communication in the age of COVID-19: Getting ready for an information war. *J Commun Healthc* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 04];13(2):73-75. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17538068.2020.1778959?needAccess=true>.

27. Albarado AJ, et al. Análise da recepção de campanhas audiovisuais de saúde no Brasil: um estudo qualitativo sobre a percepção da população no controle do aedes. CIAIQ [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 05];2:1343-154. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2292>.
28. Romar AA. Estudo descritivo da área de comunicação: estrutura e principais cenários das secretarias estaduais de saúde [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
29. Bundy A. El marco para la alfabetización informacional en Australia y Nueva Zelanda. Principios, normas y práctica. Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios [Internet]. 2003 [acesso 2020 out 05];18(73):109-120. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/11878128.pdf>.
30. Toro JB, Werneck NM. Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
31. Canclini NG. Solenidade virtual de posse de Néstor García Canclini [vídeo]. As Instituições fora de lugar. [2020]. (1h15m07s – 2h07m10s). [acesso 2020 out 06]. Disponível em: <https://youtu.be/OVICDqxQTYE>.
32. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.43-58.



MISSÃO DO CONASS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Beatriz Figueiredo Dobashi¹

RESUMO: O termo gestão em saúde ganha força com as Normas Operacionais Básicas (NOB 1993/1996), trazendo um novo arranjo de competências para as três esferas de governo dentro do Sistema Único de Saúde, resgatando o preceito constitucional de solidariedade entre os entes nos quais as decisões devem ser pactuadas entre instituições autônomas, porém voltadas para o bem comum. À medida que o Sistema crescia, aumentava a complexidade da gestão; porém, há aproximados 20 anos, havia sido criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), justamente com a missão de apoiar e representar a gestão estadual de saúde. Muito conhecimento vinha sendo produzido, além de serem abertas novas frentes de trabalho conforme as necessidades dos estados. Após 38 anos de sua criação, o Conass se depara com o grande desafio de exercer sua missão numa grave situação de pandemia pelo novo coronavírus. Mantendo a qualidade de sua atuação, o Conass decidiu trabalhar com a divulgação de informações epidemiológicas fidedignas criando o Painel Conass COVID-19 e mantendo os apoios técnicos demandados pelos gestores. Essa é a missão do Conass em tempos de pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão. Solidariedade. Pactuação. Pandemia.

1 Médica Sanitarista e do Trabalho. Mestre em Gestão Clínica.



I. INTRODUÇÃO

A gestão em saúde se reveste de grande complexidade, pelo fato de enfrentar o desafio da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um país de dimensões continentais, formado por unidades federativas autônomas; e, ainda assim, utilizar a pactuação para estabelecer diretrizes e executar políticas que ao mesmo tempo conservem a unicidade dos objetivos e respeitem as peculiaridades regionais. Nesse contexto, estão os desafios de organizar Redes de Atenção em Saúde (RAS). Elas precisam ser acolhedoras, resolutivas e alicerçadas na Atenção Primária. Mais ainda, fazer isso com financiamento insuficiente, demanda crescente, dificuldades para interiorização de profissionais e muitos problemas na formação dos trabalhadores em saúde.

Qualquer decisão do fórum de Gestores tem impacto na vida de inúmeras pessoas, pois se destina tanto aos pequenos municípios com menos de 30 mil habitantes como às grandes metrópoles. Ser gestor da saúde implica implantar novos modelos de atenção, baseados na territorialidade, voltados para atender às necessidades sociais demandadas e percebidas.

Ou seja, ser gestor de saúde é fazer parte de um projeto de Estado, como ator social, sem deixar que decisões meramente político-partidárias ponham em risco a efetivação do SUS no seu território.

Foi por conta dessa complexidade e premidos pela necessidade de unir forças e aumentar sua representatividade que os gestores da época, liderados pelo médico Dr. Adib Jatene, então Secretário de Saúde de São Paulo, decidiram pela criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em fevereiro de 1982: um espaço que representaria a força dos estados na construção do SUS e, ao mesmo tempo, proporcionaria um apoio para além das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), ajudando-as a carregar o pesado fardo da gestão.

Conforme se lê, o presente texto é de abordagem qualitativa, que, além de apresentar resultados aferíveis por pesquisa bibliográfica, traduz as impressões de quem esteve na conformação dos SUS, como técnica e como gestora, por mais de três décadas .

Os compromissos assumidos pelo novo Conselho: vocalizar para a Sociedade as posições e decisões do conjunto de Secretários de Saúde; representar os interesses das Secretarias de Saúde nos espaços deliberativos; promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS; proporcionar apoio técnico às SES⁽¹⁾.

Tem-se que em tempos de pandemia, mais dois compromissos, de destaque, foram estabelecidos pelo Conass: avaliação dos riscos de COVID-19 na Atenção Primária à Saúde (APS) e avaliação semanal enquanto estiver declarado estado de emergência na saúde pública.

2. RÁPIDA CRONOLOGIA

Passados 38 anos, o Conass ameahou inúmeras publicações e alçou voos também fora do Brasil, como os cursos na área de enfermagem realizados com a Universidade de Toronto/Canadá e a criação de indicadores para avaliação de serviços de saúde, com a Universidade de Montreal, também no Canadá. Conquistou um lugar como observador consultivo na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Essas iniciativas foram se aperfeiçoando, e o Conass adquiriu credibilidade graças a uma atuação técnica, oportuna e resolutiva. Fazendo da produção de conhecimentos o seu carro-chefe, tornou-se imprescindível para a gestão estadual. A biblioteca que o Conass oferece às Secretarias tem coleções que servem de base para a gestão da saúde e são construídas pelas Câmaras Técnicas que reúnem técnicos do Conass e representantes dos estados, de modo que os produtos têm a especificidade necessária.

Por outro lado, o cenário nacional não possuía a mesma energia. Sim, porque em 2003, 15 anos após o advento do SUS, o Brasil ainda não tinha um sistema de saúde hierarquizado, descentralizado e voltado para a integralidade da atenção, fazendo transitar as linhas de cuidado nas RAS.

Por que a maior conquista social dos últimos tempos, tendo sido buscada com grande esforço e mobilização, corria o risco de desmoronar em tão pouco tempo? De um lado, pode-se dizer que, criado o SUS, desencadeou-se um processo de municipalização da saúde de forma demasiadamente atabalhoada. Os municípios receberam a incumbência de implantar e operar o SUS, sem que o poder decisório e, principalmente, o financiamento também fossem descentralizados.

Havia um descontentamento crescente com o grande volume de dispositivos legais emitidos pelo Ministério da Saúde, os quais nem sequer eram lidos na íntegra por diversos gestores.

A vitória de criar um sistema de saúde que atrelava o direito à cidadania estava ofuscada por portarias, decretos e leis. Sem falar nos intermináveis debates sobre de quem era a responsabilidade disso ou daquilo.

No entanto, era necessário respeitar o preceito constitucional – a Saúde é direito de todos e dever do estado – e retomar a solidariedade entre as esferas de gestão ⁽²⁾.

Foi isso que motivou diversos debates, com a participação de instituições como Conass, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde, entre outros, a partir de 2003.

Como resultado dessa mobilização, foi proposta a celebração de um Novo Pacto na Saúde. Inicialmente, seria um Pacto de Gestão, uma resposta aos ataques da mídia cujo mantra era: a Saúde não precisa de dinheiro, precisa de gestão e honestidade. No desenrolar dos trabalhos, mais precisamente em 2006, foi celebrado o Novo Pacto da Saúde: de Gestão, pela Vida e pelo SUS ⁽³⁾. No Pacto de Gestão, foram acordadas as funções da Gestão em Saúde: responsabilidade sanitária, regionalização solidária e cooperativa, regulação, gestão do trabalho, educação permanente, planejamento, programação, avaliação e informação.

Infelizmente, todo esse esforço não foi suficiente para retomar o cerne da criação do SUS: a delimitação das regiões e a organização dos serviços em Rede, o que levaria à maior pactuação em saúde de todos os tempos. O Conass foi à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) apontar onde falhou a discussão: na pactuação; em que os serviços de saúde deixam de pertencer ao gestor do seu território e passam a planejar, executar e avaliar-se nos fóruns regionais.

A regionalização é o cenário no qual se materializa o desafio central de pactuar com unidades federativas autônomas. É o espaço em que se deve garantir o acesso da população à Atenção Especializada em Saúde sem perder a articulação com a APS ⁽⁴⁾.

Desde a primeira edição da Norma Operacional da Assistência em Saúde (Noas), em 2001 ⁽⁵⁾, os gestores da saúde nas três esferas de governo têm debatido e enfrentado muitas dificuldades, principalmente a concentração dos serviços e dos especialistas nas grandes cidades. A organização das redes de atenção, incluindo a qualificação de ferramentas de gestão citadas anteriormente, tem contribuído para os avanços já contabilizados.

Entretanto, há muito a fazer, e os compromissos assumidos com o Pacto pela Saúde em 2006 ainda são válidos, pois devem contribuir para uma regionalização efetiva ⁽⁴⁾ e solidária. Também existe a necessidade de criar os Colegiados de Gestão Regional, já que em vários estados não prosperaram.

Obviamente, em tempos de pandemia, tudo que se refere à implantação e operação das RAS se caracteriza da maior importância, pois os pacientes precisam ter um caminho lógico, rápido e eficaz para o tratamento da COVID-19.

O Conass ganhou espaço nos fóruns tripartites, em especial na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), defendendo os interesses dos estados desde que eles fossem coerentes com as premissas do SUS.

Outrossim, justamente, a produção de conhecimento começa com a divulgação de informações fidedignas. Quando se compara o volume e a qualidade das informações sobre saúde que circularam em décadas passadas com aquelas disponíveis atualmente, constata-se o quanto essa forma de educação cresceu. Essa pode ser considerada, também, uma das dimensões intervenientes na melhora de muitos dos indicadores de saúde.

Assim, o que se vê, hoje, é o crescimento da complexidade da gestão, agravada pelas questões epidemiológicas. Quando as causas externas, aí incluídos os acidentes de trânsito, oscilam entre a segunda e terceira causa de morte nos últimos 20 anos, talvez seja porque as autoridades e a população ainda não se deram conta que a violência guarda um componente que se articula à questão sanitária. Assim, não se observam ações governamentais efetivas de educação em saúde voltadas para as diferentes espécies de causas externas – é como se não se tratasse de um problema de saúde.

Mais uma vez, porém, o Conass ocupa o espaço e coloca no seu rol de produtos compilação de dados; eventos para divulgação desses dados e, agora, um Curso de Especialização sobre o Impacto na Violência na Saúde.

3. AS RELAÇÕES ENTRE A RESPOSTA À COVID-19 E A MISSÃO DO CONASS

Por outras palavras, parece ser imprescindível ampliar todas as formas de educação em saúde, de modo a favorecer a conquista de níveis de saúde cada vez mais elevados. A esse propósito, a pandemia da COVID-19 ensejou possibilidade extraordinária para a educação de pessoas leigas sobre aspectos inerentes ao mal que assolou o planeta no ano de 2020.

Nunca se assistiu a tantos sanitaristas, epidemiologistas, infectologistas e outros especialistas ocupando espaço privilegiado na mídia, para explicar desde o modo como se dá a transmissão da doença até aspectos inerentes à gestão dessa crise sanitária, passando pelos ensinamentos das medidas de proteção individual e coletiva. Nesse sentido, a sociedade brasileira conquistou importante ganho.

De outra parte, a ideologização da pandemia trouxe dificuldades extras ao seu enfrentamento. Enquanto o Presidente da República apostou em uma estratégia de minimização dos riscos, contraditoriamente, seu Ministério da Saúde procurou estudar o novo fenômeno e se instrumentalizar para o enfrentamento do que poderia vir adiante.

No início da pandemia, havia o suporte de uma gabaritada equipe técnica que ia para a linha de frente, não só para dar os meios necessários à adequada gestão dos problemas, muitos deles renovados a cada dia ou semana, mas também para deixar a população informada.

Durante alguns meses, o país aguardava, ávido, as entrevistas coletivas diárias (exceto aos domingos), durante as quais, em linguagem direta e com um posicionamento muito realista, eram transmitidos tanto os dados relativos a novos casos e óbitos quanto a desdobramentos possíveis, bem como a evolução da capacidade instalada de leitos para o tratamento dos doentes.

Nessas entrevistas, sempre havia, ao fundo, o painel com a logomarca do SUS, e os que compunham a Mesa usavam um colete com o emblema do sistema brasileiro de saúde. Mesmo sem fazer qualquer proselitismo sobre o SUS, a simples menção evocada pelo painel e coletes, diariamente mostrados para todo o Brasil, constituiu-se num movimento importantíssimo de valorização e afirmação do sistema público de saúde que, nesse momento, revelou-se fundamental ao enfrentamento da pandemia, sem o qual, certamente, a quantidade de óbitos poderia ser muito superior aos números registrados.

Substituído o Ministro, na breve gestão que se seguiu, as entrevistas foram mantidas, agora sem o painel do SUS ao fundo e sem os coletes. De todo modo, a população se manteve informada, recebendo diretamente do Ministério da Saúde as notícias relativas à pandemia. Na sequência, ainda na interinidade de seu titular, o Ministério alterou a metodologia para aferição dos dados, suprimiu as entrevistas ministeriais, fazendo despertar a desconfiança de amplos setores da sociedade brasileira.

Diante do vácuo, veículos da grande mídia impressa e televisiva constituíram o Consórcio da Imprensa, que avocou para si a contabilização dos casos da doença e dos óbitos, divulgando um boletim diário da pandemia. Para tanto, computa as informações prestadas pelas SES, tratando as informações segundo a metodologia originalmente adotada pelo Ministério da Saúde.

É justamente aqui que se coloca a Missão do Conass em tempos de pandemia: assumir um compromisso claro com a causa sanitária, defendendo, por exemplo, o isolamento social, ainda que muitos se rebelassem, considerando que essa medida comprometeria a economia de forma irreversível, segundo eles.

Mais que isso, o Conass implantou em sua página o Painel COVID-19⁽⁶⁾, e passou a apoiar as SES, as quais tiveram de encampar todas as decisões e, obviamente, todos os ônus decorrentes da imposição de medidas restritivas a atividades econômicas e à circulação de pessoas. Diante disso, ao se estabelecer um vácuo de informações, o Conass preencheu aquele espaço.

Por sua natureza e atribuições, esse órgão colegiado reúne não só todas as condições técnicas e políticas como também representa todas as SES, as quais, justamente, são as fornecedoras das informações processadas pelo Consórcio da Imprensa, responsável pelos boletins da pandemia. Foi uma excelente oportunidade para o CONASS tanto ampliar sua atuação quanto divulgar esse trabalho e, por consequência, consolidar a sua imagem institucional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o Conass deve buscar ampliar a sua presença na sociedade por meio de outras inserções na mídia, divulgando aspectos da gestão da crise sanitária não cobertos pelos boletins do Consórcio da Imprensa. Ainda, nada impede que se negocie, com o referido consórcio, o crédito para o Conass, com uma nova marca “Consórcio de Imprensa – Conass”, já que os dados são fornecidos pelas SES.

Precisam ter informações seguras a serem repassadas para a população. Precisam acreditar que as medidas duras são as que devem ser tomadas e precisam ter esperança de chegar ao fim da pandemia o menos destruídos possível.

Esta, portanto, é a parte mais importante da Missão do Conass em tempos de Pandemia: o verdadeiro apoio para as SES; a divulgação sistemática de informações qualificadas.

Entretanto, há também a resposta do sistema de saúde, aqui entendido como público e privado, aos pacientes que demandam internação tanto clínica como, e principalmente, as que necessitam de suporte de Vida.

Vários aspectos precisam ser resolvidos pela gestão: em primeiro lugar, a organização dos serviços em Rede, tendo a APS o papel de coordenar a linha de cuidado que vai transitar por essas Redes.

O Conass desenvolveu um projeto chamado Planificação da Atenção Primária, que obteve aprovação em massa nas SES. Nestes tempos de pandemia, esse projeto fortalece a APS, requisito primordial para a coordenação das Redes.

É preciso registrar que os casos de infecção por COVID-19 estão apresentando um aspecto em comum que é o da piora das condições respiratórias de forma abrupta; então, é preciso suprir cada serviço hospitalar que não tenha leitos suficientes. Nesse sentido, o Conass pode colaborar para a troca de experiências entre as SES, a ser promovida pelas Câmaras Técnicas, das diferentes temáticas, e formadas por técnicos especializados das SES.

Também é possível utilizar a experiência do Conass com as relações internacionais e firmar parcerias que possam apoiar a capacitação de equipes de saúde.

Enfim, a seara é imensa! Estamos vivendo um pesadelo epidemiológico e, mais que nunca, a gestão precisa ser compartilhada. Também é imprescindível abrir canais para que as SES tenham acesso às experiências de outros países, de forma que uns aprendam com os erros e os acertos dos outros.

Ou seja, as iniciativas do Conass se encaixam perfeitamente nas necessidades da gestão estadual, e nem podia ser diferente, já que ele foi criado para apoiá-la. É tempo, pois, de aprimorar a pactuação; é tempo do financiamento tripartite; é tempo de Salvar Vidas!

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Criação, Publicações e Informações Epidemiológicas [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 26]. Disponível em www.conass.org.br.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Diretrizes Operacionais. Brasília DF; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa. Orientações para sua implementação no SUS. Brasília; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. NOAS: Norma Operacional da Assistência. Brasília; 2001.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Paineis COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: www.conass.org.br. Brasília; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em www.saude.gov.br.

GESTÃO ESTADUAL DO SUS: AVALIAÇÃO DA TRANSPARÊNCIA

Nubia Viana¹

RESUMO: O presente artigo teve por objetivo descrever a evolução na transparência dos dados do cenário COVID-19, avaliando diferentes perspectivas de análise, motivado por eventos direcionadores com foco na organização, consolidação e acesso em tempo oportuno das informações. Concomitantemente a esta análise, a maturidade das diversas gestões estaduais no enfrentamento da pandemia, considerando adequação de processos, recursos e tecnologia como tripé de sustentação para tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Dados. Painel. Transparência dos Dados. Boletim Coronavírus.

¹ MBA em Gestão de Saúde pelo INPSEER. Curso de Especialização em Administração de Serviços de Saúde – Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Bacharel em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: nvianame@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A globalização trouxe seu exemplo mais real por meio do cenário da COVID-19. Desde as primeiras notificações dos casos na China até a confirmação do primeiro caso no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, nota-se que as distâncias geográficas não funcionam mais como barreiras naturais para disseminação de doenças.

A necessidade de estruturar o processo de *comunicar* foi outro elemento que se mostrou crítico. Dados chegavam rapidamente. Porém, sem uma padronização clara do que, como e em qual melhor forma de apresentar, os diversos órgãos de competência foram desafiados na divulgação dos dados. Em paralelo, acomodar-se às recomendações de organismos de referência, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), referente a critérios de diagnósticos, protocolos, bem como disponibilizar dados para as diferentes iniciativas mundiais⁽¹⁻⁴⁾ adicionaram maior complexidade no processo de comunicação da situação COVID-19.

Assim, houve necessidade premente de se organizarem os dados rapidamente, para que, de fato, houvesse gestão adequada da evolução da doença. A rapidez na divulgação do panorama da pandemia graças aos avanços tecnológicos, somada com inúmeros esforços colaborativos⁽¹⁻⁴⁾, também foi notada no sentido de dar maior transparência desses dados com o intuito de avaliar, entres outros aspectos, progressão dos casos e óbitos e comportamento ante as medidas tomadas.

Outras iniciativas de tal relevância foram tomadas, como facilidade de acesso às normativas criadas por municípios e estados⁽⁵⁾, relatórios dos setores afetados pelas questões envolvendo mobilidade, agrupados pela sua característica⁽⁶⁾, e dados dos Cartórios de Registro Civil⁽⁷⁾.

A importância da transparência dos dados, considerando o contexto do Brasil, mostrou o quanto a gestão em Saúde estava, infelizmente, atrasada nesse aspecto. O salto que se verificou

nesses últimos sete meses, por outro lado, foi espetacular. Para efeito de ilustração, vamos focar as informações das Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal, sendo essas as principais fontes de dados para que estes e o Governo Federal pudessem entender o comportamento e evolução da doença e, por outro lado, fonte de dados para órgãos internacionais consumirem essas mesmas fontes para efeito de comparação entre os diversos países.

Para tal, considerando uma metodologia simples e não exaustiva, evidenciaremos quatro aspectos para análise da progressão na maturidade da transparência de dados: (i) facilidade de acesso; (ii) comportamento e progressão da doença; (iii) capacidade de operação; e (iv) previsão de demanda.

2. MÉTODO

O desenho do método adotado levou em consideração dimensões que pudessem não somente entender a progressão da doença em determinado espaço territorial, mas também análises comparativas entre diferentes territórios.

Para adequada estruturação do método a ser utilizado, mantiveram-se, como critérios direcionadores, três elementos: recursos, processos e tecnologia. Na esfera de recursos, conhecer a demanda, seu comportamento ao longo do tempo, perfil do cenário no qual ela está inserida, cruzando com a disponibilidade desses recursos, permite identificar os gargalos ou vazios e, conseqüentemente, melhor definir estratégias coerentes com cada cenário, orientando a tomada de decisões.

“Estruturar” e “organizar” são elementos que alavancam a implantação de um processo de governança e monitoramento de dados. Para entender se as ações tomadas foram efetivas e realizar ajustes ou modificações no planejamento para melhor enfrentamento da pandemia, o monitoramento traz esse formato de um ciclo contínuo de melhoria e revisão de normas e procedimentos.

A adoção de ferramental tecnológico propicia transparência e democratização das informações. Ser transparente obriga a busca da melhoria contínua do dado publicado. Além disso, facilita as análises exploratórias do cenário em questão, apoio fundamental na rotina de monitoramento. A análise dos parâmetros adotados denota também o processo evolutivo e de maturidade na apresentação desses dados.

A ideia das dimensões adotadas foi considerar dados que o gestor deveria ter em mente como seu conjunto mínimo para conhecer seu cenário atual, desenhar ações, monitorar e ajustar quando necessário.

Uma gestão baseada em dados leva, naturalmente, à geração de informações relevantes para responder com mais precisão e velocidade às demandas, além de aprimorar seus processos e orientar a alocação de recursos de forma mais assertiva.

3. FACILIDADE DE ACESSO

Iniciaremos pela dimensão de facilidade de acesso. Essa é, certamente, o arcabouço para que todo o processo de análise e definição de planos de ação para enfrentamento da pandemia aconteça. Também é o fundamento do estabelecimento de gabinetes de crise para monitoramento das ações tomadas, medidas corretivas em cima das ações tomadas e proposição de ações preventivas.

A facilidade de acesso foi analisada sob dois aspectos: boletins divulgados e painéis informativos a partir dos seguintes pontos:

1- acesso aos dados, seja por meio de uma área de dados abertos, seja por exportação de dados;

2- completude do dado seja no formato do dado analisado (Exemplo: número de casos acumulados por semana epidemiológica), seja no formato do dado “bruto” (fonte de dados que gerou o dado analisado);

3- seções claras e padronizadas para apresentação dos dados: (i) resumo da situação epidemiológica da Unidade Federativa (UF) – principais números; (ii) número dos casos diários e acumulados; número de óbitos diários e acumulados; em formato de fácil leitura (tabular, gráfica ou distribuição espacial); (iii) de demanda e oferta, envolvendo pacientes internados: número de casos suspeitos e confirmados; número de pacientes internados na rede pública (identificando qual gestão – estadual e municipal) e privada; número de leitos referenciados separados por leitos de internação em enfermaria e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Adulto e pediátrico); e (iv) relativos à capacidade de operação: quantidade disponível de testes, sua capacidade diária de realização, quantidade realizada por dia e tipo de teste; ventiladores disponíveis e em uso; Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por tipo e sua distribuição;

4- apresentação de notas técnicas referentes à metodologia adotada e dicionário de dados, no caso de exportação dos arquivos de dados.

4. COMPORTAMENTO E PROGRESSÃO DA DOENÇA

Para entendimento da progressão da doença, bem como seu comportamento, a dimensão da análise dos dados epidemiológicos é fundamental para, em conjunto com as demais dimensões, em especial aquelas relativas à capacidade de operação e à demanda por leitos para pacientes internados, apoiar os diversos gabinetes de crise instituídos no desenho dos planos de enfrentamento adotados, seu monitoramento e redefinição ou adoção de novas medidas para não somente minimizar o número de casos, bem como acompanhamentos dos casos diagnosticados como leves ou assintomáticos.

De acordo com artigo publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia, intitulado “Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos” define-se: “uma série temporal, também denominada série histórica, é uma sequência de dados obtidos em intervalos regulares de tempo durante um período específico”⁽⁸⁾. Assim, definir os grandes números e métodos para monitoramento dessa trajetória é de relevância emergente.

Minimamente, o comportamento da doença deveria seguir o monitoramento básico de: número total de casos e óbitos confirmados, seguindo os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde (por critério clínico, por critério clínico-epidemiológico e por critério clínico-imagem)⁽⁹⁾. Necessário entender que há alguns fatores que podem afetar esse número: demora entre a notificação e a confirmação do caso; sobrecarga nos sistemas de informação disponíveis para notificação, e demora na notificação dos casos e óbitos.

Ainda assim, entendendo que esse viés não é um fator somente no Brasil, mas mundial, os dados apresentados nos permitem “contar” uma história e entender possíveis comportamentos da doença. Para tal, é importante utilizar-se de instrumentos que façam essa correção ao longo tempo como, por exemplo, aplicação da média móvel no caso da apresentação dos casos diários⁽⁸⁾, em que esses fatores se mostram mais sensíveis, bem como análise de variação entre períodos definidos. No caso dos casos acumulados, a apresentação dos dados, não somente no formato linear como também aplicando escala logarítmica, nos permite analisar se o crescimento permanece exponencial ou não. No caso de comparativo entre estados ou entre municípios, adotar um fator que permita essa análise comparativa, dividindo pela população e multiplicando por 100 mil ou 1 milhão de habitantes, a depender da grandeza do dado. Outros aspectos epidemiológicos oriundos das bases de notificação nos permitem também desenhar o perfil epidemiológico da doença, como: sexo, faixa etária, comorbidades associadas, severidade dos casos.

A taxa de letalidade foi afetada diretamente pela capacidade de diagnosticar os casos, particularmente pelo número de pessoas assintomáticas que não procuram um serviço de saúde, e pela baixa capacidade de testagem da população. Assim, durante a pandemia, as análises comparativas entre as diversas UF ou mesmo as interpretações dentro do seu próprio universo precisam ser analisadas cuidadosamente, levando em consideração a probabilidade de um número de casos não diagnosticados. Tendo em mente essas limitações, a taxa de letalidade pode ser de grande auxílio no melhor entendimento da severidade da doença e as ações envolvidas para diminuição dos casos fatais.

A taxa de positividade, pouco utilizada nos levantamentos realizados, demonstra o quanto determinado território está realizando testes suficientes para mapear os casos existentes. Essa métrica indica que quanto menor, melhor a busca por casos, isto é, no denominador, incluem-se os casos não somente moderados e graves, mas também os casos leves e assintomáticos. A OMS⁽¹⁰⁾ coloca que aqueles países que realizaram testagem com busca ativa possuem taxas em torno de 5% ou menos nos últimos 14 dias. Minimamente, os estados poderiam acompanhar a severidade dos casos notificados e sua progressão.

5. CAPACIDADE DE OPERAÇÃO

Um dos pontos cruciais para entendimento e monitoramento da pandemia no Brasil esbarrou na necessidade de conhecer a capacidade instalada e operacional tanto na área diagnóstica (realização de testes e exames) quanto para atendimento dos casos que necessitam de recursos mais especializados.

Nesse contexto, as métricas relacionadas com a capacidade de testagem, parque de ventiladores disponíveis, número de leitos de UTI e clínicos contingenciados são o conjunto mínimo necessário para entendimento de como determinado território está organizado para atendimento tanto na identificação do caso (número de testes disponíveis por tipo de método) como assistência dos casos moderados e graves (número de leitos disponíveis, número de ventiladores disponíveis).

Adicional a esse contexto, dados como disponibilidade dos EPIs tornaram-se de importância, em especial nos picos da pandemia, uma vez que o afastamento dos profissionais de saúde funciona como elemento agravador da situação na assistência.

A soma dos elementos supracitados permite ao gestor local uma visão mais adequada da sua atual capacidade de operar, bem como desenho das necessidades, combinando com a última dimensão de análise – previsão da demanda.

6. PREVISÃO DE DEMANDA

Conhecer os casos moderados e graves que buscam o serviço hospitalar, considerando a capacidade de operação, permite analisar a capacidade de esgotamento ou não dos seus recursos disponíveis. O desdobramento dessa análise permite entender como buscar recursos extras para enfrentamento adequado. Soma-se a essa análise monitorar aqueles casos diagnosticados como leves ou assintomáticos, tanto no intuito de conhecer possíveis focos de transmissão da doença, como de acompanhar o agravamento ou não do caso.

Para tal, medir a taxa de ocupação, conhecendo os pacientes internados em leitos de UTI e clínicos contingenciados; entender que para efeito de ocupação é importante ter a visão tanto dos casos suspeitos quanto dos casos confirmados, pois o recurso, independentemente do diagnóstico final, está sendo utilizado; ter uma visão daqueles recursos que estão sob sua governabilidade (esfera pública ou privada, gestão estadual, federal ou municipal) para melhor desenho de onde se pode buscar oferta (contratualização, redesenho da capacidade existente, reestruturação dos serviços ofertados, entre outras ações); perfil epidemiológico dos casos (faixa etária, sexo, comorbidades associadas).

Não fizeram parte desse método, mas outras dimensões poderiam ser tratadas para refinamento do diagnóstico da situação e acompanhamento das medidas, tais como marcos regulatórios e mobilidade social por setores de mercado e sua influência na curva de casos e óbitos.

7. RESULTADOS ENCONTRADOS

Entendendo as dimensões analisadas, alguns tópicos são relevantes e foram refletidos, sem exceção, em todas as UF, no tocante à transparência dos dados. Vamos aqui explorar esses tópicos.

É importante lembrar que, como se costuma dizer, o Brasil é formado de vários “Brasis”, ou seja, não temos somente diferenças regionais importantes, mas também diferenças em outras esferas, destacando aqui as diferenças geográficas, sociais e econômicas.

Nesse contexto, esse conjunto de fatores que influenciam no comportamento de uma determinada população é conhecido como determinantes de saúde ou, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde⁽¹¹⁾, fatores determinantes e condicionantes de saúde. Conforme art. 3º:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde, como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais⁽¹¹⁾.

No entanto, essas variáveis não foram aqui tratadas.

Sob essa perspectiva, iniciamos a análise dos avanços em gestão. A COVID-19 mostrou o quanto, sob total pressão, todos, sem exceção, tiveram que rapidamente se adaptar. Isso se refletiu em todos os contextos; e, para efeito desta análise, a transformação digital na transparência dos dados. Sem exceção, todas as Secretarias Estaduais de Saúde adotaram ferramentas que permitiram ao público externo acesso a esses dados. Além do boletim epidemiológico, ferramental já anteriormente utilizada, muitos deles disponibilizaram painéis ou sites específicos para consolidar todas as informações relativas à pandemia e, por consequência, maior transparência e acesso ao cenário do seu estado.

É fundamental entender que a transparência para acesso ao cenário de cada território pode-se traduzir em um canal de comunicação entre o Estado e o público externo. Para tal, entender o perfil desse público é pilar de sucesso para melhor informar. Podemos dividir naqueles relacionados com o setor de saúde (profissionais de saúde, epidemiologistas, pesquisadores, entre outros), interessados em estudar comportamento, progressão, embasamento para pesquisas, proposição de protocolos, entre outros fatores, e aqueles externos ao setor, tendo aqui como principal exemplo a Imprensa. Esse ponto é de relevância tal, que a OMS aponta, em publicação⁽¹²⁾ sobre recomendações sobre intervenções digitais para o fortalecimento do sistema de saúde, a tratativa da esfera de comunicação de acordo com o público-alvo.

Garantir uniformidade na interpretação é parte integrante e base para comunicação eficaz. Um dos pontos relevantes, entre as diversas fontes pesquisadas, foi a não padronização do

dado exposto no sentido de ter um guia conceitual ou notas técnicas da metodologia adotada. Deixar claros os critérios adotados é ponto crucial, em especial, nos estudos comparativos feitos durante a pandemia. Só se pode comparar eventos com regras e métodos de cálculos similares, ou em que foram adotados os devidos ajustes para compatibilizar critérios.

Outro tópico analisado durante o processo de maturação na transparência dos dados foi a facilidade de acesso aos dados apresentados. A grande maioria das secretarias consolidaram os dados apresentados em um acesso único, como colocado anteriormente. Obviamente, esse ponto foi um facilitador.

Em contrapartida, organizar informação coerentemente é parte integrante da facilidade de acesso. Entender as diferenças entre as diferentes UF, buscar uma normatização ou padronização dos dados disponibilizados é um desafio que precisa ser direcionado, e que deve contar com a participação das próprias secretarias de saúde. Não estamos falando aqui de uniformidade de conteúdo, pois o retrato de cada região precisa ser respeitado, considerando o ponto anteriormente mencionado dos diferentes “Brasis”. O que está aqui sendo discutido é estruturação de apresentação do conteúdo em seções padronizadas que permita ao interlocutor externo ter conhecimento do que se deseja consultar ou pesquisar. Exemplo de uma proposição de seções é ilustrado nos tópicos abaixo:

1ª seção: resumo da situação epidemiológica da UF, apresentando, minimamente: gráfico dos casos diários e acumulados, com escala logarítmica e média móvel para os casos diários confirmados; gráfico dos óbitos diários e acumulados; variação semanal ou bissemanal tanto para casos como óbitos; perfil por faixa etária, sexo e comorbidades nas duas visões (casos e óbitos); perfil de severidade dos casos;

2ª seção: dados de internação, informando casos suspeitos e confirmados; distribuição dos casos nas redes pública e privada; entendimento da abrangência de acordo com o nível de gestão; entendimento do perfil de atendimento, considerando os números por leitos de acordo com a complexidade: enfermaria e UTI (adulto e pediátrico); utilização dos recursos essenciais, em especial, ventiladores;

3ª seção: visão de disponibilidade de EPIs e ventiladores disponíveis.

4ª seção: capacidade de testagem: quantidade disponível, capacidade diária de realização, quantos realizados por dia e método utilizado.

Entendendo todo o processo evolutivo de maturidade das respectivas secretarias na transparência para se ter um desenho do cenário COVID-19 no Brasil e, conseqüentemente, análises comparativas entre as UF, ou de progressão da doença, ou (guardando as devidas limitações) mesmo análises comparativas com outras regiões no Mundo, os pontos de maior dificuldade, e nos quais também a falta de uniformidade foi elemento de grande relevância, abrangeram as dimensões de capacidade de operação e previsão de demanda.

Segue detalhamento dos resultados encontrados, de acordo com cada dimensão analisada bem como resumo geral de todas as dimensões. A ideia aqui é identificar e instrumentalizar, fomentando os tomadores de decisão com direcionamento mínimo de dados relevantes. Vale ressaltar que esta análise levou em consideração a busca ativa nos sites das UF⁽¹³⁻⁹⁰⁾.

8. FACILIDADE DE ACESSO

Os principais resultados mapeados entre as diversas UF podem ser resumidos em:

1 - Organização na apresentação dos dados: a falta de uma estrutura sugerida para apresentação em seções, por temas de interesse, dificulta a busca mais rápida das informações necessárias.

2 - Atualização dos dados: minimamente apresentar a data e hora de atualização dos dados se faz necessário para entendimento de análises temporais, bem como critérios comparativos. Esse fator apresenta maior relevância naqueles que adotaram a opção de ferramental como painéis ou versões automatizadas para disponibilização dos dados, e não somente o boletim epidemiológico.

3 - Consulta dos dados por período: este talvez tenha sido o ponto de maior relevância nesta dimensão. A consulta dos dados, seja em formato tabular, ou gráfico, apresentação em formato de documento, ou por meio da exportação de dados para planilhas eletrônicas, tinha maior divergência entre as diferentes fontes pesquisadas. Por vezes, quando possível o mapeamento, não tinha, em sua totalidade, a exposição desses dados para consulta.

4 - Outro ponto fundamental é a documentação da metodologia, em formato de nota técnica, adotada para os dados apresentados bem com as respectivas fontes de dados consideradas. Quaisquer problemas com relação à limitação de dados, método de cálculo, regras de negócio aplicadas permitem entendimento claro do dado exposto, com a adoção de notas técnicas.

9. COMPORTAMENTO E PROGRESSÃO DA DOENÇA

Os principais pontos mapeados entre as diversas UF podem ser resumidos em:

1 - Maior uniformidade nos dados apresentados: considerando que, quase em sua totalidade, as fontes para divulgação dos dados relevantes do cenário da COVID-19 em cada território levaram em consideração os instrumentos formais de notificação (e-SUS VE – registro de notificação dos casos suspeitos e confirmados, e SIVEP-Gripe – registro dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados), ou instrumentos próprios, integrando as bases locais com as bases nacionais, a quase totalidade das UF teve atendimento aos pontos mapeados como necessários e mínimos para conhecimento do comportamento e perfil epidemiológico da situação do vírus.

2 - Visão rápida e consolidada dos dados: a utilização de instrumentos e métodos como escalas logarítmicas e a média móvel foi se tornando progressiva em sua utilização pelas UF. Devido à natureza e o fluxo de notificação, lançar mão desses instrumentos permite interpretação mais rápida tanto do ponto de vista de crescimento dos casos e sua tendência ou não exponencial (uso da escala logarítmica), bem como comportamento diário dos casos, minimizando as flutuações nos curtos intervalos de tempo, e permite visualizar tendências na série temporal (aplicação da média móvel).

3 - Sinalização de marcos influenciadores: essa variável é, de fato, a que melhor necessita de aprimoramento no intuito de explicar variações importantes, seja nos comparativos semanais ou bissemanais, ou qualquer que seja o período definido para confrontar cenários. Exemplos de marcos podem aqui ser citados: inclusão de critério diagnóstico com bases em achados de imagem; análise retroativa de óbitos; marcos regulatórios como utilização obrigatória de máscaras; medidas restritivas para isolamento social, entre outros.

10. CAPACIDADE DE OPERAÇÃO

Esta dimensão foi, entre as quatro analisadas, aquela que mais apresentou diferença entre a apresentação e detalhamento dos dados apresentados.

Os principais pontos mapeados entre as diversas UF podem ser resumidos em:

1 - Capacidade instalada operacional dos leitos: essa variável foi se aprimorando e ganhando maturidade na sua apresentação ao longo do curso da pandemia. Além dos instrumentos disponibilizados pela esfera federal, as UF foram se organizando e ganhando amplitude na exposição da capacidade ofertada. O ponto de atenção para as dificuldades externadas por algumas das UFs na consolidação desse dado esbarra tanto na questão da governabilidade, do ponto de vista de gestão (gestão estadual e municipal e rede pública e privada), quanto da dependência do gestor local (no caso do estabelecimento provedor da informação).

2 - Disponibilidade de EPIs e recursos considerados como essenciais para utilização completa da capacidade instalada operacional: este talvez tenha sido o principal “Calcanhar de Aquiles” do ponto de vista de acesso à informação. As iniciativas de facilitar o acesso e conhecer a disponibilidade desses equipamentos foram tímidas por parte das UF. Os EPI foram ganhando força na sua importância à medida que a doença progredia e acometia aqueles que estavam na linha de frente. Entender a disponibilidade dos equipamentos como medida preventiva para evitar afastamento dos profissionais se tornou importante no enfrentamento da doença. Também entender que somente a disponibilidade do leito de alta complexidade, aqui entendido como o leito de terapia intensiva, não era por si só suficiente para prover capacidade de operação – necessário conhecer a disponibilidade dos ventiladores pulmonares como aparelho fundamental na melhor assistência dos pacientes.

3 - Capacidade de testagem: somado ao item acima, esse foi outro elemento que se mostrou com dificuldade de entendimento do cenário de como cada UF estava preparada para atender a população. Vale lembrar que os dados referentes à capacidade de testagem poderiam melhor entender indicadores críticos de resultado relativos à pandemia como a taxa de letalidade e a taxa de positividade. Soma-se a questão um ponto em aberto de melhor entender a “imunidade de rebanho”, que não somente permite medir a taxa de pessoas infectadas, mas também um apoiar no desenho e plano para cobertura vacinal no intuito de impedir a transmissão da doença.

II. PREVISÃO DE DEMANDA

Esta dimensão, devido à sua natureza, está diretamente relacionada com a dimensão acima analisada. Assim, esta também persiste com as mesmas diferenças.

Os principais pontos mapeados entre as diversas UF podem ser resumidos em:

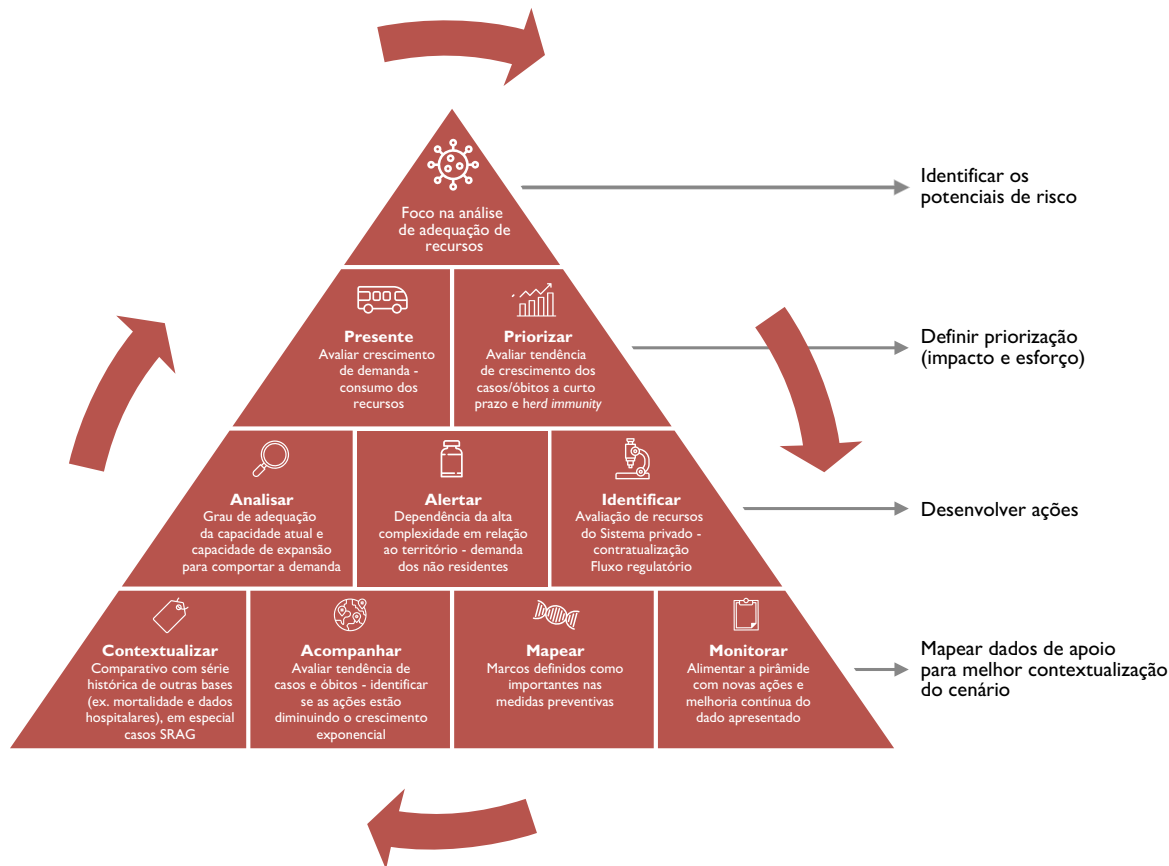
1 - Taxa de ocupação dos leitos: problemas anteriormente citados como governabilidade sobre o dado publicado, dependência do gestor local para prover a informação afetaram a completude do dado.

2 - Granularidade do dado: para um melhor desenho da necessidade é importante entender o cenário nos diferentes níveis de granularidade do dado. Vencer as barreiras do desenho atual proposto, baseado nos níveis estadual e municipal, bem como do ponto de vista do modelo de financiamento, separando a rede pública da privada, foram dificultadores no olhar pelo aspecto da saúde populacional.

3 - Perfil do paciente: conhecer o perfil da ocupação dos pacientes compreendido no universo das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG), seja ele suspeito ou confirmado, sua faixa etária e sexo, são elementos que ajudam a traçar um melhor cenário tanto da demanda como correlacionar com a necessidade da oferta esperada para atendimento a essa demanda. Soma-se a este conjunto um elemento pouco explorado da severidade dos casos notificados, em especial, não somente com a sintomatologia esperada como das comorbidades associadas para melhor entendimento da especificidade de cada território e, assim, melhor desenho dos recursos adicionais para incorporar aos planos de enfrentamento. O monitoramento ativo dos casos em isolamento domiciliar (leves ou assintomáticos) também se mostrou tímido nas ações tomadas.

A **Figura 1** resume e ilustra uma proposição da importância da organização e fluxo do monitoramento como apoio à tomada de decisão:

FIGURA I – Proposição de níveis de organização no fluxo de monitoramento dos dados e indicadores.



12. CONCLUSÃO

Os desafios são inúmeros quando se trata de trabalhar com dados em Saúde. Porém, pode-se assumir, como consenso, que a gestão baseada em informação é condição primária e base para tomada de decisão.

Nesse ponto, o movimento, respeitando a capacidade e recursos que cada UF tinha como disponível no momento necessário, foi, inegavelmente, assombroso. Espelha-se nas diversas iniciativas disponibilizadas com acesso ao público externo.

Vencer as barreiras de governabilidade do dado é um ponto entendido como de fundamental importância, no intuito de evitar fragmentação da informação. A pandemia reforçou o que já era conhecido. O paciente precisa ser visto de forma única no sistema; e, para tanto, a interoperabilidade tem que, antes, acontecer na esfera de gestão. A consequência para a visão

consolidada passa a ser quase natural, mesmo que o consumo do serviço seja na esfera privada ou na esfera pública. Entender a demanda como sendo única permite conhecer a oferta de forma única também.

Entender e pactuar entre as diferentes esferas de gestão, seja ela privada ou pública, a utilização das diversas ferramentas existentes. Evitar retrabalho, procurando criar instrumentos que facilitem acesso àquele dado que, de alguma forma, já se encontra disponível para acesso.

Além dos instrumentos existentes de notificação, cada local procurou adaptar seus instrumentos para necessidades locais.

Compreender que a análise dos dados ou indicadores envolvidos precisa ser feita de forma combinada, que não há dado perfeito, mas há dado que necessita passar por melhoria contínua e que esta passa pelo uso e exposição do dado. A pandemia mostrou essa maturidade.

Comunicar o que está sendo informado em forma de notas técnicas, dicionário de dados, fontes utilizadas, métodos de cálculo considerados, limitações existentes.

A utilização de tecnologias para manter o salto digital dado e garantir sua manutenção.

Aprender com o aprendizado dos demais é avanço e ganho de etapas. Permitir que haja bases comparativas, como um modelo de *benchmarking* visando aprender o que o outro fez de melhor é também parte de uma boa gestão.

A evolução e o salto de maturidade na gestão dos dados como apoio à tomada de decisão precisam ser incorporados em um processo contínuo. Esse modelo de gestão apoiada em dados precisa ser transportado para a Saúde. O resultado advindo no formato da transparência para garantia de comunicação correta, que permita análises comparativas, precisa não só ser mantido como também evoluir, como aconteceu, sem exceção, em todas as UF.

O fim da pandemia (ou o controle da progressão de casos) é o começo para o aprimoramento da Gestão baseada em dados em todo o Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <https://covid19.who.int>.
2. Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
3. Roser M. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
4. Worldmeters COVID-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
5. Tenha conhecimento das Leis criadas pelo seu município e Governo do Estado, a respeito do novo Coronavírus (COVID-19). Leis Municipais [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 27]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/coronavirus>.
6. COVID-19: relatórios de mobilidade da comunidade. Google [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 27]. Disponível em: <https://www.google.com/covid19/mobility/>.
7. Registro Civil. Painel registral. Portal da transparência [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 27]. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Definição de Caso e Notificação [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 27]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>.
9. Latorre MRDO, Cardoso MRA. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2001 [acesso 2020 out 6];4(3):145-52. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790-2001000300002X&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. World Health Organization. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. 12 maio 2020. [acesso 2020 out 06]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
12. World Health Organization. WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso

2020 out 08]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>.

13. Acre. Agência de informações sobre coronavírus. Notícias do Acre [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/agencia-de-informacoes-sobre-coronavirus/>.
14. Acre. Governo do Estado. Portal de Informações sobre o Combate à Covid-19. Portal de Transparência do Estado do Acre [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://covid19.ac.gov.br/monitoramento/leitos>.
15. Alagoas. Governo do Estado. Alagoas contra o coronavírus. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.alagoascontraocoronavirus.al.gov.br>.
16. Alagoas. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Ações contra o Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/coronavirus/>.
17. Alagoas. Governo do Estado. Painel Covid-19 em Alagoas. Alagoas em dados e informações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.dados.al.gov.br/dataset/painel-covid19-alagoas>.
18. Amazonas. Governo do Estado. Painel COVID-19 Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/painel/corona/>.
19. Amazonas. Governo do Estado. COVID-19 no Amazonas. Portal da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.fvs.am.gov.br>.
20. Amazonas. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Painel COVID-19 [Internet]. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/painel/fvscovid.php>.
21. Amapá. Governo do Estado. Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.portal.ap.gov.br/coronavirus>.
22. Amapá. Governo do Estado. Painel de estatísticas e leitos do Estado do Amapá referente ao coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <corona.portal.ap.gov.br>.
23. Bahia. Governo do Estado. COVID-19 (Novo Coronavírus). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus>.
24. Bahia. Governo do Estado. Situação Covid-19, Bahia [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://infovis.sei.ba.gov.br/covid19/>.
25. Bahia. Governo do Estado. Boletins Diários – Covid-19. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/boletins-diarios-covid-19>.

26. Ceará. Governo do Estado. Indicadores. IntegraSUS [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores>.
27. Ceará. Governo do Estado. Histórico de Internações por COVID-19. IntegraSUS [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/historico-internacoes-covid>.
28. Distrito Federal (Governo). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins Informativos Divep/SVS [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves>.
29. Distrito Federal (Governo). Casos Registrados no DF. Portal COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.coronavirus.df.gov.br>.
30. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sala de Situação. InfoSaúde-DF [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica>.
31. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Leitos Públicos COVID-19 com Suporte de Ventilação Mecânica. InfoSaúde-DF [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/covid-leitos-publicos-covid-19>.
32. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Leitos Públicos de Enfermaria Reservados para COVID-19. InfoSaúde-DF [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/covid-leitos-publicos-de-enfermaria-covid-19/>.
33. Espírito Santo. Governo de Estado. Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/#noticias>.
34. Espírito Santo. Governo de Estado. Painel COVID-19 – Estado do Espírito Santo [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es>.
35. Espírito Santo. Governo de Estado. Painel Ocupação de Leitos Hospitalares [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>.
36. Goiás. Secretaria de Saúde do Estado de Saúde. Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/noticias/764-coronavirus>.
37. Goiás. Secretaria de Saúde do Estado de Saúde. Casos notificados de COVID-19 em Goiás [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://extranet.saude.go.gov.br/pentaho/api/repos/:coronavirus:paineis:painel.wcdf/generatedContent>.
38. Maranhão. Governo do Estado. Painel de Informações sobre o COVID-19 no Maranhão. Portal da Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/#painelcovid>.

39. Maranhão. Governo do Estado. Boletins COVID-19. Portal da Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/boletins-covid-19/>.
40. Maranhão. Governo do Estado. Covid-19 no Maranhão [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/>.
41. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Distribuição dos Casos de COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/painel>.
42. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Boletins Epidemiológicos [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/boletim>.
43. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Portal de Informações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/>.
44. Mato Grosso do Sul. Vigilância em Saúde. Coronavírus COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/Geral/vigilancia-saude/vigilancia-epidemiologica/boletim-epidemiologico/covid-19/>.
45. Mato Grosso do Sul. Governo do Estado. Alerta Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.coronavirus.ms.gov.br/>.
46. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Saúde do Estado. Letalidade Histórica [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://mais.saude.ms.gov.br/sense/app/51c38346-b65d-4f3e-8a80-5111a7a9da76/sheet/e72d074b-6437-46ec-840c-7d8832ebdf41/state/analysis>.
47. Mato Grosso. Governo do Estado. Secretaria de Estado Saúde. Painel Informativo COVID-19 [Internet]. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/informe/584>.
48. Mato Grosso. Governo do Estado. Secretaria de Estado Saúde. Pínel Interativo COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticias>.
49. Mato Grosso. Governo do Estado. Secretaria de Estado Saúde. Painel Epidemiológico [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/painelcovidmt/>.
50. Pará. Governo do Estado. Secretaria de Saúde Pública. Coronavírus no Pará [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/>.
51. Pará. Governo do Estado. Coronavírus no Estado do Pará [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a-46-b9c2-3cf4ccefb3c9>.
52. Pará. Governo do Estado. Ocupação de Leitos [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/2e4b12c-d-4e12-4aa2-9d7d-1e3cae29a65f#theme=night>.

53. Paraíba. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Portal de informações COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus>.
54. Paraíba. Governo do Estado. Dados Epidemiológicos Covid-19 Paraíba [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/>.
55. Paraíba. Governo do Estado. Gestão de Leitos Covid-19 Paraíba [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/72/>.
56. Brasil. Acesso ao portal de informações COVID-19 da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/>.
57. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Pernambuco contra a Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.pe.gov.br/blog/saude/>.
58. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Novo Coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>.
59. Pernambuco. Governo do Estado. COVID-19 em Dados [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html#painel>.
60. Piauí. Governo do Estado. Painel Epidemiológico Covid-19 Piauí [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/a6dc07e9-4161-4b5a-9f2a-6f9be486e8f9/page/3PzLB>.
61. Piauí. Governo do Estado. Coronavírus Piauí [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.pi.gov.br/coronavirus/>.
62. Piauí. Governo do Estado. Painel Covid-19 Piauí – Internações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1UpXACH248G-vuDzkZt8Gh6R_0uWohyz5.
63. Paraná. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>.
64. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Boletins epidemiológicos COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/boletins/>.
65. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Painel Coronavírus COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>.

66. Rio Grande do Norte. Governo do Estado. Secretaria de Saúde Pública. Boletins Epidemiológicos COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7549&ACT=&PAGE=0&PARAM=&LBL=Boletins+Epidemiol%F3gicos>.
67. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coronavírus. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://covid.lais.ufrn.br/>.
68. Rio Grande do Norte. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde Pública. RegulaRN Leitos Regulados [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://covidrn.lais.ufrn.br/medidas/regularn-situacao-dos-leitos-do-rn/>.
69. Rio Grande do Norte. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde Pública. COVID-19 (Coronavírus) [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/>.
70. Rondônia. Governo do Estado. Boletins Epidemiológicos. Portal do Governo do Estado de Rondônia [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/?s=boletim+coronavirus>.
71. Rondônia. Governo do Estado. COVID-19. Portal do Governo do Estado de Rondônia [Internet]. 2020. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/covid-19/>.
72. Rondônia. Governo do Estado. Casos Confirmados por Cidade [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://covid19.sesau.ro.gov.br/>.
73. Rondônia. Governo do Estado. Leitos Covid-19: evolução [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://covid19.sesau.ro.gov.br/Home/LeitosEvolucao>.
74. Roraima. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Coronavírus – Informações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.rr.gov.br/index.php/informacoesx/coronavirus/informacoes-coronavirus>.
75. Roraima. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Painel de Indicadores de Testagem em Massa – SESAU. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/3c3b7317-d2c9-43bd-bf8c-4bd0a6fbd99c/page/QmsfB>.
76. Roraima. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Portal de Informações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saude.rr.gov.br/>.
77. Rio Grande do Sul. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Coronavírus [Internet] 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/inicial>.
78. Rio Grande do Sul. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Painel Coronavírus RS. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <ti.saude.rs.gov.br/covid19>.

79. Santa Catarina. Governo do Estado. Boletins [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>.
80. Santa Catarina. Governo do Estado. Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/>.
81. Santa Catarina. Governo do Estado. Painel de casos COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDMyM-DhkMWIt-ZTI3NC00ZTkzLWJiNTEtOWE1YWQxZjg4MjI2IiwidCI6ImExN2QwM2ZjLTRiYWMT-NGI2OC1iZDY4LWUzOTYzYTJlYzRlNiJ9>.
82. Santa Catarina. Governo do Estado. Painel de leitos UTI SUS [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTgwN2I4N-TEtM2RhYi00O-TYzLWJiMmYtOTRmNjBmZmM4Y2NjIiwidCI6ImExN2QwM2ZjLTRiYWMT-NGI2OC1iZDY4LWUzOTYzYTJlYzRlNiJ9>.
83. Sergipe. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Sergipe contra o Coronavírus [Internet] 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://todoscontraocorona.net.br/>.
84. Sergipe. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Boletins [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://todoscontraocorona.net.br/boletins/>.
85. São Paulo. Governo do Estado. Notícias coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/>.
86. São Paulo. Governo do Estado. SP Contra o Novo Coronavírus – Boletim Completo [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>.
87. São Paulo. Governo do Estado. SP Contra o Novo Coronavírus – Saiba como se proteger [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/>.
88. Tocantins. Governo do Estado. Portal COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://coronavirus.to.gov.br/>.
89. Tocantins. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Notícias [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/noticia/>.
90. Tocantins. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Integra Saúde Tocantins [Internet] 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/covid19>.

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO NÍVEL ESTADUAL PARA ENFRENTAR A PANDEMIA COVID-19

Andrea de Oliveira Gonçalves¹

RESUMO: As deficiências na governança orçamentária das organizações públicas no Brasil são apontadas pelo Banco Mundial para os governos estaduais proverem a sociedade com as políticas públicas necessárias, nomeadamente de saúde; situação que se agrava em tempos de pandemia sanitária. Por definição, a governança pública orçamentária abandona a ideia tradicional de um Estado majestático, centralizado e omnisciente para este assumir-se como parceiro importante entre diversos multi-interessados (*stakeholders*) – conjunto de instituições públicas, privadas e do terceiro setor que atuam no perímetro de determinada política pública. Ora, a crise provocada pelo coronavírus fez sobressair as disfunções que, em situações normais, nunca assumiriam aspetos tão extremados. Este trabalho analisa as principais disfunções reveladas e propõe medidas corretivas para o futuro aplicáveis tanto em tempos normais quanto em situações extraordinárias de emergência sanitária. As informações foram coletadas em sites oficiais dos governos das 26 unidades da federação e do Distrito Federal, bem como no Portal Coopera do Tribunal de contas da União. Os resultados do trabalho apontam para a necessidade de alterar a moldura legal atual, dos órgãos de controle atuarem proativamente e valorizar profissionalmente servidores e membros das instituições parceiras integradas na rede de prestação de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Governança Orçamentária. Orçamento. Controle Orçamentário. Capacidade de Liderança e Governança. COVID19.

¹ Doutora em Integração da América Latina (Estado e Sociedade) pela Universidade de São Paulo. Atua na administração pública há mais de 25 anos nos campos de governança pública em saúde e *accountability*. Professora associada e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Departamento de Ciências Contábeis. Líder do Grupo de Estudos em Gestão de Serviços Públicos na Universidade de Brasília. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0002528252697017>. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7514-8139>. andreagon@unb.br.



I INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a governança pública orçamentária assumem progressiva importância para a administração e políticas públicas desde o início deste século. Essa importância deve-se a um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam: *deficit* público elevado, estagnação econômica, retrocessos no Estado de bem-estar social, taxas de desemprego elevadas, redução da confiança nas instituições e nos políticos, invasão da liberdade individual pelo Estado.

A influência das Teorias da Escolha Pública (TEP) e da Nova Gestão Pública (NGP) conduziu à separação entre unidades de provisão e unidades de produção, cabendo, às primeiras, fazer as escolhas políticas legitimadas pelo voto; e, às segundas, produzir bens e prestar serviços públicos. Ora, entre essas unidades, inclui-se atualmente uma constelação de organizações e instituições de diferente natureza jurídica: setor público empresarial, empresas privadas, organizações do terceiro setor, fundações e instituições públicas e de direito público.

As reformas, baseadas na Nova Gestão Pública (NGP) ou na Reinvenção da Governança (RG), conduziram, desde finais dos anos 1980, à fragmentação do Estado, à sua transformação num Estado oco, *hollow state*, à alteração dos processos e da natureza da administração pública, bem como à mudança das funções do Estado, ao uso de terceiros na prestação de serviços⁽¹⁾ e na coprodução de serviços públicos⁽²⁾.

Com essas reformas operadas nos últimos 30 anos do século passado, o modelo weberiano centralizado e hierarquizado perdeu força na administração pública, confrontando-se agora às democracias industrializadas, com um Estado fragmentado, desregulado, com atribuições de competências externalizadas. À organização única do Estado produtor e distribuidor de serviços públicos, sucedeu-se uma constelação de operadores com diferentes naturezas jurídicas e missões.

O Estado cedeu o seu lugar único e majestático a uma miríade de operadores, de tal forma que, muitas vezes, nem é o ator mais importante na rede de relações institucionais distribuidoras de serviços públicos aos cidadãos⁽³⁾.

A descentralização, a globalização, a busca da eficiência da equidade e transparência e, ainda, a procura de novas respostas para os velhos problemas conduziram à erosão do modelo tradicional de administração pública, jurídico, hierarquizado, altamente centralizado e burocratizado. Essa implosão do modelo tradicional obrigou a reinventar a relação entre o Estado e a sociedade, e é nesse contexto que emerge a Nova Governança Pública.

Ao contrário do modelo burocrático que impunha a regulação de processos intraorganizacionais, a ‘Nova Governança Pública’ obriga à interoperabilidade, à programação e gestão das consultas, e à articulação interorganizacional, em que o conflito mais facilmente se pode instalar. O Brasil não esteve imune a esse tipo de influências, e o seu quadro jurídico parece ser uma mistura do weberianismo e dessas ideias reformistas da ‘Nova Governança Pública’, ou seja, já não está o Brasil totalmente no modelo tradicional weberiano de administração das políticas públicas nem está ainda totalmente neste novo quadro, nomeadamente, em matéria orçamental.

É como se existissem duas ondas: uma primeira que convive com uma segunda de natureza bem diferente. A consequência prática dessa análise é que o plano e o orçamento de um Estado no Brasil não podem se orientar por um quadro legal weberiano em que o ente público era o único e soberano ator; há outros atores na rede de prestação de serviços de saúde que precisam ser ouvidos e levados em conta, quer em sede de planeamento da política, quer em matéria financeira e orçamentária.

Teoricamente, assume-se que o orçamento é a tradução financeira do plano no qual estão contidas as políticas públicas a serem implementadas e, como tal, é um instrumento financeiro de governo, de administração e de efetivação e execução dos planos gerais de desenvolvimento socioeconômico, bem como a utilização dos seus recursos se dá em processos de negociações no decorrer do tempo⁽⁴⁾.

No entanto, a literatura especializada no tema⁽⁵⁻⁶⁾ observa que uma orçamentação adequada deve sustentar-se em pilares comuns à governança pública de modo geral. Esses pilares estão relacionados com a integridade, transparência, participação, responsabilidade, de tal forma que podem orientar uma boa prática. Nesse sentido, importa destacar que a governança pública se empreende a partir de arranjos institucionais de natureza formal e informal, em que se busca o equilíbrio de forças entre os atores envolvidos no processo de alocação de recursos⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse contexto, lança-se o olhar para o conceito de governança orçamentária proposto pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁽⁹⁾, em que as categorias teóricas acerca de todo o processo de orçamento público estão definidas como a formulação, supervisão da execução, alinhamento com objetivos públicos visando à disciplina fiscal e qualidade do gasto na ação governamental.

No Brasil, o processo orçamentário reflete a corresponsabilidade entre os poderes, configurando-se em quatro fases distintas, ocorrendo desde a elaboração da proposta, feita no âmbito do Poder Executivo; a apreciação e a votação pelo Poder Legislativo (no caso do governo federal,

o Congresso Nacional); execução e, por fim, o controle, consubstanciado no acompanhamento e na avaliação da execução⁽¹⁰⁾.

Para a consolidação da governança na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), existem elementos-chave propostos que se traduzem no conceito de governança orçamentária, pois as instituições envolvidas nas transações devem discutir, implementar, monitorar, fiscalizar todo o conjunto de regras que governam o processo orçamentário ao longo das diversas instâncias. Isso precisamente reforça a necessidade do estabelecimento de restrições e incentivos adequados à utilização dos recursos públicos. Ao aprofundar tais elementos da governança orçamentária, há um conjunto de regras no Brasil desde 1964 e que ao longo dos anos foram estruturadas. As regras podem ser identificadas na Lei 4.320/64, na Constituição Federal de 1988 com os arts. 165 a 169; e atualmente na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000). Esta última lei institucionalizou, como código de conduta fiscal para todos os entes da União, objetivando o equilíbrio das contas públicas.

Sob essa premissa, o SUS acontece a partir dos esforços de gestão e financiamento dos entes da federação, como previsto na Constituição de 1988, e seu comando se dá em cada esfera de governo, em que todos os serviços de saúde dos Estados e Municípios terão, obrigatoriamente, de ficar subordinados às normas do SUS. No que diz respeito aos recursos destinados à execução do SUS, em entes subnacionais, observam-se mudanças ao longo dos anos.

Em tempos de crise, como a pandemia de 2020, aprofundaram-se as dificuldades administrativas e forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal⁽¹¹⁾. Observa-se aqui que, em decorrência da dimensão federativa e da dimensão geográfica brasileira, muitas podem ser as disparidades e formas de organização. Discutir, portanto, a forma como as regras orçamentárias são implementadas atualmente trata-se de um desafio, haja vista o envolvimento de múltiplos atores na escala de decisão e ação, estes que têm sido os responsáveis pela implantação de ações abrangentes e complexas.

Quando se trata de boa coordenação federativa, a governança do SUS é um ativo importante, no entanto, a falta de um planejamento integrado entre os critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento do SUS acaba por reforçar os padrões de assimetria existentes⁽¹²⁾.

Inobstante, controlar a execução do orçamento exige o fortalecimento dos pilares da boa governança. Entre esses, importa destacar que a integridade, a transparência, a *accountability* e a participação são princípios que enfatizam a supremacia do interesse público em todos os momentos⁽¹³⁾. O princípio da integridade – um dos seis princípios da Governança Pública que no Brasil está contido no Decreto nº 9.203/2017 – indica a necessidade de administrar adequadamente os recursos, baseando-se no respeito às leis e às normas. Na perspectiva da OCDE, desde 2017, a integridade pública é o alinhamento e a aderência a valores éticos, princípios e normas para priorizar os interesses públicos e o interesse geral sobre os interesses privados. Por isso, há obrigatoriedade de os entes subnacionais demonstrarem a adequação das ações dessa natureza, no caso da execução do orçamento, à legislação.

No contexto da transparência, há o acesso às informações relativas às ações realizadas pela administração pública, inclusive as atividades financeiras. Isso pressupõe a publicidade e a compreensibilidade das informações. A Lei de Responsabilidade Fiscal, em seu art. 48, considera que tais informações estão previstas nos planos, orçamentos e lei de diretrizes orçamentárias; bem como as prestações de contas, o relatório da execução orçamentária e o relatório de gestão fiscal.

Sobre a *accountability*, historicamente, observa-se que está relacionada com o controle e com a prestação de contas, exercido com o uso das normas e, indiretamente, a sociedade supervisiona a ação de seus governantes. Aqui, chama-se a atenção para a participação da sociedade, pois é a partir dela e em conjunto com a transparência que o exercício da *accountability* permite aumentar a credibilidade do sistema de controle, tornando-o mais eficiente na arbitragem de conflitos. Se traduz, portanto, a existência de mecanismos de cobrança e de controles recíprocos que constituem fator favorável ao êxito da gestão pública, permitindo evitar a apropriação da máquina por interesses privados, o desperdício, o corporativismo, além da alocação de recursos para fins não previstos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Dessa forma, a *accountability* pode ser vista como um termômetro para a dinâmica da boa governança em situações que demonstram indícios de fraudes no ambiente da administração pública, especialmente quando se dá a presença da participação da sociedade.

No entanto, há lacunas para o funcionamento da boa governança em países onde o processo democrático não se encontra aprofundado e com a cidadania pouco engajada. No contexto de crise, em tempos de pandemia, observam-se inúmeras ações que envolvem a provisão dos recursos financeiros para o campo da saúde, especialmente as programações destinadas ao enfrentamento da pandemia decorrente do novo coronavírus no âmbito do Ministério da Saúde. O destaque aqui é dado à ação “21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus”. Esta ação tem uma variedade de despesas realizadas pelo Ministério em função do estado de emergência em saúde enfrentada pelo País. Veja que a pronta destinação de recursos financeiros por parte do poder executivo federal ocorreu, mas, por outro lado, importa lembrar aqui que as outras esferas de governo têm funções essenciais na execução de tais recursos. Ou seja, ao identificar que as ações de saúde são executadas pelos entes subnacionais, observa-se que naquele instante é necessário que o ente esteja provido de recursos administrativos e humanos, bem como sua rede de governança esteja atenta ao processo como um todo.

Este trabalho analisa a interface da transferência de recursos financeiros dos Estados para os diversos operadores da rede de saúde, descreve as diversas disfunções reveladas pela atual crise sanitária e propõe medidas que visem ultrapassar tais disfunções estruturais e legais.

O presente documento integra quatro partes. Em primeiro lugar, esta introdução que sintetiza os conceitos de governança pública enquanto modelo estrutural diferente do weberiano e na perspectiva micro nos termos do Decreto nº 9.203/2017⁽¹⁶⁾ que refere seis princípios da Governança Pública: *Capacidade de resposta; Integridade; Confiabilidade; Melhoria regulatória; Prestação de contas e responsabilidade; e Transparência*. Em segundo lugar, analisam-se os desafios da coordenação orçamentária nos entes subnacionais. Em terceiro lugar, examina-se a coordenação

do sistema e dissecam-se qualitativamente a dissonância ou diferenciação entre as normas e a sua aplicação ou execução a partir das dimensões da governança orçamentária. Por último, apontam-se recomendações que mostram que a abordagem tradicional, baseada meramente em regras e no enquadramento jurídico parece ter alcançado um sucesso limitado. Por isso, para que tal abordagem seja eficaz, recomenda-se que ela seja combinada com outras estratégias, nomeadamente comportamentais, em que a pesquisa em Economia Comportamental nos tem dado boas pistas e tem sido fonte de inspiração.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Do ponto de vista metodológico, este trabalho faz uso dos princípios da pesquisa qualitativa e da técnica de análise documental. Para a construção da análise neste texto, foram utilizados dois registros administrativos: o painel informativo Cooperar do Tribunal de Contas da União e o Portal Siga Brasil (Senado Federal). Neste texto, utilizou-se a pesquisa documental nas peças do orçamento (MP/FNS/outros) no decorrer do exercício financeiro de 2020 e o Painel Informativo Cooperar – COVID-19.

Além dos registros administrativos, as evidências para a análise dos dados foram pesquisadas em 20 portarias editadas pelo Ministério da Saúde; 27 decretos estaduais que apontam para a abertura de crédito adicional; 1 manual normativo do Conass; 102 processos de representação do Painel Informativo Cooperar de Ações de Combate à COVID-19 do Tribunal de Contas da União.

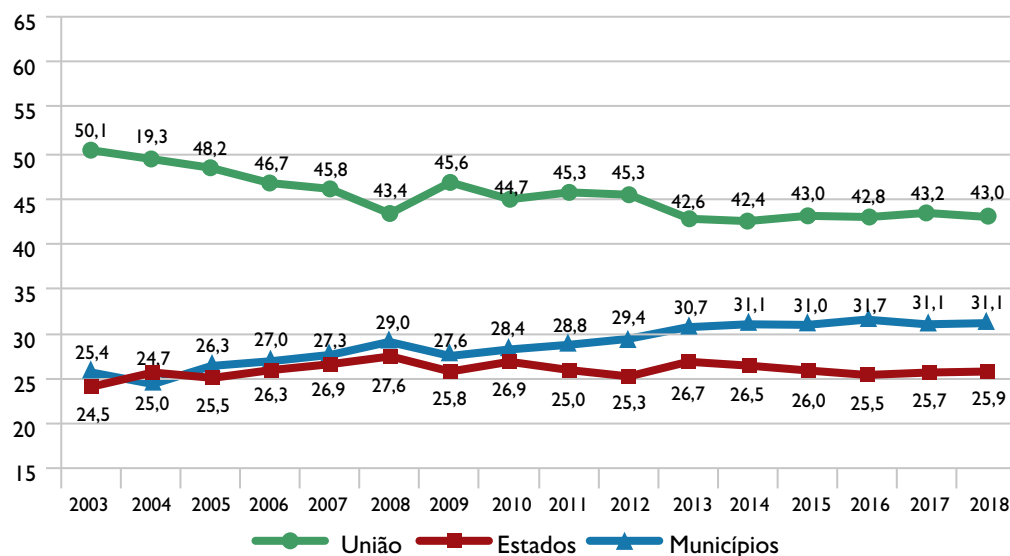
As bases para o eixo de análise neste ensaio estão distribuídas na caracterização dos instrumentos legais de repasse de recursos em resposta à crise neste subsistema com impacto na governança orçamentária (a); identificação de instrumentos legais nos Estados (b); e identificação de processos em andamento no Tribunal de Contas relacionados com repasse financeiro para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 (c). A interpretação e a discussão dos dados estão lastreadas em referenciais teóricos que tratam da governança orçamentária e estrutura normativa⁽¹⁷⁾.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A INTERFACE DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS E OS DESAFIOS DA COORDENAÇÃO ORÇAMENTÁRIA NOS ENTES SUBNACIONAIS

O SUS trata de um formato de atenção à saúde no Brasil que é descentralizado e baseado no modelo tripartite, em que as responsabilidades se apresentam nos três níveis de governo. Observa-se que os recursos alocados estão distribuídos em 43,0% para a esfera federal, 25,9% para a estadual, e 31,1% para o nível municipal. Considerando que o sistema de saúde envolve

uma complexidade de atores na perspectiva da governança, isso exige uma coordenação e integração nas diversas esferas de governo multinível. A problemática torna-se mais presente quando se direcionam as responsabilidades para entes subnacionais, haja vista que esses entes executam uma proporção maior de recursos, conforme dados a seguir.

GRÁFICO I – Despesa com ações e serviços de saúde (2003-2018)



Fonte: Siga Brasil e Siops, 2020.

O ano de 2020, no entanto, surpreende a sociedade e as organizações públicas, com o advento da pandemia do novo coronavírus, e coloca à prova a coordenação orçamentária dos recursos para o SUS. Foi necessária a adoção de medidas imediatas de alocação de recursos em favor do Ministério da Saúde para que as transferências ocorressem a partir do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios.

Do montante alocado no Fundo Nacional de Saúde, R\$ 35,00 bilhões (92,1%) destinam-se a despesas correntes, como aquisição de testes para detecção de COVID-19, material de consumo médico hospitalar, contratação de prestadores de serviço. Desse montante, R\$ 4,78 bilhões (13,6%) foram aplicados diretamente pela União e R\$ 29,64 bilhões (84,7%) foram transferidos para os entes subnacionais na modalidade fundo a fundo, para utilização a critério do ente federado beneficiado conforme relatório interno do Senado Federal. Qual a decisão adequada que tais entes adotaram? Quais critérios foram definidos para o melhor benefício da população? Que medidas foram adotadas para a criação do crédito adicional extraordinário nos Estados?

De acordo com as 20 portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, entre os meses de março e agosto de 2020, 55% dos enunciados de tais documentos reportam a destinação de recursos (55%). Destes, 9 portarias estão relacionadas com o descritor “recursos financeiros”. Observa-se que o volume de recursos financeiros é expressivo para a articulação entre os entes da federação. Neste sentido, faz-se necessário superar os conflitos⁽¹⁸⁾ apresentados na coordenação federativa, uma vez que a busca de cooperação e competição devem ocorrer de uma forma mais equilibrada.

Em pesquisa publicada em 2019⁽¹⁷⁾, foram avaliados de forma qualitativa os princípios da governança orçamentária na área de saúde, para a verificação da forma como o sistema normativo está na perspectiva da governança orçamentária. As dimensões apontadas no estudo trataram: i- delimitação e especificação de recursos; ii- delimitação e especificação de usuários; iii- regras de distribuição e utilização de recursos; iv- processo de decisão; v- processo de controle e vi- processo de coordenação do sistema. Para avançar na análise e sobre as dificuldades na execução orçamentária dos Estados, nessa perspectiva, utilizaram-se aqui as três últimas dimensões^(5-6;17,19,20-21).

No processo de decisão, os princípios adotados foram: (i) arranjos de decisão coletiva que sugerem como as decisões de mobilização e de alocação são adotadas. Nesse princípio, observa-se como a institucionalização de instâncias e canais coletivos estão presentes para discussão, defesa e contestação do modo como os recursos são mobilizados e aplicados para a promoção do exercício do poder decisório. No princípio que trata das (ii) mudanças de regras nos arranjos de decisão coletiva, observa-se a institucionalização de instâncias em que indivíduos e organizações participam da proposição de mudanças nas regras orçamentárias. Em ambos os descritores, apresentam-se a participação; a descentralização político-administrativa; a comissão intergestores; o conselho de saúde; órgãos deliberativos e a conferência de saúde.

Na segunda dimensão processo de controle, observam-se os princípios (i) contexto das informações para decisão coletiva e seus impactos; bem como (ii) o monitoramento de usuários e recursos e (iii) sanções graduais. Nessa dimensão, nota-se a acessibilidade das informações que deem condições para a tomada de decisão coletiva. Seus descritores são: informado/ informados; informações; divulgação; publicação; publicidade. Para o princípio monitoramento de usuários e recursos, percebem-se os instrumentos que realizam o monitoramento de programas e de recursos orçamentários, a fim de se reconhecerem eventuais desvios de comportamento. Seus descritores apresentam-se como fiscalização; controle; regulamentação; avaliação; acompanhado; fiscalizado; órgãos de controle. No princípio sanções graduais, observa-se a existência de sanções que imponham a aplicação coercitiva de penalidades proporcionais à gravidade dos atos dos atores orçamentários contra o sistema de recursos orçamentários. Seus descritores são: descumprimento; suspenso/suspensão; infração/infrações; punido; Não-atendimento; inobservância.

A terceira dimensão analisada reporta-se à coordenação do sistema em si. Nessa dimensão, os princípios analisados são observados a partir dos (i) instrumentos para resolução de conflitos; (ii) legitimidade para decidir questões inerentes e (iii) governança baseada em instituições conjuntas. Todos os três princípios preocupam-se com a existência de arenas especializadas ou instrumentos

acessíveis à resolução de controvérsias com relação à alocação de recursos e divergências entre atores, bem como verificam a existência de autoridade e autonomia das instâncias orçamentárias para tomada de decisão em questões que lhes são diretamente inerentes. São descritores dessa dimensão: resolução; conflito; controvérsia; cada esfera de governo (União, estados, municípios); competência; responsabilidades dos entes; definição das instâncias; conjunto integrado; forma integrada; rede; pactuação pelos entes federativos; integralidade; conjunto articulado e contínuo; articulação; harmonização e coordenação.

Da observação realizada, verifica-se que o processo de decisão, em todos os Estados, ocorreu por meio de decretos governamentais e portarias, sem que para tanto fossem ouvidos os *stakeholders*. O resultado demonstrou a completa ausência da participação das diversas instâncias da sociedade como preconiza a dimensão. Trata-se, portanto, de decisão centralizada em que o governador ou secretário de estado deliberam as formas de uso do recurso sem a necessária consulta e empenhamento dos principais interessados no processo.

Observa-se que a medida provisória que autoriza o uso dos recursos deixa claro que fica a critério do ente federado beneficiado. No entanto, não traz em sua orientação a prática do conceito de participação das instâncias da sociedade e órgãos deliberativos no processo de tomada de decisão, conforme recomenda a Lei 8.142/1990. Nesta lei, o Conselho de Saúde tem atribuições deliberativas e funciona em caráter permanente, com representação do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. A atuação se dá inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Entende-se, portanto, que o conselho de saúde é um espaço público, em que a sociedade em geral se expressa, e os cidadãos têm o direito e o dever de acompanhar e controlar o Estado para que execute as deliberações oriundas desta instância.

Nesse caso, no Brasil, apresentam-se 26 conselhos estaduais de saúde e 1 conselho distrital. As Comissões Intergestores são divididas em 486 Comissões Intergestores Regionais (CIR), 26 Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os conselhos são organizados em: 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (Cosems), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Isso demonstra um envolvimento elevado de atores haja vista a representação a partir dos municípios e estados da federação.

No entanto, toda essa quantidade de atores e garantia legal não significou o envolvimento no processo de decisão. Essa situação pode ser justificada principalmente em decorrência da concepção ideológica e cultura da gestão dos entes federados^(3,6,9,22).

Sobre o processo de controle, que tem sua preocupação com as informações para decisão coletiva e seus impactos, requer-se aqui de que forma as informações estão acessíveis para a tomada de decisão coletiva. Nesse quesito, como se deu a divulgação e a publicização das informações? Como

os recursos foram monitorados com o objetivo de reconhecer eventuais desvios de comportamento? Observa-se que a legislação⁽¹⁶⁾ e o organismo internacional^(6,9,13) destacam importantes mecanismos de governança, bem como a capacidade de resposta no âmbito da Administração Pública. Isso quer dizer que a atuação estatal deve ser eficiente e corresponder aos anseios da sociedade civil, mais uma vez relacionada com a efetiva prestação de contas aos destinatários das políticas públicas⁽²²⁾.

Ao analisar o Painel Informativo Coopera do Tribunal de Contas da União, que trata de um programa especial de fiscalização da atuação dos gestores públicos no enfrentamento da crise da COVID-19, constata-se que, entre os meses de abril e outubro de 2020, há 102 representações registradas. Essa representação advém dos mais diversos setores da sociedade. Observa-se o monitoramento de usuários e recursos, uma vez que há a utilização de instrumentos que realizam o monitoramento de programas e de recursos orçamentários, a fim de se reconhecer eventuais desvios de comportamento. Destaca-se aqui a importância do monitoramento, que por meio de agentes responsáveis nessa complexa relação de atores que participa nas diversas etapas entre a produção dos recursos e a utilização dos recursos^(5,11,17-18).

Entende-se, até aqui, que as representações em andamento acarretam consequências que prejudicam diretamente a população de menor renda, especialmente ao considerar que 71% dos brasileiros buscam o SUS como referência de atendimento. A questão aqui neste momento não centra em identificar as sanções previstas para as representações feitas no Tribunal de Contas da União, mas verificar aplicabilidade delas contra a gravidade dos atos cometidos pelos atores envolvidos. Estas devem ser proporcionais aos usuários ou agentes que ajam de forma incorreta ou oportunista, no sentido de desencorajar ações que levem à degradação dos recursos à disposição dos usuários. Percebe-se ainda que as sanções e penalidades desde a década de 1990 a 2012 encontram-se presentes⁽¹⁷⁾.

Neste ponto sobre a coordenação do sistema, há a preocupação por conta da complexidade na condução do processo de implementação da política de saúde em tempos de enfrentamento da pandemia e as dificuldades nas decisões e a urgência da alocação de recursos. Nesse sentido, nota-se a existência de documentos oficiais divergentes entre os entes, ora o governo federal toma decisões que afetam diretamente os entes subnacionais, ora o inverso, quando os entes subnacionais adotam decisões contrárias ao governo federal.

Identifica-se que os limites institucionais são colocados à prova em meio a impasses jurídicos, uma vez que há a necessidade de maturidade política, liderança, convergência de ações e organização das decisões como um todo. Um dos princípios dessa dimensão é a avaliação da existência de instrumentos para resolução de conflitos. Nesse contexto, ao observar a alocação orçamentária para o Ministério da Saúde em 2020 e sua execução, apresenta-se um percentual dos recursos alocados na casa de 54% executados. Trata dos recursos distribuídos aos Estados e, devido aos diversos problemas na execução, reforça o que outros trabalhos identificaram^(5,7,11,18,23). É necessário observar que diversos Estados têm capacidades de execução diferenciadas como verifica-se nas unidades da federação da região Sul e Sudeste.

De acordo com a OCDE⁽⁹⁾, em sua recomendação sobre a execução do orçamento, é necessário observar que haja um planejamento de forma gerenciada e monitorada. E de que forma a coordenação dessas etapas tem sido realizada? Isso envolve os diversos entes apontados anteriormente, em que cada um desempenha institucionalmente a sua ação. Há a necessidade de desenvolvimento de estratégias e instrumentos acessíveis à resolução de controvérsias com relação à alocação de recursos e divergências entre atores. Pontos estes essenciais para a implementação de ações abrangentes e integradas⁽¹¹⁾. Observa-se uma tendência, em levantamento realizado nas 26 unidades da federação e no Distrito Federal por meio de sítios oficiais na internet, que há a divulgação somente da abertura de crédito adicional suplementar para atender às dotações indicadas na legislação. No entendimento da Confederação Nacional dos Municípios, publicado em abril de 2020, observa-se a indicação de procedimentos confusos, haja vista a adoção da necessidade ou não de criar ações e fontes de recursos específicas no orçamento local. Esse fato reforça, em muitos casos, a fragilidade da legitimidade das instâncias para decidir sobre as questões inerentes, que pode sugerir a falta de autonomia gerada por questões da profissionalização. Notadamente, a legislação prevê diretamente a participação das comissões intergestores na pactuação das ações e serviços públicos de saúde desempenhadas pelos entes federativos. Da mesma forma, no art. 15 do Decreto 7.508/2011⁽²⁴⁾, há a previsão de que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado. Já os arts. 18 e 19 chamam a atenção para o planejamento de forma regionalizada a partir das necessidades de cada ente bem como atribuem à CIB a pactuação do planejamento em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Em estudo realizado pelo Senado Federal, sobre a ação 21C0⁽²⁵⁾, cabe ao Ministério da Saúde “apoiar aos entes federativos para financiamento de serviços de saúde na atenção básica e de média e alta complexidade, para o enfrentamento do coronavírus”. Tal orientação devolve para estados e municípios a responsabilidade de organizarem e planejarem a estratégia de atuação, bem como requer criteriosos estudos/estimativas para a tomada adequada de decisão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

As dificuldades da coordenação orçamentária, em contexto de crise sanitária, expuseram mais acentuadamente as fragilidades que os entes subnacionais no Brasil – Estados – têm enfrentado ao longo dos anos; é o que este trabalho se propôs a analisar.

Se a atuação do Governo Federal se mostrou efetiva na alocação dos recursos no âmbito do Ministério da Saúde, no âmbito dos entes subnacionais, provocou uma enorme competição para aquisição de insumos. No jogo competitivo dos diversos estados destinados a obter vantagens comparativas na aquisição de recursos financeiros, foram beneficiados os estados que possuíam maior capacidade instalada de estoques de competências entre os seus servidores em matéria de gestão financeira e experiência contábil.

Com efeito, a posição dos diferentes Estados no Brasil não é a mesma quando se trata de comparar a taxa instalada de conhecimento em matéria de saber fazer, fazer mais e saber ser dos servidores que trabalham nesses Estados. Quem mais preparado está em matéria de competências *hard and soft skills*, maior poder negocial expressa nos momentos decisivos da decisão. Assim, uma primeira recomendação vai no sentido de o nível do Governo Federal ter em conta a assimetria de competências existente entre os diversos Estados e ser criada uma forma de compensar ou balancear tais assimetrias.

Esse estoque de competências continua a ser relevante na relação dos Estados com os diversos *players* que integram a sua rede de execução de uma política pública de saúde. Os Estados mais descapitalizados em matéria de capital humano ou de competências terão mais dificuldade em se relacionar adequadamente com os representantes dos nós de suas redes de comunicação na perspectiva macro da governança pública, ou seja, com os representantes das instituições que prestam serviço de saúde integrado no perímetro desse Estado.

Acresce que se o Estado usa os diferentes *players* para, em seu nome, atuarem na execução da política de saúde, tem igualmente a obrigação de assegurar que os servidores dos seus parceiros estejam devidamente capacitados em matéria de planejamento, gestão financeira e orçamental para poderem mais facilmente se relacionar com os diversos departamentos da Secretaria de Saúde do estado. Impõe-se, assim, a criação de um programa de treinamento que aumente o saber mais, o saber fazer e o saber ser, em todos os servidores da cadeia, em matéria de planejamento, finanças públicas e gestão contábil.

Essa proposta procura satisfazer a necessidade sentida nas observações feitas neste trabalho que corroboram a situação relatada em estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que demonstrou que “há fraca intensidade nas funções de coordenação vertical, pois os estados continuaram gerenciando redes próprias de serviços, disputando recursos com os municípios e resistindo à padronização da coordenação federal”⁽²³⁾.

Dada a situação de emergência (nada compatível com propostas de longo ou médio prazo), recomenda-se que seja criada uma gerência provisória, específica no âmbito do governo estadual, para dar suporte às unidades de enfrentamento da COVID-19, como serviços técnico-administrativos e serviços médicos. Os membros desse grupo de gerência funcionariam um pouco como bombeiros e teriam uma formação intensiva de uma semana antes de começarem a trabalhar no terreno.

Esse tipo de ação pode minimizar os desafios da coordenação do sistema, observando que as gerências intermédias participam mais ativamente das decisões organizacionais, pois podem promover o diálogo com as diversas instâncias que participam das decisões, bem como podem receber demandas diversas no contexto do uso adequado dos recursos.

A composição dessa unidade de apoio administrativo intermediário precisa contar fortemente com o apoio e o compromisso dos profissionais diretamente ligados ao enfrentamento, sejam eles profissionais de saúde, sejam eles executores das despesas no campo contabilidade e

governança orçamentária. Trata de um modelo que deve ser mais ágil e mais flexível, tanto em sua dinâmica interna como em sua capacidade de adaptação às mudanças externas⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, é necessário dar uma resposta célere observando: (i) monitoramento detalhado da situação do uso dos recursos por meio de dados claros, transparentes com informações de qualidade para os diversos setores da sociedade que estão diretamente envolvidos no processo de decisão; (ii) estratégias de comunicação claras, especialmente para os agentes que executam a despesa pública; (iii) ações de apoio aos gerentes intermediários no campo da gestão financeira dos recursos com canais de esclarecimento de dúvidas na forma de utilização dos recursos.

REFERÊNCIAS

1. Milward HB, Provan KG. Governing the hollow state. *J Public Adm Res Theory*. 2000;10(2):359-380.
2. Bovaird T. Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Adm Rev*. 2007;67:846-860. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x>.
3. Bilhim JA. Nova governação pública e meritocracia. *Sociologia, problemas e práticas*. 2017;(84):9-25.
4. Wildavsky A. *The politics of the budgetary process*. Boston: Little, Brown and Company; 1964.
5. Bijos P. Governança orçamentária: uma relevante agenda em ascensão. *Orçamento Em Discussão*. 2014;(12):1-44. doi: <https://doi.org/10.1007/s12630-015-0460-6>.
6. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Draft Recommendation of the OECD Council on the Principles of Budgetary Governance*. OECD Senior Budget Officials; 2014.
7. Pires R, Gomide A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Rev Sociol Polit*. 2016;24(58):121-143. 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-987316245806>.
8. Couto L, Cardoso JJ. Governança orçamentária: transformações e lacunas nas práticas de planejamento e orçamento no Brasil. *Boletim de Análise Político-Institucional* 19. Ipea; 2018. p. 75-82.
9. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Recommendation of the Council on Budgetary Governance* [Internet]. Paris; 2015 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/Recommendation-of-the-Council-on-Budgetary-Governance.pdf>.
10. Cervo F. *O Orçamento Público como instrumento de planejamento e controle: A análise da execução orçamentária do Instituto Chico Mendes de Conservação e Biodiversidade*. Trabalho apresentado para Especialista em Finanças Públicas - ESAF - Escola de Administração Fazendária, Brasília, DF, Brasil; 2012.
11. Lima L, Pereira AM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020;36(7):e00185220.
12. Lima L, Andrade CL. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2237-48. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311&2009001000014>.

13. International Federation Of Accountants. Governance in the public sector: a governing body perspective [Internet]. PSC, Study 13. New York: IFAC; 2001 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf>.
14. Matos NB, Gonçalves AO. Public-private partnerships: origin, limitations and prospects for public sector accounting. *Rev Eletrôn Adm.* 2020;26(1):114-136. doi: <https://doi.org/10.1590/14132311.279.98525>.
15. Oliveira RA, et al. Accontability: qual o seu significado para servidores de uma instituição federal de ensino? *R Pol Públ.* 2020;16(2):297-306.
16. Brasil. Decreto 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. *Diário Oficial da União.* 23 nov 2017.
17. Kashiwakura HK. Retrato da atenção básica no Brasil: um estudo sobre a alocação de recursos financeiros e a sua relação com a infraestrutura básica de saúde dos municípios [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019.
18. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit.* 2005;24:41-67.
19. Barcelos CL. Governança Orçamentária e Mudança Institucional: o Caso da Norma Geral de Direito Financeiro - Lei nº 4.320/64 [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
20. Pinto PS, Gonçalves A. Políticas de C,T&I: uma análise reflexiva a partir das informações orçamentárias e contábeis da Embrapa. *RP3* [Internet]. 2013 [acesso 2020 out 21];0(1). Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/11996>.
21. Ostrom E. *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action.* New York: Cambridge University Press; 1990.
22. Gonçalves AO, Gonçalves RS, Tavares AL. O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [acesso 2020 out 09];20(3):659-672. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300012>.
23. Jaccoud L, Meneses A. Coordenação e relações intergovernamentais no SUS: o pacto pela saúde e o seu legado. In: Jaccoud L, organizadora. *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras.* Brasília; IPEA; 2020. doi: <https://doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011.
25. Brasil. Senado Federal. Estudo sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia do coronavírus. Consultoria de Orçamento, Fiscalização e Controle. Brasília; 2020.

O MANEJO DA REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA EM TEMPOS DE CORONAVÍRUS

Sandra Mara Campos Alves¹

RESUMO: O artigo se propõe a analisar a requisição administrativa em seus variados matizes, bem como sua aplicação específica durante a pandemia da COVID-19, abordando ainda os principais pontos do instituto questionados perante o Poder Judiciário. Fez-se uso de pesquisa normativa e bibliográfica e, como recurso metodológico de análise e interpretação, foi utilizada a dedução para compreender a abordagem da requisição pelos entes da federação, no contexto de uma emergência sanitária, e as premissas fixadas pelo julgado do Supremo Tribunal Federal. Os resultados demonstram que, apesar de ter sido elencado em lei específica voltada ao combate ao novo coronavírus, o arco normativo brasileiro que dispõe sobre o tema da requisição administrativa é farto, tendo seu fundamento na Carta Magna. Os elementos característicos da requisição foram reafirmados pelo Supremo Tribunal Federal, bem como a competência das autoridades sanitárias locais para sua utilização. O fundamento utilizado foi o modelo de federalismo cooperativo adotado pelo Brasil, e a própria conformação do Sistema Único de Saúde. Conclui-se que os gestores sanitários dos entes subnacionais são os responsáveis primeiros pelos interesses locais e, por isso mesmo, possuem competência para o manejo da requisição.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Direito à Saúde. Direito Administrativo. Federalismo.

¹ Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora e Coordenadora do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, Editora dos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS), docente do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz Brasília. ORCID: 0000-0001-6171-4558. smcalves@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 que se instalou ao redor do mundo no decorrer do ano de 2020 trouxe, aos gestores de sistemas de saúde, uma série de desafios voltados à contenção da crise sanitária, apesar de pouco se saber acerca da história natural da doença.

Divulgação acerca do compartilhamento, entre setor público e privado, de insumos escassos e necessários ao enfrentamento da doença ganha espaço na mídia, sendo apresentada como estratégia necessária ao enfrentamento de desigualdades estruturais também reveladas pela pandemia.

Por outro lado, pululam normativas que restringem e limitam direitos e liberdades fundamentais. Assim, observamos a adoção de quarentenas, isolamentos, restrição de circulação de pessoas no território, entre outras, como medidas mandatórias à garantia do direito à saúde da coletividade.

Nesse contexto, o Estado brasileiro editou a Lei nº 13.979⁽¹⁾, de 6 de fevereiro de 2020, conhecida como ‘Lei da Quarentena’, que dispõe acerca de uma série de medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 (SARS-CoV-2). Registre-se que, até a edição da referida lei, o Estado brasileiro contava apenas com um conjunto de duas normas editadas ainda na década de 1970 – Lei nº 6.259⁽²⁾, de 30 de outubro de 1975, e Lei nº 6.437⁽³⁾, de 20 de agosto de 1977 – para fazer enfrentar as emergências sanitárias.

Ademais, apesar das críticas⁽⁴⁻⁵⁾ acerca das medidas previstas, a ‘Lei da Quarentena’ tem, na proteção da coletividade, seu balizamento e justificativa. As medidas nela previstas, portanto, só poderão ser tomadas pela autoridade competente com base em evidências científicas, sendo essa uma garantia instituída no próprio texto legal.

Entre as medidas previstas, está a possibilidade de o Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais requisitarem bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas para a proteção da saúde pública, enquanto durar a emergência sanitária. Além disso, em que pese o instituto da requisição administrativa ser já um velho conhecido das ciências jurídicas, especialmente no ramo do direito administrativo, houve questionamento acerca da sua constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal (STF) ⁽⁶⁾.

Nesse contexto, o presente artigo se propõe a analisar a requisição administrativa em seus variados matizes, bem como sua aplicação específica durante a pandemia da COVID-19, abordando ainda os principais pontos do instituto questionados perante o Poder Judiciário.

2. MÉTODOS

O artigo estruturou-se a partir dos questionamentos realizados pela Confederação Nacional de Saúde, entidade sindical que representa sindicatos patronais de saúde e federações hospitalares, em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 6362) ⁽⁶⁾, que arguiu dispositivos relacionados com o manejo da requisição administrativa segundo dicção da Lei nº 13.979/2020 ⁽¹⁾ (incisos VII e III do §7º, ambos do art. 3º).

O desenvolvimento da argumentação foi ancorado em pesquisa normativa referente aos temas de restrição do Estado sobre a propriedade privada, sendo a requisição uma dessas formas. Outrossim, por se tratar de restrição de direito fundamental decorrente de atuação pública fundamentada em emergência sanitária, escrutinaram-se, ainda, normas sobre a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as competências dos entes da federação em matéria de saúde. O recorte temporal balizador utilizado foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (**Quadro 1**).

QUADRO I – Identificação do arco normativo acerca da restrição do Estado sobre a propriedade privada, conformação do SUS e competências dos entes da federação em matéria de saúde

Previsão Normativa	Dispositivos	Texto Legal
CRF de 1988	art. 5º XXIII e XXV	Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XXIII - a propriedade atenderá a sua função social; XXV- no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;

Previsão Normativa	Dispositivos	Texto Legal
	art. 22, III	Art. 22 – Compete privativamente à União legislar sobre: III – requisições civis e militares, em caso de iminente perigo e em tempo de guerra;
	art. 24, XII e §1º	Art. 24 - Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde; §1º - No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais.
	art. 170, III	Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: III - função social da propriedade;
	art. 198 I, II e III	Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.
Lei nº 8.080 de 1990	art. 15, XIII	Art. 15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
Código Civil	art. 1.228, § 3	Art. 1.228 - O proprietário tem a faculdade de usar, gozar e dispor da coisa, e o direito de reavê-la do poder de quem quer que injustamente a possua ou detenha. § 3º - O proprietário pode ser privado da coisa, nos casos de desapropriação, por necessidade ou utilidade pública ou interesse social, bem como no de requisição, em caso de perigo público iminente.

Previsão Normativa	Dispositivos	Texto Legal
Lei nº 13.979 de 2020	Art. 3º, VII e §7º, III	Art. 3º - Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas: VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e § 7º - As medidas previstas neste artigo poderão ser adotadas: III - pelos gestores locais de saúde, nas hipóteses dos incisos III, IV e VII do caput deste artigo.

Fonte: elaborado pela autora.

Também foi trazida a colação bibliográfica na seara do direito administrativo que, historicamente, debruça-se sobre o tema da requisição administrativa. Foram acessados os escritos de autores clássicos como Hely Lopes Meyrelles⁽⁷⁾, Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁽⁸⁾ e José dos Santos Carvalho Filho⁽⁹⁾.

Como recurso metodológico de análise e interpretação, foi utilizada a dedução para compreender a abordagem da requisição pelos entes da federação, no contexto de uma emergência sanitária, e as premissas fixadas pelo julgado do STF.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dicção da Constituição da República Federativa de 1988⁽¹⁰⁾ (CRF/1988) autoriza limitação no direito de propriedade quando observada a presença de interesses públicos maiores, e que cabe ao Estado proteger e tutelar.

Nesse diapasão, conforma-se o princípio prevalente na Constituição Cidadã⁽¹⁰⁾, que reconhece a função social da propriedade, autorizativo de intervenção estatal na esfera dominial privada, quando necessário ao atendimento dos interesses públicos, o desenvolvimento nacional e a justiça social.

Meirelles⁽⁷⁾, em sua obra clássica, já dispunha nesse sentido:

Para o uso e gozo de bens e riquezas particulares o Poder Público impõe normas e limites e, quando o interesse público o exige, intervém na *propriedade privada* e na *ordem econômica*, através de atos de império tendentes a satisfazer as exigências coletivas e a reprimir conduta anti-social da iniciativa particular. (p. 501).

Uma das formas autorizadas pela CRF/1988 de intervenção Estatal e restrição ao direito de propriedade é a requisição administrativa⁽¹⁰⁾. Além disso, tendo como fundamento o texto

constitucional, observa-se ainda um conjunto de leis que se referem ao tema, com destaque para a remissão expressa ao uso do instituto em casos de crises sanitárias como irrupção de epidemias e emergência de saúde pública, como a provocada pelo novo coronavírus^(1; 11-12).

De origem bélica, o instituto da requisição era originariamente utilizado como medida coativa em tempos de guerra ou grave comoção nacional, porém teve sua adoção espalhada também para utilização em tempos de paz⁽⁷⁻⁹⁾.

De acordo com o arco normativo vigente, coexistem dois modelos de requisição administrativa – militar e civil – que têm a mesma conceituação, mas escopos distintos. Enquanto a requisição militar visa à garantia da segurança e soberania nacional, a requisição civil justifica-se por uma necessidade pública inadiável de proteção da saúde, da vida e de outros bens e interesses da coletividade.

Di Pietro⁽⁸⁾, ao definir o instituto da requisição administrativa, observa a possibilidade de seu manejo sobre bens móveis, imóveis e serviços:

[...] pode-se conceituar a requisição como ato administrativo unilateral, auto-executório e oneroso, consistente na utilização de bens ou de serviços particulares pela Administração, para atender a necessidade coletiva em tempos de guerra ou em caso de perigo público iminente. (p. 129).

Depreende-se, da definição, um conjunto de elementos que compõem e caracterizam o instituto da requisição, diferenciando-o de outras formas de limitações administrativas ao direito de propriedade, que não se revela absoluto, posto que relativizado pelo próprio texto constitucional.

As características de unilateralidade e autoexecutoriedade se justificam porque, em situações de perigo iminente, emergência, calamidade públicas e epidemias, a atuação da Administração Pública deve ser célere e imediata. Precisamente por isso, a atuação do Estado por meio da requisição dispensa prévio consentimento do particular ou autorização prévia do Poder Judiciário, pois age com o seu poder de império voltado ao atendimento e salvaguarda do interesse público.

Em sessão de julgamento realizada em 2 de setembro de 2020, os predicados da unilateralidade e autoexecutoriedade foram confirmados pelo STF quando do julgamento da ADI nº 6362⁽⁶⁾. O tribunal pleno reconheceu que as autoridades sanitárias estaduais ou municipais não precisam se submeter ao prévio exame e autorização do Ministério da Saúde para realizar tais requisições, nem prévia oitiva da pessoa natural ou jurídica atingida pela requisição.

Nesse mesmo julgamento, o STF reconheceu ainda a competência dos gestores locais – estaduais e municipais – de realizar atos de requisição, nos moldes dispostos na Lei nº 13.979 de 2020.

Tal decisão não poderia ser diferente. Como medida urgente e excepcional, a requisição administrativa não pode ficar subordinada à consulta ou aprovação prévia do Ministério da Saúde, sob pena de desvirtuamento do instituto, notadamente no caso da emergência sanitária atualmente vivenciada em solo brasileiro, e que impõe decisões urgentes e inadiáveis.

Contudo, a possibilidade de adoção da medida pelo Poder público não dispensa a necessidade de verificação dos requisitos de perigo público iminente, contrastando-os com a realidade fática de cada localidade que demonstre uma situação urgente e inadiável, como bem observado na lição de Carvalho Filho ⁽⁹⁾:

[...] O administrador público não é livre para requisitar bens e serviços. Para que possa fazê-lo, é necessário que esteja presente a situação de perigo público iminente, vale dizer, aquele perigo que não coloque somente em risco a coletividade como também que esteja prestes a se consumir ou expandir-se de forma irremediável se alguma medida não for tomada. (p. 652).

O que se tem observado no panorama nacional deixa estreme de dúvidas a severa crise sanitária decorrente do novo coronavírus e as implicações, não apenas à esfera da saúde, mas também sociais e econômicas.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde editou Portaria nº 188 ⁽¹³⁾, em que reconheceu emergência em saúde pública de importância nacional (Espin) em decorrência de infecção humana pelo novo coronavírus. Ato contínuo, em 18 de março de 2020, o Presidente da República encaminhou ao Congresso Nacional Mensagem nº 93 solicitando o reconhecimento do estado de calamidade até 31 de dezembro de 2020, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, ocasião em que seu reconhecimento foi declarado por meio do Decreto Legislativo nº 6 ⁽¹⁴⁾, editado em 20 de março de 2020.

Consequentemente, medidas foram tomadas pelo governo federal com vistas não apenas ao controle de danos à saúde pública, mas também à sua reverberação no plano econômico.

Apesar das inúmeras ações para contenção do novo coronavírus no território nacional, o panorama que se vislumbra não é alentador. Dados do Painel Coronavírus ⁽¹⁵⁾, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, registraram, em 10 de outubro de 2020, mais de 5 milhões de pessoas infectadas no território brasileiro, com número de óbitos superior a 150 mil.

Ademais, a pandemia da COVID-19 escancarou problemas de desigualdades crônicas no acesso a ações e serviços públicos de saúde, há muito enfrentados pelas unidades subnacionais, como, por exemplo, a má distribuição de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no território nacional.

Segundo dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) ⁽¹⁶⁾, que efetuou mapeamento de leitos de UTI em janeiro de 2020, portanto no início da pandemia, o Brasil

apresentava um número consolidado de leitos de UTI públicos e privados satisfatório, 2,2 leitos para cada 10 mil habitantes e, portanto, dentro do intervalo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 1 a 3 leitos por cada 10 mil habitantes.

Contudo, o mesmo documento da Amib⁽¹⁶⁾ destacou a má distribuição desse recurso pelas unidades territoriais, com as regiões Nordeste e Norte apresentando os piores números, sendo 1 leito SUS/10 mil habitantes e 0,9 leito SUS/10 mil habitantes respectivamente.

São os gestores locais de saúde as autoridades que primeiro sentem o impacto dos problemas sanitários em sua população, não podendo, portanto, quedarem-se inertes ou alijadas de ações ou medidas que permitam uma atuação mais célere no combate à pandemia. Encontra-se, portanto, plenamente justificável a requisição de produtos, insumos, bens e serviços médico-hospitalares tais como máscaras, frascos de álcool etílico, higienizadores, ventiladores pulmonares, leitos de UTI, entre outros, pelas autoridades subnacionais, como medida necessária ao enfrentamento do novo coronavírus, com o intuito de garantir a proteção à saúde da coletividade diante de tal grave crise.

Ademais, da análise do texto constitucional, depreende-se a adoção do modelo de federalismo cooperativo e que vem reforçar o convencimento sobre o poder-dever das autoridades sanitárias locais em manejar a requisição sem necessidade de autorização prévia, uma vez que é competência comum dos entes da federação o cuidado com a saúde.

Arretche⁽¹⁷⁾, ao analisar o federalismo brasileiro, explica esse modelo dual presente na Constituição Cidadã que atua sobre o binômio de centralização X desconcentração de competências entres os entes federativos:

Em suma, a combinação de dominação federal com autonomia política das unidades subnacionais explica a dinâmica das relações verticais do Estado federativo brasileiro. Esse não é um “jogo de soma zero”, em que a expansão da autoridade da União significaria necessariamente supressão da autoridade dos governos subnacionais. Diferentemente, a união é forte em sua capacidade de regular programas nacionais que são executados de modo descentralizado, ao passo que os governos municipais têm progressivamente fortalecida sua capacidade institucional de executar políticas. Ambos os níveis de governo são fortes, porém em diferentes dimensões da produção de políticas públicas. (p.24).

Especificamente em matéria de saúde, a CRF/1988⁽¹⁰⁾ estabelece uma série de competências concorrentes e comuns a cada uma das unidades da federação. Todos os entes federados possuem competência concorrente para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII), cabendo à União o estabelecimento de normas gerais (art. 24, § 1º). Possuem ainda competência material comum para atuar no cuidado com a saúde (art. 23, II).

Essa cooperação dos entes federativos em matéria de ações e serviços públicos de saúde demonstra a própria essência do SUS, concebido como um sistema articulado, organizado de forma regionalizada e hierarquizado em níveis de complexidade crescentes, e orientado pelas diretrizes constitucionais da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198 e incisos da CRF/1988). Desse modo, cada esfera de governo possui um papel específico dentro desse sistema, voltado à garantia da saúde.

Nesse mesmo sentido foi o julgado recente do STF – ADI nº 6341/2020⁽¹⁸⁾ – que reafirmou a autonomia dos entes subnacionais de empreender medidas normativas e administrativas voltadas ao enfrentamento do novo coronavírus com fundamento na competência concorrente em matéria de saúde disposta no texto constitucional.

Assim é que o estabelecimento de autorização prévia da União, por meio da pasta da saúde, para que os gestores sanitários locais possam realizar requisições – requisito inexistente na dicção do texto constitucional ou da legislação específica –, significaria ferir de morte o próprio pacto federativo, uma vez que inexistente hierarquia e/ou subordinação entre as unidades da federação.

Entendimento contrário ensejaria esvaziamento e alijamento dos entes subnacionais na execução de ações e medidas voltadas ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. Assim, aos entes locais, em conformidade com suas necessidades e peculiaridades, é permitida a utilização da requisição administrativa desde que atendidos os requisitos constitucionais e legais estabelecidos no arco normativo. São, portanto, autoridades competentes para a prática do ato administrativo em questão.

Outro elemento característico da requisição é a onerosidade, que garante ao particular indenização posterior, caso verificado dano decorrente do uso do bem ou serviço pela Administração Pública. Tal característica, segundo Moraes⁽¹⁹⁾, conforma o instituto em um direito com dupla titularidade, visto que, de um lado, tem-se a presença do poder público, agindo com seu poder de império para salvaguardar o interesse coletivo; e, de outro, o particular que também se encontra amparado contra prejuízo ou espoliação de seu patrimônio.

Segundo Carvalho Filho⁽⁹⁾, a “indenização pelo uso de bens e serviços alcançados pela requisição é condicionada: o proprietário somente fará jus à indenização se a atividade estatal lhe tiver provocado danos. Inexistindo danos, nenhuma indenização será devida” (p. 263).

Nessa esteira, a simples restrição temporária de direitos de propriedade decorrentes da requisição não é, por si só, elemento que justifique a indenização, havendo necessidade de comprovação denexo causal entre o dano e a atuação estatal.

Esclarecidos, portanto, os falsos problemas que circundaram o já conhecido instituto da requisição administrativa, por ocasião de sua aplicação durante a pandemia da COVID-19, é de se destacar a confirmação pelo STF dos requisitos intrínsecos à sua caracterização, bem como da possibilidade de adoção de medidas excepcionais de intervenção estatal na esfera dominial privada pelos entes subnacionais, fundamentado nas especificidades próprias do nosso sistema federativo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo abordou o tema da requisição administrativa na perspectiva de ser um instrumento já conhecido e consolidado no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro, mas que despertou questionamentos em virtude da edição da Lei nº13.979/2020. Contudo, as divergências foram espancadas com fundamento no texto constitucional, legislação decorrente e, por fim, doutrina unificada e pela própria decisão do STF.

Nesse sentido, foi reafirmada a autonomia dos entes subnacionais para decidir sobre o emprego da requisição administrativa por ocasião da emergência sanitária do novo coronavírus, sem necessidade de autorização prévia do Ministério da Saúde. Na mesma esteira, a competência em matéria de saúde foi novamente conhecida como sendo de responsabilidade de todos os entes federativos.

Em situações de sobressalto, como a que vivenciamos em decorrência da pandemia da COVID-19s, a declaração de Bahia⁽²⁰⁾ se torna ainda mais atual. “Compatibilizar direito à saúde com os de propriedade é uma tarefa urgente e exigente de sincera disposição para o diálogo; se bem executada, salvará vidas e nos tornará menos desiguais”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 set 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.
2. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 30 out 1975 [acesso 2020 set 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm.
3. Brasil. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 24 ago 1977 [acesso 2020 set 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm.
4. Ventura DF, Aith FM, Rached DH. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. Rev Direito e Prax [Internet]. Ahead of print 2020 [acesso 2020 set 17]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/49180/32876>. doi: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/49180>.
5. Corrêa Filho HR. Lei do Coronavírus 2019 – autoritarismo sem garantias de cidadania [Internet]. CEBES, Rio de Janeiro, 06 fev 2020 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-gantias-de-cidadania/>.
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI 6362 [Internet]. Relator Ministro Ricardo Lewandowski. 2020 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>.
7. Meirelles HL. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros Editores; 1992.
8. Di Pietro MS. Direito Administrativo. São Paulo: Editora Atlas; 2001.
9. Carvalho Filho JS. Manual de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2006.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
11. Brasil. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

- dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
12. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União [Internet]. 11 jan 2002 [acesso 2020 out 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União [Internet]. 4 fev 2002 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
 14. Brasil. Presidência da República Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 20 mar 2002 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Painel Geral [Internet]. Atualizado em 10 out 2020. [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
 16. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. 28 abr 2020 [acesso 2020 set 10]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf.
 17. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz; 2012.
 18. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI 6341 [Internet]. Relator Ministro Marco Aurélio de Melo. 2020 [acesso 2020 set 05]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>.
 19. Moraes A. Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional. São Paulo: Atlas; 2011.
 20. Bahia L. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? SIM. Folha de São Paulo [Internet]. 18 abr 2020 [acesso 2020 set 05]. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-sim.shtml>.

A PANDEMIA E OS DILEMAS FISCAIS DO SUS

Bruno Moretti¹

RESUMO: O artigo argumenta que, apesar dos incontestáveis resultados do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, há restrições a seu funcionamento nos termos previstos na Constituição Federal, especialmente o desequilíbrio entre o arcabouço fiscal vigente no país e a estrutura federativa de saúde, de natureza descentralizada. Aponta-se para a dimensão estrutural desse desequilíbrio, fragilizando a capacidade de financiamento do SUS, ao mesmo tempo que se pretende mostrar que a pandemia exigiu respostas emergenciais a tal obstáculo. Conclui-se pela necessidade de uma revisão do arcabouço fiscal brasileiro, adequando-o às necessidades de financiamento do SUS, num contexto de maior demanda por serviços de saúde e apoio aos entes subnacionais.

PALAVRAS-CHAVE: SUS. Regras de Gasto. Pandemia. Orçamento.

¹ Economista pela UFF. Mestre em Economia pela UFRJ. Doutor em Sociologia pela UnB. Fez estágio pós-doutoral em Sociologia pela UnB. Analista de Planejamento e Orçamento do governo federal, atualmente cedido para o Senado Federal. <http://lattes.cnpq.br/7870920875915011>. bmoretti1@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Até setembro de 2020, o Brasil registrou 4,8 milhões de casos e 144 mil óbitos associados à COVID-19, segundo informações do Ministério da Saúde. Por outro lado, o sistema público de saúde foi providencial para que o quadro não se agravasse ainda mais, respondendo à ampliação da demanda da população por serviços de saúde, ainda que diante de restrições a seu financiamento.

Procuraremos mostrar que a COVID-19 explicitou os impactos negativos do arcabouço fiscal vigente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). O argumento é que o SUS se organiza de forma descentralizada, mas o regime fiscal enfraquece a capacidade de execução dos entes federados. Inicia-se pelos impactos negativos da pandemia sobre a arrecadação dos entes, evidenciando que eles não dispõem de instrumentos para financiar a resposta à crise. Por sua vez, as regras de gasto da União impedem a ampliação do apoio federal às ações de saúde. Diante desse quadro, o Congresso Nacional criou um orçamento extraordinário, permitindo ao governo federal expandir emergencialmente suas despesas.

Por fim, mostra-se que a retomada das regras de gasto em 2021 reduzirá os recursos de saúde em um momento de pressões por gastos no setor. Conclui-se que o país requer uma agenda estrutural de alteração do arcabouço fiscal vigente, aproximando-o das regras modernas adotadas em diversos países, construindo as condições para financiamento dos serviços de saúde e respondendo aos fatores conjunturais e estruturais que pressionam o SUS.

2. MÉTODO

O artigo utiliza dados oficiais de arrecadação e de despesas, visando a discutir empiricamente as relações entre pandemia, seus efeitos econômicos, capacidade financeira dos entes para financiar ações de saúde e o regime fiscal.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 EFEITOS DA PANDEMIA SOBRE A ARRECADAÇÃO E AS REGRAS FISCAIS

A COVID-19 trouxe impactos sobre o Brasil, não apenas do ponto de vista sanitário como econômico. Neste último caso, importa assinalar a natureza do colapso em curso, distinto das crises de 1929 e de 2008, em que o setor financeiro contagiou a economia real⁽¹⁾.

Na crise atual, a pandemia afeta a economia real pelo lado da oferta e da demanda. O choque sobre a oferta se dá com o fechamento de setores da economia. Pela demanda, há queda da renda do trabalho e aumento da incerteza, impactando consumo e investimento.

Quebra-se o elo fundamental da economia, afastando produtores e consumidores. Não se trata, portanto, apenas de estabelecer políticas anticíclicas, que estimulem a demanda, já que a origem da crise é o vírus. Além disso, o enfrentamento da pandemia e a mitigação dos seus efeitos requerem a ampliação do papel do Estado em um conjunto variado de áreas.

Para tanto, há forte demanda para o aumento de gastos. Todavia, o choque da pandemia sobre a economia afeta as receitas dos entes. A **Tabela 1** traz a variação mensal dos valores arrecadados pelos estados entre 2019 e 2020, manifestando maior queda real nos meses de abril, maio e junho. Vale comentar que a redução seria mais severa se não fosse o auxílio emergencial e seus impactos sobre o consumo das famílias.

TABELA 1. Arrecadação dos estados - R\$ bilhões (a preços de agosto de 2020)

Mês	2019	2020	Var. real
Jan	63,3	65,7	3,8%
Fev	52,5	52,9	0,7%
mar	49,6	50,5	1,9%
Abr	51,1	42,0	-17,8%
mai	49,1	36,6	-25,5%
Jun	46,7	42,3	-9,5%
Jul	48,4	46,8	-3,1%
Ago	49,2	51,0	3,5%
TOTAL (jan-ago)	409,9	387,9	-5,4%

Elaboração própria. Fonte: IBGE (IPCA) e Boletim Confaz (ICMS, IPVA, ITCMD e taxas).

Entre março e agosto de 2020, segundo dados do Tesouro Nacional, os Fundos de Participação Estadual e Municipal perderam, em termos reais, R\$ 11,6 bilhões, em relação ao mesmo período de 2019, fruto dos efeitos econômicos da pandemia e da queda de arrecadação do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados.

No momento em que há maior demanda para combater os efeitos da pandemia, os entes têm perda de arrecadação, reduzindo sua capacidade de gasto. Em função das regras fiscais vigentes, especialmente a Lei de Responsabilidade Fiscal, a única resposta possível para os entes subnacionais a uma queda de arrecadação é o ajuste das despesas. As regras fiscais são pró-cíclicas, o que se manifesta no fato de que os limites às despesas de pessoal e à dívida são expressos como proporção da Receita Corrente Líquida (RCL).

Além disso, diferentemente do governo federal, entes subnacionais não são emissores da moeda e dos títulos de dívida pública soberana.

Outro ponto relevante é que, nas últimas décadas, parcela das receitas dos entes subnacionais foi consumida em dívidas com a União, em razão de indexadores que implicaram elevados pagamentos de juros. Mesmo a renegociação efetuada em 2016 não suspendeu a capitalização de juros no período de carência, criando obstáculos aos estados mais endividados no momento em que voltaram a fazer os pagamentos⁽²⁾. Como contrapartida, a legislação previu que os estados limitariam o crescimento das despesas correntes à inflação, reforçando as restrições ao gasto público.

Os entes subnacionais se tornam extremamente dependentes do governo federal em função da queda de receitas. O problema é que as regras de gasto pró-cíclicas também afetam a União. Com a crise iniciada em 2014 e a recessão 2015/2016, a redução de receitas implica contingenciamento das despesas discricionárias, dada a meta de resultado primário.

Outro dispositivo que restringe a capacidade da União de responder à crise é a regra de ouro, que limita o endividamento ao montante de despesas de capital, sob a racionalidade de evitar endividamento para financiar despesas correntes. Nos últimos anos, a regra de ouro vem sendo descumprida, em meio aos efeitos da crise sobre a receita. No entanto, a regra pode ser contornada por decisão do Congresso.

Desde 2017, entrou em vigor o Novo Regime Fiscal (NRF), que estabelece um teto para as despesas primárias por até 20 anos. No primeiro ano, o teto foi dado pelos valores pagos em 2016, corrigido em 7,2%. A partir de 2017, a cada ano o limite é atualizado pela inflação de 12 meses. Desse modo, as despesas primárias não podem crescer acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e, na medida em que haja crescimento real da economia, a Emenda Constitucional (EC) nº 95 institui um teto declinante em relação ao PIB.

A reforma da previdência deverá estabilizar os gastos previdenciários como proporção do PIB. Portanto, dada a necessidade de redução das despesas, o teto impõe um ajuste aos demais

gastos e induz a redução do Estado e de serviços públicos. Uma maneira de visualizar o ajuste ao teto é que algumas despesas crescem em termos reais (como previdência e pessoal), implicando necessidade de redução de outros gastos.

Esse ajuste vem ocorrendo, em boa medida, nas despesas discricionárias. Além disso, a partir de 2018, a EC 95 congelou os valores mínimos obrigatórios de aplicação em saúde em 15% da RCL de 2017. Desde então, o gasto mínimo obrigatório de saúde é atualizado apenas pelo IPCA.

O congelamento do piso de saúde garante que o setor funcione como instrumento de ajuste ao teto no curto prazo. Entre 2017 e 2019, os valores aplicados em saúde passaram de 15,77% da RCL para 13,5% da RCL. Em 2020, os valores aprovados na Lei Orçamentária Anual (LOA) previam despesas abaixo de 15% da RCL do exercício, piso que estaria vigente se não fosse a EC 95.

Entre 2017 e 2019, também houve redução dos valores per capita reais aplicados em saúde. A preços de 2019 (IPCA médio), o orçamento executado passou de R\$ 594 para R\$ 582. Se, em 2020, o orçamento disponível para o setor fosse aquele aprovado inicialmente pelo Congresso Nacional, o valor seria de R\$ 575.

Evidencia-se a maneira como a EC 95 afeta o orçamento. Como a dinâmica de algumas despesas é de crescimento real (inclusive de forma vegetativa), outros gastos serão reajustados abaixo da inflação ou sofrerão redução nominal. Não por outra razão, as despesas discricionárias estão em um patamar que pode ensejar o *shutdown* da máquina pública, com suspensão de serviços prestados.

Nesse contexto, o Poder Executivo tem encaminhado a proposta orçamentária de saúde com os valores mínimos nos últimos exercícios, e o Congresso acresce valores, mas, diante da falta de espaço fiscal, não o faz de modo a assegurar pelo menos o piso anterior (que seria, desde 2018, 15% da RCL do exercício, conforme liminar do Ministro Lewandowski na ADI 5595).

A combinação do teto de gasto e da meta de resultado primário torna o regime fiscal ainda mais restritivo. Diante da frustração de receitas e dada a meta estabelecida, o contingenciamento de despesas implica um orçamento disponível abaixo dos valores do teto. Por outro lado, como o teto não dispõe de cláusula de escape relativa à arrecadação, um aumento da receita não permite ampliação da despesa.

Como cerca de 60% do orçamento de ações e serviços públicos de saúde é executado de forma descentralizada, a rigidez do regime fiscal traz prejuízos aos entes subnacionais. Diante da falta de instrumentos para expandir gastos em momentos de estagnação ou baixo crescimento da economia, estados e municípios ampliam sua dependência das transferências federais para cofinanciar as ações de saúde.

No entanto, sob a vigência do teto, o orçamento de saúde vem sendo reduzido como proporção da RCL ou em termos reais per capita, manifestando um desequilíbrio entre princípios do SUS e capacidade de financiamento de suas ações. O SUS padece de subfinanciamento crônico.

O gasto público de saúde no Brasil é de cerca de 4% do PIB, metade do que investe o sistema de saúde inglês, por exemplo. Mesmo um país como a Itália, com forte ajuste fiscal e cuja dívida deve ultrapassar 150% do PIB, tem gasto público de 6,5% do PIB em saúde.

Entre 2000 e 2018, a União reduziu sua participação nos gastos públicos de saúde de 58% para 43%, uma vez que os valores aplicados por estados e, principalmente, municípios cresceram mais que os gastos federais. Com o NRF, o quadro do financiamento tende a se tornar ainda mais restritivo, sobretudo diante de fatores estruturais que pressionam o sistema como a transição epidemiológica e demográfica e a incorporação tecnológica.

Com o aumento da demanda por serviços de saúde em função da pandemia do novo coronavírus, o desequilíbrio federativo no SUS se escancarou: de um lado, as dificuldades dos entes subnacionais em financiar o enfrentamento ao vírus e a seus efeitos econômicos e sociais, em razão do arcabouço fiscal vigente e da queda de arrecadação; de outro, a União dispõe de instrumentos para ampliar os gastos (especialmente a capacidade de Estados nacionais emitirem títulos da dívida na sua moeda), mas o regime fiscal inviabiliza o aumento das despesas.

É dentro desse quadro que o Congresso Nacional criou um regime fiscal extraordinário, evidenciando que, com o arcabouço fiscal vigente, não haveria financiamento do enfrentamento da pandemia.

3.2 OS GASTOS EXTRAORDINÁRIOS DA PANDEMIA

Em março de 2020, o Congresso Nacional reconheceu o estado de calamidade pública. Com isso, o governo federal ficou dispensado de cumprir a meta de resultado primário em 2020.

Também foi promulgada a EC nº 106, criando um regime extraordinário fiscal, que afastou dispositivos das leis de responsabilidade fiscal e diretrizes orçamentárias e suspendeu a regra de ouro. Além disso, com a decretação do estado de calamidade, as despesas adicionais foram autorizadas por meio de créditos extraordinários, não contabilizados no teto de gasto.

Na prática, o arcabouço fiscal foi flexibilizado, viabilizando uma expansão de despesas, desde que temporárias e vinculadas ao enfrentamento da pandemia. Até o início de outubro, o orçamento da COVID-19 estava em torno de R\$ 600 bilhões. A combinação de ampliação de despesas e queda de arrecadação em função da crise levou à previsão, em agosto, segundo dados do Tesouro, de *deficit* primário do governo central de R\$ 871 bilhões em 2020, equivalente a 12% do PIB.

Os gastos extraordinários foram financiados por meio do uso dos saldos financeiros da Conta Única do Tesouro e, principalmente, da emissão de dívida. A expansão de despesas funcionou como uma espécie de efeito demonstração de que a restrição ao financiamento das políticas públicas não tinha origem na falta de recursos, mas nos limites artificiais à ação estatal, impostos pelas regras de gasto.

Como parte substantiva da dívida brasileira é denominada em moeda nacional, não há, por definição, risco de *default*. Ademais, diante dos juros baixos, internos e externos, e da desvalorização cambial, ampliando os ativos do setor público em reais (reservas), a trajetória da dívida líquida brasileira é sustentável, mesmo com as incertezas típicas de crises.

Abriu-se uma janela de oportunidades para o Brasil ampliar dívida a custo baixo e financiar o enfrentamento da pandemia. Entre as principais despesas, constam o auxílio emergencial, o auxílio aos estados e municípios, os recursos para manutenção dos empregos, a linha de crédito para micro e pequenas empresas e os recursos para a saúde.

Na saúde, até o mês de setembro, foram alocados R\$ 43,7 bilhões na ação de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus, tendo sido pagos R\$ 32,7 bilhões. Parcela dos recursos teve como origem o remanejamento dentro do próprio orçamento da saúde, mas a maior parte constituiu recursos novos, financiados por dívida.

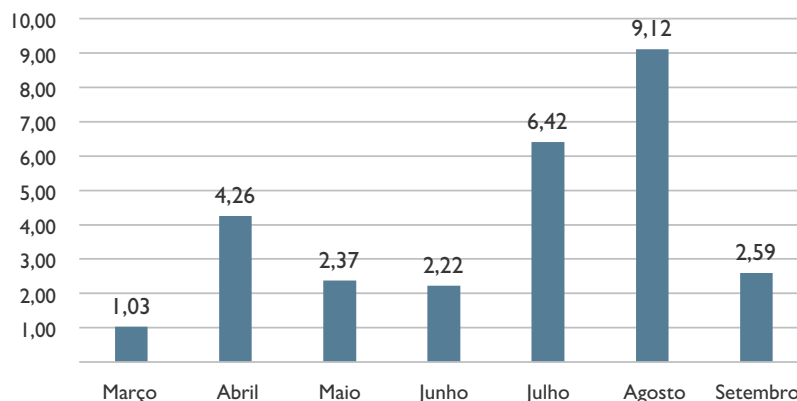
Do total autorizado, R\$ 32,4 bilhões são destinados a estados e municípios (74%) e R\$ 10,5 bilhões são relativos a aplicações diretas do Ministério da Saúde (24%). Um aspecto a salientar é o ritmo de execução dos valores previstos.

As aplicações diretas são voltadas a compras centralizadas de produtos de saúde, para distribuição à rede, como testes e respiradores, e desenvolvimento de vacina. Até setembro, apenas R\$ 4,2 bilhões haviam sido pagos (40% do orçamento disponível). Entre outros fatores, a baixa execução é explicada pela dificuldade de aquisições em meio ao aumento da demanda em todo o mundo, desvalorização cambial e baixa oferta interna, implicando aumento de preços dos insumos. Estados e municípios também tiveram dificuldades em suas aquisições, por exemplo, em relação a medicamentos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O desabastecimento desses insumos foi relatado pelo menos desde maio, o que suscitou o debate sobre o papel do Ministério da Saúde em apoiar emergencialmente os entes em tais compras. Uma providência adotada foi a possibilidade de adesão pelos entes subnacionais a atas de registro de preços federais, o que se deu apenas a partir de julho. Tal iniciativa pode moderar preços de aquisição no atual contexto.

Em relação às transferências a estados e municípios, até o mês de setembro, foram pagos cerca de R\$ 28 bilhões, 87% dos valores autorizados. Contudo, novamente há uma questão temporal relevante. Até meados de julho, quando o país já contabilizava quase 2 milhões de casos e 75 mil óbitos associados à COVID-19, metade do orçamento autorizado para transferência de saúde aos entes com vistas ao enfrentamento da pandemia ainda não havia sido paga.

O **Gráfico 1** a seguir mostra redução nos valores transferidos entre abril e maio/junho, ainda que com a inflexão da curva de casos e óbitos nesses meses.

GRÁFICO I. Transferências de saúde aos entes – COVID-19 (R\$ bilhões)

Elaboração própria. Fonte: SigaBrasil. Consulta em 2020 out 03.

O dado novamente remete à questão federativa. Foi visto que estados e municípios não dispõem dos instrumentos para financiar ações anticíclicas ou de resposta à pandemia, sobretudo em um contexto em que já são responsáveis por quase 60% dos gastos de saúde. A suspensão das regras fiscais viabilizou a ampliação dos repasses federais aos entes, cujas redes de saúde ficaram ainda mais pressionadas com o aumento da demanda em função da pandemia.

No entanto, o desequilíbrio federativo ainda se expressa sob a forma de adequação temporal do apoio federal, seja em termos de repasses, seja por meio de compras centralizadas e apoio à aquisição de insumos, relativamente à responsabilidade dos entes subnacionais sobre a gestão de suas redes.

O exposto até aqui sugere a relevância de definições mais precisas em relação à responsabilidade dos entes em emergências de saúde pública, especialmente o papel de coordenação do SUS em momentos de maior demanda por serviços, elevação de preços e baixa disponibilidade de leitos e insumos. Há necessidade, inclusive, de maior segurança jurídica para a aquisição de insumos diante das restrições de oferta e aumento da procura, buscando-se um funcionamento mais eficiente e eficaz da rede e mitigando riscos de desabastecimento e judicialização.

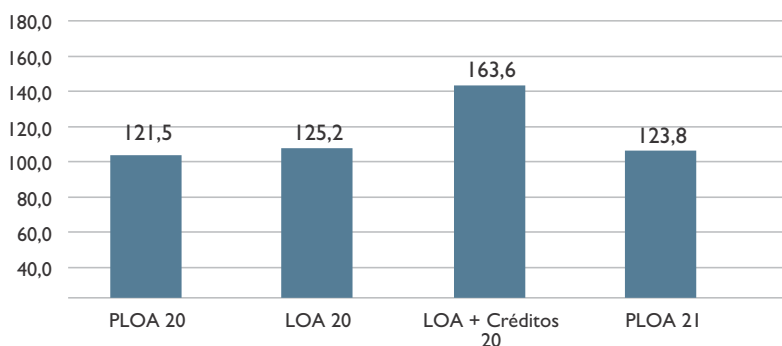
Enfim, ainda que com uma série de restrições, as respostas emergenciais ampliaram a capacidade de resposta do SUS à pandemia. Todavia, tais respostas foram pensadas como exceções ao regime fiscal, na vigência do estado de calamidade. A retomada das regras de gastos para 2021, especialmente, o teto de gasto, voltará a impactar o financiamento da saúde, num momento em que haverá forte pressão sobre o setor.

3.3 A RETOMADA DAS REGRAS DE GASTO

A âncora fiscal do orçamento federal de 2021 é o teto de gasto. Na prática, não haverá meta de resultado primário, pois ela não terá piso (será a diferença entre arrecadação e a despesa, limitada pelo teto). Há uma insuficiência de R\$ 453,7 bilhões para cumprir a regra de ouro, de modo que o Congresso decidirá se aprova projeto de lei autorizando o Executivo a se endividar nesse montante para financiar despesas correntes como pagamento de bolsas, benefícios previdenciários e pessoal.

A restrição efetiva virá da EC 95, já que a despesa prevista na proposta orçamentária já está programada no teto, não havendo espaço para ampliar gastos. O **Gráfico 2** ilustra o impacto da EC 95 sobre a saúde.

GRÁFICO 2. Orçamento de ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões)



Elaboração própria. Não considera royalties e reposição de RAP. Fonte: Siop. Consulta em 2020 out 03.

O Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2020 (Ploa 2020) foi encaminhado ao Congresso com despesas próximas ao piso congelado pela EC 95. Dado o teto, o acréscimo de recursos do SUS pelo Congresso Nacional sequer leva ao montante suficiente para alcançar o mínimo obrigatório que vigeria não fosse o congelamento (15% da RCL estimada na LOA).

Com a suspensão das regras fiscais, houve ampliação em R\$ 38,4 bilhões do orçamento do SUS (diferença entre dotação inicial da LOA e valores acrescidos pelos créditos extraordinários). Diante da retomada do teto de gasto em 2021, a proposta orçamentária da saúde foi elaborada no piso congelado pela EC 95, com dotação de R\$ 123,8 bilhões, quase R\$ 40 bilhões abaixo dos valores autorizados em 2020.

No valor de R\$ 123,8 bilhões, já há previsão de R\$ 7,3 bilhões de emendas impositivas, tanto individuais quanto de bancada. Neste último caso, não há valores mínimos obrigatórios a aplicar em saúde, mas ainda assim o Poder Executivo previu R\$ 2,5 bilhões dentro do orçamento da área.

O ajuste das despesas à EC 95 alcança o SUS num momento em que há demandas crescentes por serviços de saúde. Em razão da pandemia, milhões de consultas, transplantes, exames e cirurgias foram adiados, com impactos sobre o sistema em 2021. O elevado desemprego e perda de renda em função da crise também impactarão o SUS. Cerca de 4 milhões de pessoas perderam acesso à saúde suplementar entre 2014 e junho de 2020.

O corte de despesas em 2021 afeta a ação de Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. O Ploa traz a dotação de R\$ 51,6 bilhões para 2021, crescimento nominal de 2,8% em relação a 2020. A reposição dos valores de 2017 para a ação (pré-congelamento do piso), considerando o IPCA de saúde acumulado até 2020, de 37%, mais o crescimento da população (de 0,8% ao ano), exigiria uma dotação de R\$ 66 bilhões, quase R\$ 15 bilhões a mais do que o proposto. Esses valores poderiam financiar, em particular, serviços estaduais e municipais em funcionamento e não habilitados pelo Ministério da Saúde.

Outro ponto é que, durante a pandemia, ficou evidenciada a baixa oferta de leitos públicos. Enquanto 75% da população dependem exclusivamente do SUS, os leitos de UTI da rede pública representam menos da metade dos leitos disponíveis. O SUS tem pouco mais de um leito de UTI por 10 mil habitantes, enquanto a relação na rede privada é de cerca de 5 leitos. Ainda assim, não há previsão de recursos federais para manter 20 mil leitos utilizados durante a pandemia por estados e municípios, dos quais 12 mil contaram com recursos federais.

Também há risco de perda de recursos pelos entes em razão do novo modelo da atenção básica. O orçamento de 2021 não traz rubricas para transição a este modelo (em 2020, havia R\$ 2,47 bilhões com esta finalidade).

É necessário fazer referência ao impacto da desvalorização cambial sobre o Programa Nacional de Imunizações e o componente especializado da assistência farmacêutica. Somados, os programas passaram de R\$ 11,3 bilhões (2020) para R\$ 12,4 bilhões (2021). Enquanto o Ploa 2020 foi elaborado com o parâmetro do câmbio a R\$ 3,79/US\$; para 2021 o câmbio médio é de 5,11, de modo que a expansão nominal de R\$ 1,1 bilhão pode ser insuficiente para repor o poder de compra do orçamento. Ademais, a ampliação de recursos nas duas áreas abriria espaço orçamentário para incorporação de tecnologias de saúde.

Por fim, a pandemia demonstrou a relevância da base produtiva e tecnológica do SUS para assegurar o direito à saúde. Diante da dependência externa, houve fortes restrições para oferta de medicamentos de UTI e equipamentos. Maiores investimentos no complexo econômico-industrial de saúde (Ceis) alterariam a estrutura produtiva e tecnológica do país, reduzindo o *deficit* da balança comercial e viabilizando o acesso a produtos estratégicos de saúde⁽³⁾.

No entanto, a proposta orçamentária não traz investimentos adicionais no Ceis, abdicando de um instrumento capaz de criar condições para a realização do direito à saúde, reduzir custos e gerar emprego e renda, fomentando saídas à crise econômica em um setor que representa quase 10% do PIB.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo procurou mostrar os efeitos do arcabouço fiscal brasileiro sobre o SUS e as restrições impostas a estados e municípios para financiamento de ações de saúde, sobretudo em condições econômicas adversas, ampliando-se sua dependência ante o governo federal.

Por seu turno, as regras de gasto criam obstáculos à ampliação das despesas federais de saúde, agravando o quadro de financiamento do SUS. Diante da institucionalidade vigente, houve suspensão das regras de gasto durante o estado de calamidade, viabilizando ampliação das despesas para enfrentamento da COVID-19.

No entanto, com a retomada das regras fiscais em 2021, o SUS voltará a sofrer os efeitos da EC 95, mesmo que num contexto de pressões estruturais e conjunturais por maiores gastos. Diante de tais restrições, há discussões sobre a extensão do estado de calamidade para 2021. Também se debate no Congresso a utilização de saldos dos fundos de saúde (indicando algum grau de inexecução dos repasses de 2020) para financiar serviços no próximo exercício.

Ainda que seja relevante o debate sobre soluções episódicas, mostra-se fundamental fomentar uma agenda de revisão estrutural do arcabouço fiscal no Brasil, permitindo o realinhamento entre regime fiscal e o financiamento do SUS, num contexto de desequilíbrios federativos e maior demanda por serviços de saúde.

Tal agenda aproximaria o Brasil do resto do mundo, na medida em que diversos países contam com regras fiscais mais modernas e flexíveis, que não preveem congelamento de despesas⁽⁴⁾ ou expurgam o efeito do ciclo econômico sobre os indicadores fiscais⁽⁵⁾, evitando redução abrupta de despesas em momentos de crise, quando elas são ainda mais relevantes para a proteção social.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho L. Curto-circuito: o vírus e a volta do Estado. São Paulo: Todavia; 2020.
2. Dweck E, et al. Por que estados e municípios precisam de auxílio em meio à pandemia da COVID-19? Rio de Janeiro: IE/UFRJ; 2020.
3. Gadelha CA, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1891-1902.
4. Cordes T, et al. Expenditure rules: effective tools for sound fiscal policy? Washington DC: International Monetary Fund; 2015. (Working Paper, 15/29).
5. Gobetti SW. Regras fiscais no Brasil e na Europa: um estudo comparativo e propositivo. Brasília: Ipea; 2014.

LEGISLAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: LEIS E ATOS ADMINISTRATIVOS

Fernanda Vargas Terrazas¹

RESUMO: O presente artigo traça um perfil da produção normativa editada no âmbito da União, incluindo a legislação federal e os atos administrativos, publicados entre fevereiro e setembro de 2020 e que tratam das ações do poder público no enfrentamento da COVID-19, com enfoque nas ações de caráter sanitário e da gestão do Sistema Único de Saúde. As normas foram analisadas em seu aspecto quantitativo e qualitativo com a finalidade de observar padrões e os focos das ações de enfrentamento. Em síntese, verificou-se que, durante esse período excepcional, foi intensa a produção normativa para dar conta das inúmeras questões sanitárias, além das econômicas e sociais, trazidas pela emergência em saúde pública decorrente da pandemia de COVID-19. Foram intensas também as disputas entre poder central e poderes locais, entre poder executivo e legislativo federal, além da intensa judicialização, inclusive no Supremo Tribunal Federal, das normas produzidas no período. Além disso, nota-se que as questões relacionadas com a produção normativa no período analisado seguem um padrão semelhante aos períodos de normalidade, com o mesmo perfil de problemas, que se tornaram ainda mais evidentes neste momento em razão da sua concentração em um tempo mais curto e no qual a saúde está no centro das preocupações do país.

PALAVRAS-CHAVE: Legislação. Produção Normativa. SUS. Pandemia. COVID-19.

¹ Advogada. Graduada em Direito pela Universidade de São Paulo (2004), Mestre em Direito do Estado pela Universidade de São Paulo (2008). Especialista em Economia da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2014). Assessora Jurídica no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). <http://lattes.cnpq.br/1484027815660316>. fterrazas@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI)⁽¹⁾. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, sendo que, até 2 de outubro de 2020, já haviam sido confirmados no mundo 34.161.721 casos de COVID-19 e 1.016.986 mortes⁽²⁾.

No Brasil, em 30 de janeiro de 2020, foram promulgados os Decretos nº 10.211 e nº 10.212, que, respectivamente, dispunham sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) e sobre o RSI, acordado na 58ª Assembleia Geral da OMS, em 23 de maio de 2005.

Compete esclarecer que o GEI-ESPII, que já havia sido criado anteriormente, tem o papel de propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento das emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional; elaborar relatórios de situações de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional e encaminhar aos Ministros de Estado dos órgãos representados. Além disso, o Congresso Nacional já havia aprovado o RSI, acordado na 58ª Assembleia Geral da OMS, em 23 de maio de 2005, por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009. O RSI tem o propósito de prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde

pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais, sendo seus princípios o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), por meio da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

A situação de emergência em saúde pública fez com que o Presidente da República sancionasse a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020⁽³⁾, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

A confirmação oficial do primeiro caso de COVID-19 no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro⁽⁵⁾. Em 20 de março, foi promulgado pelo Congresso Nacional o Decreto Legislativo nº 6, que reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública, com efeitos até 31 de dezembro de 2020.

Desde o início da pandemia no país até o encerramento deste artigo, foi editada uma miríade de normas, entre leis, medidas provisórias, decretos e normativos infralegais, com o intuito de lidar com a questão sob os mais diferentes prismas envolvidos no enfrentamento de uma pandemia por um país como o Brasil.

Segundo o Boletim nº 6 - Direitos na Pandemia⁽⁴⁾, o qual vem analisando a produção normativa brasileira de resposta à pandemia, entre 1º de janeiro e 15 de setembro de 2020, foram editadas, no âmbito da União, 2.259 normas relativas à COVID-19. O levantamento acima mencionado possui um escopo muito mais amplo do que o presente artigo, pois contempla todas as normas publicadas pela União relacionadas com a COVID-19 em sua atuação diante não só dos seus impactos sanitários, mas também dos impactos econômicos, sociais, entre outros. Isso abrange, entre outras coisas, os seguintes campos de intervenção:

(i) relativos à mitigação de impactos na economia, tais como apoio à diversos setores, alteração da legislação trabalhista, apoio na manutenção de empregos; (ii) alteração de alíquotas de impostos incidentes sobre produtos de saúde essenciais ao enfrentamento da pandemia e proibição de exportação de produtos da mesma natureza; (iii) medidas de caráter social, como o auxílio emergencial ofertado à população de baixa renda, apoio a populações mais vulneráveis como a população em situação de rua e moradores de instituições de longa permanência; (iv) regulamentação de diversos aspectos relacionados com a educação, tais como regras para o ensino a distância, alteração no calendário letivo etc.; (v) regulamentação do exercício profissional, sobretudo das profissões de saúde, que tiveram seu exercício bastante modificado em razão das medidas de distanciamento social tomadas⁽⁴⁾.

Segundo o mesmo Boletim, em seu número 2, foram editadas, no âmbito da União, entre janeiro e junho de 2020, 1.536 normas relacionadas com a COVID-19, sendo que os órgãos

que mais editaram normas nesse período foram: (i) Ministério da Economia, com 317 normas; (ii) Conselhos profissionais, com 308 normas; (iii) Ministério da Saúde, com 243 normas; (iv) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com 161 normas; (v) Presidência da República, com 108 normas; (vi) Ministério da Infraestrutura, 71 normas; (vii) Ministério da Cidadania, 51 normas; e (viii) Ministério da Educação, com 49 normas. Os autores apontam que mais de uma a cada cinco normas referentes à COVID-19 foi emitida pelo Ministério da Economia, o que poderia ser um indicativo do protagonismo da pasta entre os atores governamentais, mas também poderia indicar uma ênfase dada ao governo nas medidas de caráter econômico no enfrentamento da pandemia ⁽⁵⁾.

Traçado um panorama geral e conforme será detalhado mais adiante no item relativo aos métodos utilizados, o presente artigo abordará a legislação produzida no âmbito federal para o enfrentamento da COVID-19 no âmbito sanitário, abrangendo normativas infraconstitucionais e infralegais (atos administrativos) voltados para o SUS e para a gestão do sistema, com destaque para as normas de mais impacto para ambos, as quais serão analisadas em uma perspectiva crítica.

Além disso, serão feitos cotejos com as discussões sobre a legislação do período travadas no Supremo Tribunal Federal (STF), considerando a intensidade com que o tribunal foi acionado para dirimir conflitos envolvendo as normas produzidas para o enfrentamento da pandemia e o protagonismo da corte suprema na definição de consensos mínimos – sem aqui se fazer nenhum juízo de valor sobre se foram acertados ou não – sobre questões jurídicas difíceis que vieram à tona com frequência nesse momento de emergência em saúde pública ⁽⁶⁾.

2. MÉTODOS

O artigo é baseado em pesquisa documental que resultou na elaboração de um banco de normas que foram analisadas nos aspectos quantitativo e qualitativo, este último no tocante aos impactos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua gestão.

O trabalho limitou-se a normas produzidas no âmbito da União, não fazendo parte do seu escopo, portanto, normativos produzidos por estados, Distrito Federal e municípios, não obstante a importância dessas normas para a compreensão mais completa do cenário normativo da pandemia.

Em relação aos tipos de normas coletadas e analisadas, foi coletada a quase totalidade das normas produzidas no período, compreendendo: Emendas Constitucionais (EC), Leis Complementares (LC), Leis Ordinárias (LO), Medidas Provisórias (MP), Decretos Presidenciais (DP).

No tocante aos atos administrativos, a pesquisa restringiu-se aos atos emitidos pelo Ministério da Saúde e Anvisa, de caráter normativo, abarcando as Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e, por uma questão de recorte, as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa.

Explicita-se que a pesquisa dos atos administrativos do Ministério da Saúde e da Anvisa restringiu-se àquelas publicadas na Seção 1 do Diário Oficial da União, considerando que é nessa seção que são publicados os atos normativos. Na Seção 2, são publicados os atos de pessoal, e na Seção 3, os contratos, editais e avisos, que, como explicitado no item referente ao método, não fazem parte do escopo deste trabalho. É importante destacar que não foram analisados os atos administrativos referentes a assuntos internos do Ministério da Saúde e da Anvisa, tais como os atos relativos a licitações e contratos, pessoal, entre outros.

Em relação especialmente à Anvisa, optou-se pela seleção apenas das normas produzidas pela Diretoria Colegiada, por se entender que o conteúdo desses atos é mais afeito à análise pretendida no presente artigo.

O recorte temporal utilizado foi a data inicial de 3 de fevereiro de 2020, dia em que o Brasil declarou Espin em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus, por meio da Portaria GM/MS nº 188/20, sendo estabelecida, como data final para a coleta, o dia 3 de setembro de 2020, a fim de que fosse possível a análise das normativas em tempo oportuno considerando o prazo previsto para a entrega do artigo. Desse modo, foram analisados sete meses de produção normativa no âmbito da União, estando de fora certamente normas importantes que foram publicadas após o encerramento da coleta.

As normas analisadas foram buscadas no Diário Oficial da União a partir dos seguintes termos de busca: *COVID, COVID-19, coronavírus, pandemia, emergência em saúde pública e calamidade pública*. Serviram como referência para análise de toda a legislação publicada no período – não incluídos aqui os atos administrativos –, independentemente de o tema tratado ser relativo ao objeto de pesquisa ou não, os dados coletados no site da Presidência da República, na seção “Legislação Federal”⁽⁷⁻¹¹⁾.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 LEIS E DECRETOS

Durante o período analisado, foram publicados, no âmbito da União, sobre os mais diversos temas, tratando do enfrentamento da pandemia ou não, 3 EC, 4 LC, 72 LO, 80 MP e 262 DP, totalizando 421 atos normativos. Esse número considera todos os atos normativos publicados, ainda que eventualmente possam ter sido revogados posteriormente ou, no caso das MP, tenham tido sua vigência encerrada, ou tenham sido convertidas em lei ou, no caso das LO, sejam oriundas da conversão em lei de uma MP.

No tocante às normas relativas ao enfrentamento da pandemia publicadas no mesmo período, a análise dos dados apontou a existência de 2 EC, 2 LC, 36 LO, 59 MP e 36 DP, totalizando 135 atos normativos.

O presente artigo adotou como conceito de norma relacionada com o enfrentamento da pandemia todas aquelas que, de forma mais abrangente ou pontual, tratavam de aspectos sanitários, sociais, econômicos, entre outros adotados como resposta à situação de emergência em saúde pública instalada no país. Isso abrange desde a Lei nº 13.979/20 e seus decretos regulamentadores, que são o marco legal do enfrentamento da COVID-19, a EC nº 107, que adiou as eleições municipais de outubro de 2020 e os respectivos prazos eleitorais, até MP que abriram créditos extraordinários para variados Ministérios com a finalidade de financiar ações de combate à COVID-19, passando por legislação tributária, alterações na legislação trabalhista visando à manutenção dos empregos e da renda e disciplina do teletrabalho, criação de benefícios assistenciais com destaque para o auxílio emergencial, enfrentamento à violência doméstica, entre outros.

Quando se analisa por tipo de ato normativo, a produção relativa ao enfrentamento corresponde a 66% das EC, 50% das LC, 50% das LO, mais de 73% das MP e cerca de 8% dos DP editados no período. No cômputo geral, 32% de todos os atos normativos abrangidos pela pesquisa, excetuados os atos administrativos que serão tratados à parte, eram referentes à temática do enfrentamento da COVID-19.

Assim, à exceção dos decretos, nota-se uma intensa produção legislativa com o propósito de dar respostas à pandemia, tanto por parte do Congresso Nacional quanto por parte do governo federal, este último responsável pela edição de elevado número de MP no período.

Ao se analisarem as normas diretamente relacionadas com os aspectos sanitários do enfrentamento da pandemia, sobretudo as relativas à gestão, organização e funcionamento do SUS, assim como aquelas que tratam da gestão pública de modo geral, mas que repercutem diretamente no sistema – tais como normas relativas a licitações e contratos, contratação de pessoal e responsabilidade fiscal –, foram encontrados os seguintes números referentes a esses temas: 1 EC, 2 LC, 14 LO, 20 MP e 11 DP, totalizando 48 normas editadas de 3 de fevereiro a 3 de setembro de 2020.

Dessa forma, de toda a legislação – excetuados atos administrativos – produzida no período para dar resposta à pandemia, um percentual de 35% diz respeito a aspectos sanitários e de gestão. A tabela abaixo sintetiza as informações descritas até o momento.

TABELA I – Distribuição das normas coletadas por tema*

Tema Tipo de Norma	Geral (¹)	Enfrentamen- to da Pande- mia (²)	Relacionadas com aspectos sanitá- rios e de gestão pública (³)	Percentual 2/1**	Percentual 3/1**	Percentual 3/2**
Emenda Constitu- cional	3	2	1	66%	33%	50%
Lei Complementar	4	2	2	50%	50%	100%
Lei Ordinária	72	36	14	50%	50%	39%
Medida Provisória	80	59	20	74%	25%	34%
Decreto Presidencial	262	35	11	13%	4%	31%
Total	421	135	48	32%	11%	35%
Total sem DP	159	100	37	62%	23%	37%

*Produzida pela própria autora. **Valores aproximados.

3.2 ATOS ADMINISTRATIVOS – PORTARIAS E RESOLUÇÕES

No que se refere aos atos administrativos de caráter normativo publicados no período de 3 de fevereiro a 3 de setembro de 2020, a busca pelas normas se restringiu àquelas que, em razão da autoridade emitente, já estão adstritas aos aspectos sanitários do enfrentamento da pandemia.

Desse modo, foram coletadas para compor o banco de dados apenas as portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e as RDC da Anvisa. Não compõem a base atos administrativos editados por quaisquer outros ministérios do governo federal.

Com relação à Anvisa, foram excluídas as resoluções das demais diretorias, assim como outros atos administrativos de âmbito interno do órgão, por se entender que as RDC são o principal instrumento de veiculação de normas gerais e abstratas por parte da agência⁽¹²⁾.

Assim, durante o período mencionado, o Ministério da Saúde publicou 356 portarias relativas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 – cujo resultado da busca feita na Seção 1 do Diário Oficial da União com os seguintes termos: ‘Covid’, ‘Covid-19’, ‘coronavírus’, ‘pandemia’, ‘emergência em saúde pública’ e ‘calamidade pública’ – sendo 344 portarias emitidas pelo Gabinete do Ministro (GM), 5 portarias pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), 3 portarias pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e 4 portarias pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). A Anvisa editou, no mesmo período, 43 RDC.

Desse modo, a partir dos recortes estabelecidos, foram coletados 399 atos administrativos normativos relativos ao enfrentamento da pandemia editados pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa. Todas essas normas foram analisadas, mas, para permitir uma análise qualitativa mais apurada, elas foram divididas em dois grupos: (i) atos normativos de efeito concreto, que são

aqueles que disciplinam situações concretas e são desprovidos de generalidade e abstração; (ii) atos normativos *stricto sensu*, que são aqueles dotados de generalidade, abstração e impessoalidade⁽¹³⁾. São exemplos de portarias de efeitos concretos, as mais comuns também durante o período da pandemia, aquelas que habilitam serviços de saúde específicos (leitos de UTI, por exemplo) ou prestadores de serviços específicos, aquelas que determinam valores financeiros a serem repassados para entes federados específicos e nominados, aquelas que atualizam a Tabela de Procedimentos do SUS, entre outras.

A partir dessa perspectiva, após análise dos 399 atos administrativos normativos editados no período, chegou-se a um quantitativo de 43 portarias normativas do Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾ entre as 356 editadas, e de 43 RDC entre as 43 editadas, totalizando 86 atos normativos *stricto sensu* relacionados ao enfrentamento da pandemia a serem objeto de análise qualitativa.

3.3 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS PELAS NORMAS RELATIVAS AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PRODUZIDAS NO PERÍODO

As normas analisadas podem ser divididas por grupo de temas a que se referem. São eles: (i) medidas sanitárias, de gestão e de intervenção no domínio econômico e setor privado para o enfrentamento da pandemia; (ii) destinação de recursos financeiros para o enfrentamento da COVID-19 e regras para utilização dos recursos; (iii) regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações; (iv) ampliação da oferta de ações e serviços de saúde; e (v) prestadores privados de serviços de saúde ao SUS.

Importa explicar que dizem respeito ao item (iii) a EC nº 106 de 2020, a LC nº 173, de 2020, a Lei nº 13.979/20 nos dispositivos que abordam regras relativas a licitações e contratos específicas para o período da pandemia e as MP nºs 926, 951 e 961, convertidas a primeira MP e a última, respectivamente, nas Leis 14.035/20 e 14.065/20. Sobre o item (iv), destaca-se que 13 das 43 portarias normativas do Ministério da Saúde foram publicadas no período (30%). São elas: as Portarias MS/GM nºs 414, 561, 568, 1444, 1445, 1514, 1521, 1802, 1859, 1862, 1863, 2217 e 2222 de 2020. Em apertada síntese, essas portarias trataram, entre outros, da habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico e de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19; da utilização de leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de UTI e leitos de enfermaria de hospitais de referência ao COVID-19; dos critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar – Hospital De Campanha – voltadas para os atendimentos aos pacientes com COVID-19; e da instituição dos Centros Comunitários de Referência para enfrentamento da COVID-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Por fim, sobre o item (v), foram publicadas duas LO no período, as Leis nº 13.992 e nº 13.995, de 2020, sendo que a primeira foi alterada após a data final da coleta de dados pela Lei nº 14.061/20 que, por esse motivo, não consta na base de dados. A Lei nº 13.992/20, depois alterada pela Lei

nº 14.061/20, tratou da suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito SUS. Já a Lei nº 13.995/20 dispôs sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às santas casas e hospitais filantrópicos, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do SUS, no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no combate à pandemia da COVID-19. Ainda sobre a temática “prestadores privados de serviços de saúde ao SUS”, também foram editadas duas portarias normativas pelo Ministério da Saúde, as Portarias MS/GM nº 1.393 e nº 1.448/20, que tratam também do auxílio financeiro emergencial para as santas casas e hospitais filantrópicos. O Ministério da Saúde também editou portarias sobre a suspensão das metas dos contratos, as Portarias MS/GM nº 662 e nº 1.124, de 2020, mas estas não compõem a base de dados objeto de análise neste artigo por não conterem nenhum dos termos utilizados para a busca no Diário Oficial da União.

Considerando a limitação de tamanho imposta ao presente artigo, passa-se a comentar de forma mais detalhada as normas referentes aos dois primeiros grupos de normas a seguir.

3.3.1 MEDIDAS SANITÁRIAS, DE GESTÃO E DE INTERVENÇÃO NO DOMÍNIO ECONÔMICO, NO SETOR PRIVADO E NAS LIBERDADES INDIVIDUAIS PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Neste grupo, estão 2 das 20 MP (10%), 9 das 14 LO (64%) e todos os 11 DP (100%) sobre a temática pandemia editadas no período. Elas tratam da abertura de medidas a serem tomadas pelo poder público no combate à COVID-19, proibição de exportação de produtos que sejam de interesse para o enfrentamento da pandemia, definição de quais são os serviços públicos e atividades essenciais, regras relativas ao uso da telemedicina, medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas e medidas de proteção aos indígenas, aos quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais, entre outros.

3.3.2 LEI 13.979/20

A Lei nº 13.979/20 (3) é o marco legal no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Publicada em 6 de fevereiro, ela – e suas alterações posteriores por meio de lei e medidas provisórias (Leis nºs 14.006, 14.019, 14.023, 14.028, 14.035, de 2020; e as MP nºs 926, 927, 928 e 954, de 2020) –, bem como os decretos regulamentadores, normatizam a maioria das medidas de caráter sanitário adotadas no período. Ao referir o Decreto nº 10.282, seus alteradores Decretos nºs 10.292, 10.329, 10.342 e 10.344; bem como o Decreto nº 10.288, de 2020, destaca-se que todos tratam da inclusão ou exclusão de atividades do rol de serviços públicos e atividades definidos como essenciais. Sobre esse ponto, é importante destacar que o STF, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341, decidiu que, preservada a atribuição de cada esfera

de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais, restando reconhecida a competência concorrente dos demais entes federados para legislar sobre o tema também.

Além disso, uma segunda parte da lei – regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento da pandemia – trata das regras excepcionais referentes à licitação para aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional relativa à pandemia.

As medidas estabelecidas nessa lei objetivam a proteção da coletividade – o que tem como consequência a limitação de direitos e liberdades individuais – e passam pela definição dos conceitos de isolamento (segundo art. 2º, II, isolamento consiste na separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus) e quarentena (segundo art. 2º, III, quarentena consiste na restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus) e preveem que, para enfrentamento da pandemia, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas: (i) isolamento; (ii) quarentena; (iii) determinação de realização compulsória de: a) exames médicos; b) testes laboratoriais; c) coleta de amostras clínicas; d) vacinação e outras medidas profiláticas⁽²⁴⁾; e) tratamentos médicos específicos; (iv) uso obrigatório de máscaras de proteção individual; (v) estudo ou investigação epidemiológica; (vi) exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; (vii) restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos, de: a) entrada e saída do País; e b) locomoção interestadual e intermunicipal; (viii) requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e (ix) autorização excepcional e temporária para a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa considerados essenciais para auxiliar no combate à pandemia do novo coronavírus, desde que registrados por pelo menos uma das autoridades sanitárias estrangeiras que menciona e desde que autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países⁽¹⁴⁾, cuja autorização deverá ser concedida pela Anvisa em até 72 horas após a submissão do pedido à Agência, dispensada a autorização de qualquer outro órgão da administração pública direta ou indireta para os produtos que especifica, sendo concedida automaticamente caso esgotado o prazo sem manifestação.

Sobre a temática da vacinação compulsória, tramitam no STF no momento da redação deste artigo as ADI 6586 e 6587 que, respectivamente, solicitam a interpretação conforme a Constituição do art. 3º, III, d, Lei 13.979/2020, para que seja permitido aos estados, Distrito Federal e municípios a determinação da obrigatoriedade da vacinação e, de outra feita, arguiu a inconstitucionalidade do mesmo artigo para que seja declarada inconstitucional a vacinação

compulsória. Além das duas ADI, também foi proposta a ADPF 754 que trata da arguição de descumprimento de preceito fundamental com pedido de medida liminar em face de ato do Presidente da República que desautorizou a assinatura do Ministério da Saúde no protocolo de intenção de aquisição da vacina CoronaVac, desenvolvida pela farmacêutica chinesa Sinovac Biotech em parceria com o Instituto Butantan, de São Paulo, por afronta aos preceitos fundamentais constantes dos arts. 5º, 6º e 196 da Constituição Federal ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Acerca do instituto da requisição administrativa, indicado no item (viii), já existente há tempos no Direito Administrativo, possui respaldo na Constituição Federal (art. 5º, XXV) e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, art. 15, XIII), também foi questionado no STF na ADI 6362. O Tribunal decidiu que todas as requisições administrativas de bens e serviços realizadas por estados, municípios e Distrito Federal para o combate ao novo coronavírus não dependem de prévia análise nem de autorização do Ministério da Saúde, mas devem se fundamentar em evidências científicas e serem devidamente motivadas ⁽¹⁸⁾.

Destaque-se que essas medidas previstas na lei, por se tratarem de medidas restritivas de direitos, tais como o direito de ir e vir, direito de propriedade, dentre outros, somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas ⁽²⁸⁾ e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública, motivo pelo qual as restrições deverão guardar proporcionalidade com a finalidade que pretendem atingir ⁽²⁹⁻³¹⁾.

Além disso, a lei assegura às pessoas afetadas pelas medidas o direito de serem informadas permanentemente sobre o seu estado de saúde e a assistência à família; o direito de receberem tratamento gratuito; o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, conforme preconiza o RSI. Ressalva apenas que as pessoas que não se sujeitarem ao cumprimento das medidas previstas ou descumpri-las serão responsabilizadas, nos termos previstos em lei.

3.3.2.1 COMPETÊNCIAS PARA DISPOR SOBRE AS MEDIDAS PREVISTAS NA LEI

Especificamente no que diz respeito às medidas de isolamento e quarentena, segundo a lei, ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre as condições e os prazos a ela aplicáveis. No que concerne às medidas de restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos, de entrada e saída do país e de locomoção interestadual e intermunicipal, ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Infraestrutura disporá sobre elas, observada a necessidade de serem precedidas de recomendação técnica e fundamentada: (i) da Anvisa, em relação à entrada e saída do país e à locomoção interestadual; ou (ii) do respectivo órgão estadual de vigilância sanitária, em relação à locomoção intermunicipal ⁽⁴⁾.

O art. 3º, VI, da lei teve duas outras redações anteriores a essa acima mencionada, que, em linhas gerais, previam que a restrição excepcional e temporária de entrada e saída do país, bem como de locomoção interestadual e intermunicipal, por meio rodovias, portos ou aeroportos, deveria ocorrer conforme recomendação técnica e fundamentada da Anvisa. A questão também foi alvo de judicialização; e na ADI 6343, o STF excluiu estados e municípios da necessidade de autorização ou observância ao ente federal e conferiu interpretação conforme aos referidos dispositivos no sentido de que as medidas neles previstas devem ser precedidas de recomendação técnica e fundamentada, devendo ainda ser resguardada a locomoção dos produtos e serviços essenciais definidos por decreto da respectiva autoridade federativa, sempre respeitadas as definições no âmbito da competência constitucional de cada ente federativo⁽¹⁹⁾.

Em relação às demais medidas, definiu-se a competência do Ministério da Saúde para dispor sobre todas elas, exceto a medida de autorização excepcional de competência da Anvisa (inciso VIII), estabelecendo-se também a competência dos gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde, a disciplinar algumas das medidas restritivas, tais como o isolamento, quarentena, uso obrigatório de máscaras de proteção individual, bem como a competência dos gestores locais de saúde, sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde, para adoção de outro grupo de medidas, tais como o estudo ou investigação epidemiológica e a requisição de bens e serviços, sendo que, na ausência da adoção de medidas de competência dos gestores locais de saúde, ou até sua superveniência, prevalecerão as determinações exaradas pelos órgãos competentes do governo federal⁽¹⁹⁾.

A intensa alteração sofrida por esses trechos da Lei nº 13.979/20, por meio de MP, outras LO e em decorrência da ADI 6343, que suspendeu, parcialmente, sem redução de texto, o disposto no art. 3º §§ 6º e 7º, II, é reflexo da intensa disputa ocorrida entre os entes federados desde o início da pandemia sobre o papel de cada um nas ações de combate à COVID-19 e o que deve prevalecer no caso de determinações divergentes entre entes distintos. Isso reflete em um texto legal confuso, de difícil compreensão, além da necessidade frequente – se não diuturna – da intervenção do Poder Judiciário para dirimir tais disputas.

A decisão na ADI 6343 suspendeu, parcialmente, sem redução de texto, o disposto no art. 3º §§ 6º e 7º, II, a fim de excluir estados e municípios da necessidade de autorização ou observância ao ente federal; e ii) conferir interpretação conforme os referidos dispositivos no sentido de que as medidas neles previstas devem ser precedidas de recomendação técnica e fundamentada, devendo ainda ser resguardada a locomoção dos produtos e serviços essenciais definidos por decreto da respectiva autoridade federativa, sempre respeitadas as definições no âmbito da competência constitucional de cada ente federativo⁽³⁾.

3.3.2.2 OBRIGATORIEDADE DO USO DE MÁSCARA

A obrigatoriedade do uso de máscaras, artesanais ou industriais, também é matéria disciplinada pela Lei nº 13.979/20. Segundo a lei, é obrigatório manter boca e nariz cobertos por

máscara de proteção individual, conforme a legislação sanitária e na forma de regulamentação estabelecida pelo Poder Executivo federal, para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos coletivos, bem como em: (i) veículos de transporte remunerado privado individual de passageiros por aplicativo ou por meio de táxis; (ii) ônibus, aeronaves ou embarcações de uso coletivo fretados; (iii) estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, estabelecimentos de ensino e demais locais fechados em que haja reunião de pessoas⁽³⁾.

Nesse ponto, a lei também tratou, entre outras coisas, da possibilidade de imposição de multa pelo descumprimento da obrigação de usar máscara, multa essa a ser definida e regulamentada pelo ente federado competente, além da obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual nos estabelecimentos prisionais e nos estabelecimentos de cumprimento de medidas socioeducativas.

Essa temática, embora aparentemente simples, não obstante a dúvida sobre seu papel na prevenção do contágio pelo novo coronavírus no início da pandemia, também rendeu acirradas discussões entre os entes federados, entre poder executivo e legislativo federal, além de ter sido objeto de deliberação pelo STF⁽¹⁹⁾. O texto em vigor nesse momento é fruto de promulgação pelo legislativo de trechos da lei vetados pelo Presidente da República, assim como recomposição de trechos da lei por determinação do STF⁽²³⁾.

3.3.2.3 OUTROS PONTOS TRATADOS PELA LEI 13.979/20

Merecem destaque também outros pontos relativos ao enfrentamento da pandemia disciplinados pela Lei 13.979/20⁽³⁾. O referido diploma legal tratou da obrigatoriedade de os estabelecimentos em funcionamento durante a pandemia da COVID-19 fornecerem gratuitamente a seus funcionários e colaboradores máscaras de proteção individual; estabeleceu medidas a serem tomadas pelo poder público, empregadores e contratantes para preservar a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública mencionados expressamente na lei; fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) recomendados pela Anvisa a esses profissionais, assim como prioridade para fazer testes de diagnóstico da COVID-19; e atendimento preferencial em estabelecimentos de saúde aos profissionais de saúde e aos profissionais da segurança pública diagnosticados com a COVID-19.

3.3.3 PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E RESOLUÇÕES DA ANVISA

Das 43 portarias normativas editadas pelo Ministério da Saúde no período, 15 (35%) (PT MS/GM nºs 188, 356, 454, 467, 492, 580, 639, 758, 1565, 1792, 2181 e 2309, de 2020; e as PT MS/SESAI nºs 16, 36 e 55, de 2020) dizem respeito a medidas sanitárias, de gestão e de intervenção no domínio econômico, no setor privado e nas liberdades individuais para o enfrentamento da pandemia e dialogam com a legislação federal sobre o mesmo tema acima analisado.

De modo geral, elas tratam da declaração da Espin em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) e da declaração de transmissão comunitária do vírus em todo o território nacional; da regulamentação e operacionalização das medidas previstas na Lei nº 13.979/20, tais como isolamento, quarentena e requisição de bens; orientações gerais a serem observadas visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19 na retomada das atividades e convívio social; do registro obrigatório de internações hospitalares nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, em todo o território nacional, durante a Espin; do procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS; obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional; ações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; regulamentação das ações de Telemedicina, entre outros.

A respeito das resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa, é importante destacar sua singularidade e importância em uma situação de emergência em saúde pública de urgência internacional e de uma pandemia, por conta do papel eminentemente técnico e rol de competências bem específico da agência.

Conforme estabelece a Lei nº 9.782/99 que cria a Anvisa, a agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras, competindo-lhe ainda, entre outras inúmeras atribuições, a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Não há dúvida, desse modo, do papel relevantíssimo que coube à Anvisa no enfrentamento da pandemia de COVID-19, pois a maioria das ações necessárias para lidar com os mais diversos aspectos desse enfrentamento passam por regulamentações e ações promovidas pela agência. O escopo, todavia, deste artigo não permite explorar com a profundidade devida essa atuação que, além da publicação das RDC, deu-se pela emissão de uma série de Notas Técnicas, que não foram contabilizadas aqui por não terem caráter normativo, mas que veicularam informações e orientações técnicas de mais alta relevância para o enfrentamento da pandemia⁽¹²⁾.

Segundo os critérios de análise utilizados neste trabalho, entendeu-se que todas as 43 RDC publicadas no período se encaixam na temática “medidas sanitárias, de gestão e de intervenção no domínio econômico, no setor privado e nas liberdades individuais para o enfrentamento à pandemia”⁽¹²⁾.

A título de exemplo, sem, contudo, esgotar a multiplicidade de questões tratadas por essas RDC, destacam-se alguns temas importantes: (i) critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a certificação de boas práticas de fabricação para fins de

registro e alterações pós-registro; (ii) requisitos extraordinários e temporários para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde para enfrentamento da pandemia; (iii) requisitos extraordinários e temporários para a importação, comercialização e doação de ventiladores pulmonares, monitores de sinais vitais, bombas de infusão, equipamentos de oximetria e capnógrafos usados, indispensáveis em unidades de terapia intensiva; (iv) aumento temporário das quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permissão temporária da entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial; e (v) autorização prévia para fins de exportação de cloroquina e hidroxicloroquina, azitromicina e seus sais destinados ao combate da COVID-19.

3.4 DESTINAÇÃO DE RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Neste grupo, estão 11 das 20 MP (MP nºs 924, 938, 940, 941, 942, 947, 967, 969, 976, 989, 994, de 2020) (55%), 3 das 14 LO (Lei nºs 14.032, 14.033 e 14.041, de 2020, decorrentes de conversão de MP) (21%) e 1 de 2 LC (50%) sobre a temática pandemia editadas no período. Elas tratam da abertura de créditos extraordinários para o Ministério da Saúde e prestação de apoio financeiro pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, sendo que a LC nº 172/20 trata, em especial, sobre a possibilidade de transposição e transferência de saldos financeiros constantes dos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, provenientes de repasses federais, enquanto perdurar o estado de calamidade.

Merece ênfase a considerável quantidade de portarias do Ministério da Saúde que disciplinam a distribuição dos recursos advindos das MP e LO ou estabelecem incentivos financeiros para algumas ações específicas. Foram 13 portarias (PT MS/GM nºs 395, 430, 480, 545, 774, 1666, 1857, 1841, 2027, 2222, 2298, 2306, 2358, de 2020) (32% do total do período), sendo que quatro (PT MS/GM nº, 395, 480, 774 e 1666, de 2020) delas tratam do repasse de recursos para utilização em ações diversas para o enfrentamento da COVID-19, respeitadas as regras de utilização dos recursos federais transferidos fundo a fundo.

Já as demais portarias estabelecem incentivos específicos, tais como: ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério; ações de vigilância sanitária voltadas ao enfrentamento do novo coronavírus; ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino; ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19; fortalecimento dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen); apoio ao funcionamento em horário estendido das Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Embora não seja possível fazê-la nesse momento em razão do escopo e tamanho deste artigo, uma análise pormenorizada do volume de recursos distribuídos em cada uma

das modalidades – para ações gerais ou ações específicas –, bem como os critérios utilizados para sua distribuição, entre outros, seria bastante salutar para entender a dinâmica do financiamento federal das ações de saúde de enfrentamento da pandemia ⁽²⁴⁾.

Ressalte-se apenas que as portarias abordadas nesse item não resumem todo o volume de recursos federais da saúde aportados para o enfrentamento da pandemia, pois uma parte considerável do aporte de recursos foi feita também por meio do financiamento de novos serviços habilitados, inclusive com valores diferenciados, tais como milhares de novos leitos de UTI, centros comunitários de referência para enfrentamento da COVID-19, leitos de suporte ventilatório pulmonar, entre outros, que serão abordados no item que trata da ampliação de oferta de ações e serviços de saúde.

Outro ponto a ser analisado é o fato de que repasse de recurso é diferente de sua execução e concretização efetiva de uma ação ou serviço de saúde pelos seus entes executores, quais sejam, estados, Distrito Federal e municípios. O quanto dos recursos repassados foi efetivamente executado e refletiu em atendimento às necessidades de saúde da população em relação à COVID-19 é algo que não pode escapar de uma avaliação detalhada e crítica ⁽²⁵⁾.

Feitas essas considerações, a análise desse grupo de normas permite perceber que, não obstante o considerável aporte de recursos adicionais para o enfrentamento da COVID-19, também durante a pandemia, assim como já ocorre em tempos de normalidade no SUS, as formas de financiamento das ações e serviços de saúde por parte da União seguem excessivamente fragmentadas, com critérios para a definição dos valores atribuídos a cada ente federado definidos casuisticamente a cada nova portaria que determina a transferência de novos recursos, assim como segue mantido o engessamento quanto à destinação que pode ser dada aos recursos pelos entes federados que os recebem.

Assim, a realidade continua distante do que preconiza a Constituição Federal, art. 198, e a legislação que dispõe sobre o SUS, Lei Complementar 141/12 e Lei nº 8.080/90, quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde pela União por meio do repasse de recursos para os demais entes federados, já que o arcabouço normativo determina que o repasse da União para os demais entes federados deve se dar conforme critérios de rateio que levem em consideração as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, além do disposto no art. 35 da Lei 8.080/90 ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia gerou um cenário de intensa produção normativa, tanto de legislação, quanto de atos administrativos – resoluções e portarias. Em um primeiro momento, pode-se pensar que é natural que assim seja, pois em uma situação de extrema anormalidade, que traz

questões novas e imprevisíveis a serem enfrentadas de forma emergencial, sendo essenciais ações das mais diversas naturezas, econômicas, sociais e sanitárias, é esperado que a produção de normas seja muito intensa, pois o ordenamento jurídico precisa acompanhar e dar guarida a essa nova realidade com agilidade.

A intensa produção de normas de caráter emergencial como as MP, por exemplo, era esperada. Outrossim, as constantes alterações da legislação editada também era algo esperado, pois se está diante de uma pandemia de um vírus até então desconhecido, situação sobre a qual há muitas dúvidas e poucas certezas e, mesmo as certezas, vão mudando com os transcorrer do tempo, com a experiência e os avanços da ciência, sendo necessário que a legislação se adeque às novas orientações. Assim, por exemplo, a utilização da máscara pela população que no início não era recomendada, pois entendida como desnecessária, depois de um tempo, tornou-se essencial para a proteção contra o vírus.

No entanto, uma análise qualitativa do que foi produzido, dos movimentos que ocorreram – vetos, derrubadas de vetos, alterações de texto e, com especial destaque, o encaminhamento diuturno dos conflitos para serem dirimidos pelo Poder Judiciário – revelam que a produção normativa do Brasil no período da pandemia acentuou e escancarou, porque concentrada no tempo, os problemas que o país já enfrenta normalmente na seara política e de produção normativa.

Desde problemas de ordem macro, como as disputas entre o Poder Legislativo e Executivo e a tutela constante dessa relação pelo Poder Judiciário, até as tensões permanentes entre o poder central da União e o poder local de estados, Distrito Federal e municípios, que revelam com ainda maior nitidez a fragilidade do nosso pacto federativo.

No tocante às normas especificamente produzidas pelos gestores do SUS, o grande número de normas produzidas explicita a importância desse sistema para o Brasil, um sistema capaz de lidar com questões as mais diversas necessárias ao enfrentamento de uma emergência em saúde pública como a que o país vive.

O SUS que faz vigilância epidemiológica e sanitária, que controla a entrada e saída de pessoas nas fronteiras, portos e aeroportos, e produz a informação necessária para que os gestores possam planejar de forma estratégica sua atuação na pandemia; é, ao mesmo tempo, também o SUS que amplia a oferta de leitos de UTI em milhares de unidades, compra os insumos e medicamentos necessários para o atendimento da população e se reorganiza para lidar com uma realidade *sui generis*.

Por outro lado, essa produção normativa exacerbada revela que, em alguns aspectos, ainda há muito a se avançar. O financiamento do sistema, assim como aspectos gerenciais, não obstante os avanços alcançados nos últimos 30 anos, ainda estão muito aquém do SUS preconizado pela Constituição Federal.

Uma concentração dos recursos financeiros na União, repassados de forma fragmentada, ou seja, vinculados à realização de ações bastante específicas definidas centralmente como prioritárias, além de, por vezes, com relação aos valores destinados a cada um dos entes federados, faltar clareza quanto aos parâmetros utilizados na definição dos valores ou haver um distanciamento em relação aos critérios já definidos constitucional e legalmente (critérios de rateio).

Além disso, um sistema de habilitação e financiamento de ações e serviços completamente dependente dos trâmites do aparato burocrático do Ministério da Saúde, o que acarreta, às vezes, o financiamento dos serviços exclusivamente por estados, Distrito Federal ou municípios por um período longo, revela um sistema muito menos descentralizado do que determina a letra da Constituição e das leis.

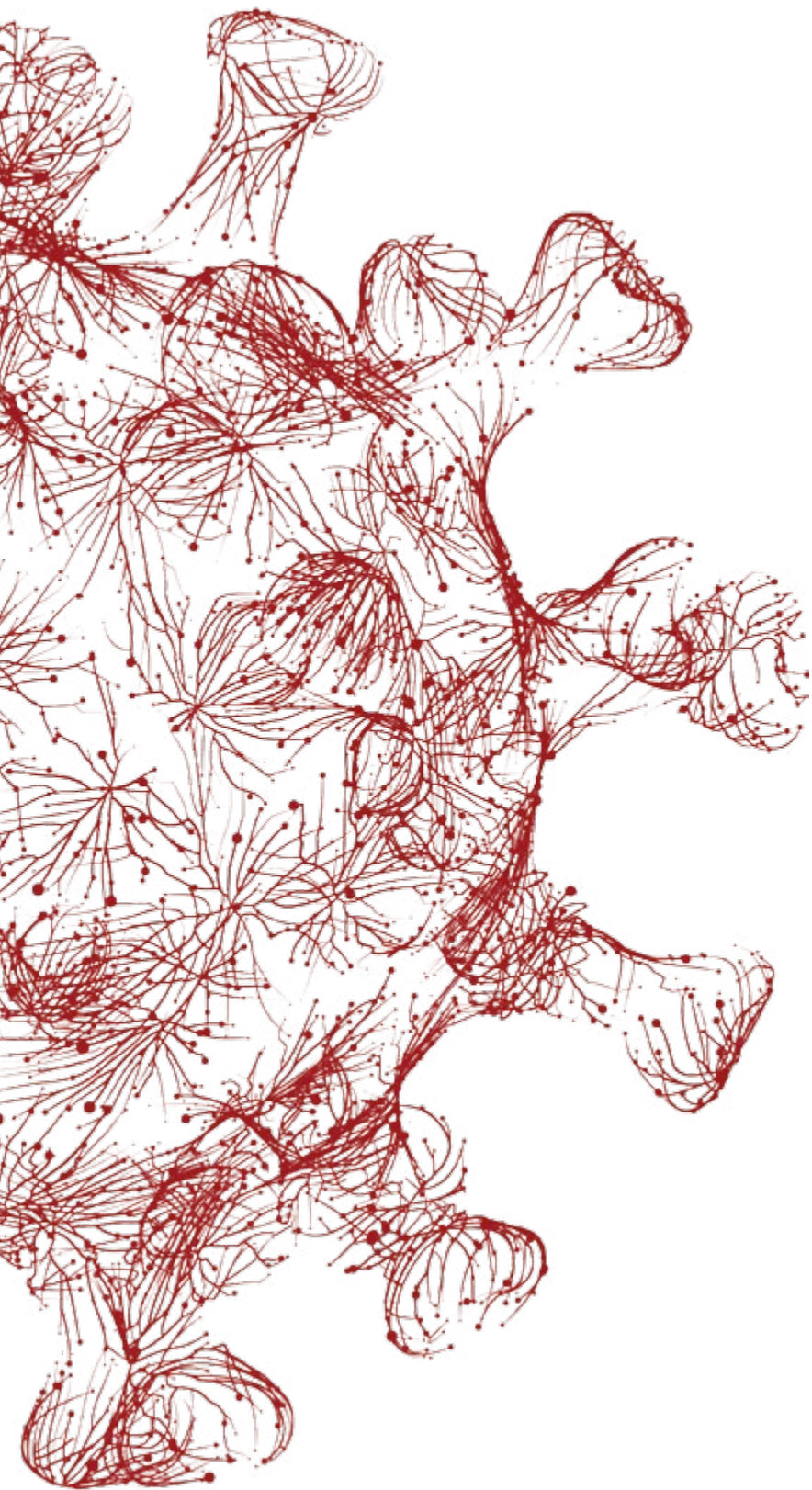
Em suma, a experiência vivida no período na pandemia serve como lupa a mostrar as virtudes que precisam ser mantidas e aprimoradas no SUS, da mesma forma como revela algumas das suas principais deficiências que precisam ser superadas, sob pena de não realizarmos de forma plena o disposto no nosso ordenamento jurídico, sobretudo na Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União [Internet]. 30 jan 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
3. Brasil. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 7 fev 2020.
4. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Direitos na Pandemia – Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil [Internet]. Boletim nº 6. São Paulo: Cepedisa-USP/Conectas; 30 set 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <http://cepedisa.org.br/publicacoes/>.
5. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Direitos na Pandemia – Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil [Internet]. Boletim nº 2. São Paulo: Cepedisa-USP/Conectas; 23 jul 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <http://cepedisa.org.br/publicacoes/>.
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Painel de Ações Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: https://transparencia.stf.jus.br/extensions/app_processo_covid19/index.html.
7. Brasil. Emendas Constitucionais [Internet]. [acesso 2020 out 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/quadro_emc.htm.
8. Brasil. Leis Complementares. Portal da Legislação [Internet]. [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/leis-complementares-1/todas-as-leis-complementares-1>.
9. Brasil. Leis Ordinárias. Portal da Legislação [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 5]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/leis-ordinarias/2020-leis-ordinarias>.
10. Brasil. Medidas Provisórias Posteriores à Emenda Constitucional nº 32. Portal da Legislação [Internet]. [acesso 2020 set 5]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2019-a-2022>.

11. Brasil. Decretos. Portal da Legislação [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 9]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/decretos1/2020-decretos>.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Linha do tempo [Internet]. 21 set 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo/linha-do-tempo>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.500, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 3 out 2017.
14. Brasil. Lei nº 14.006, de 28 de maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 set 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14006.htm.
15. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6586 Distrito Federal (DF) [Internet]. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Requerente: Partido Democrático Trabalhista. Interessado: Congresso Nacional. Despacho em 23 out 2020 [acesso 2020 dez 16]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adi6586despacho.pdf>.
16. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6587 Distrito Federal (DF) [Internet]. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Requerente: Partido Trabalhista Brasileiro. Interessado: Congresso Nacional. Despacho em 23 out 2020 [acesso 2020 dez 16]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adi6587despacho.pdf>.
17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 754 Distrito Federal (DF) [Internet]. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Requerente: Rede Sustentabilidade. Interessado: Presidente da República. Despacho em 23 out 2020 [acesso 2020 dez 16]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adpf754despacho.pdf>.
18. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6362 Distrito Federal (DF) [Internet]. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Requerente: Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS. Interessado: Presidente da República. Decisão de 2 nov 2020, publicada no DJe em 9 dez 2020 [acesso 2020 dez 16]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>.
19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Supremo começa a julgar compartilhamento de dados de usuários de telefonia com o IBGE. Notícias STF [Internet]. 6 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442823>.

20. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Direitos na Pandemia – Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil [Internet]. Boletim nº 1. São Paulo: Cepedisa-USP/Conectas; 8 jul 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <http://cepedisa.org.br/publicacoes/>.
21. Wang D, Arruda LA, Moribe G. Vacina obrigatória contra Covid pode ser a medida com menos restrição de direitos. Folha de São Paulo [Internet]. 21 out 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/10/vacina-obrigatoria-contracovid-pode-ser-a-medida-com-menos-restricao-de-direitos.shtml?origin=folha>.
22. Brasil. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 7 fev 2020.
23. Brasil. Supremo Tribunal Federal. PDT contesta veto de Bolsonaro ao uso obrigatório de máscara em locais fechados. Notícias STF [Internet]. 6 jul 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=446997>.
24. Fernandes GAA, Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Rev Adm Pública. 2020;54(4):595-613. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.
25. Funcia FR. Enfrentamento do covid-19: 150 dias da (não) execução orçamentária e financeira federal do SUS e perspectivas para 2021 [Internet]. Cebes. 29 jul 2020 [acesso 2020 out 4]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/07/enfrentamento-do-covid-19-150-dias-da-nao-execucao-orcamentaria-e-financeira-federal-do-sus-e-perspectivas-para-2021/>.
26. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
27. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jan. 2012.
28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990



ANVISA: REGULAÇÃO SANITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

José Agenor Álvares da Silva¹

RESUMO: A declaração de pandemia por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, em decorrência da COVID-19, mostrou que o Brasil tem uma enorme dependência do mercado internacional para suprir o setor saúde de produtos, insumos laboratoriais e equipamentos necessários ao atendimento médico e hospitalar em situações de urgência e emergência sanitária. Este artigo apresenta uma visão geral sobre o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no enfrentamento desta pandemia, fazendo uma análise sobre sua rotina regulatória em tempos de normalidade institucional e seu desempenho em tempos de emergência sanitária. A função regulatória da Anvisa é essencial no sentido de prover o mercado nacional desses produtos. Sua responsabilidade social ante o quadro pandêmico enfrentado se contrapõe ao conflito existente entre o marco regulatório vigente de suas normativas e o entulho da burocracia de seus processos administrativos internos. A função regulatória ainda é muito questionada no Brasil e, mesmo em situações inusitadas, como vivenciado nesta pandemia, pressões externas são exercidas para forçar deliberações fora de seu foco de atuação. Respostas tempestivas são requeridas em face da urgência de obter alternativas farmacológicas de combate ao vírus, sem, contudo, permitir a estratégia da porteira aberta, sinalizadora de irresponsabilidade institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Regulação Sanitária. Entulho Burocrático. Proteção à Saúde.

1 Notório Saber em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2015). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (1978). Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de Minas Gerais (1974). Ministro de Estado da Saúde (2006 a 2007). Secretário Executivo no Ministério da Saúde de (2005 a 2006). Diretor da ANVISA (2007 a 2013). Atualmente, consultor técnico na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7966-0447>. E-mail: agenoralvares@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona uma situação insofismável de que a atuação governamental no enfrentamento de situações de emergência é fundamental para garantir o pleno funcionamento das atividades vitais à sobrevivência das pessoas. A normalidade da pronta entrega de bens e produtos pela cadeia de suprimentos requerida ao funcionamento da rede de atenção à saúde é um exemplo típico. O desabastecimento de insumos e matéria-prima para institutos de pesquisa, empresas farmacêuticas e produtoras de equipamentos, entre outros, chama atenção pela dependência do país para com o mercado internacional e repercute de maneira incisiva na gestão local dos serviços de saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) possui competência regimental para regulação de bens, produtos e serviços de interesse da saúde pública e privada no Brasil, da produção à comercialização e ao uso, destinados a prevenção, promoção e proteção da saúde dos brasileiros. Entretanto, o arcabouço jurídico que sustenta sua missão, conferida pela Lei nº 9.782/1999⁽¹⁾, sempre foi alvo de questionamentos por parte de outras esferas do governo, do Legislativo e mesmo do Judiciário, ora por contestações dos ritos burocráticos internos, ora por suposta interferência indevida da Agência em assuntos fora de sua alçada regulatória.

O enfrentamento da pandemia deu oportunidade para a Agência trazer à tona uma discussão de grande importância para o processo regulatório sob sua responsabilidade institucional, *vis-à-vis*, a carga burocrática de seus processos administrativos internos. Este ensaio faz essa discussão, ao explicitar a diferença entre o aprimoramento de seu marco regulatório e a necessidade de enfrentar o entulho da burocracia que ainda predomina em seus processos internos, de modo a demonstrar que, em tempos de emergência em saúde pública, o primado a ser seguido é o do compromisso com a qualidade de vida das pessoas sem perder o norte do marco regulatório vigente.

2. A PANDEMIA

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em decorrência da infecção humana causada por um novo coronavírus, designado de SARS-CoV-2, causador da COVID-19.

Pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), ESPII significa um evento extraordinário que causa danos à saúde devido à propagação de determinada doença e requer ação coordenada de governos nacionais⁽²⁾. Imediatamente após essa declaração da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), pela Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, conforme estabelecido pelo Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011⁽³⁾. Em 11 de março de 2020, devido à doença ter se espalhado pelos cinco continentes, a OMS declarou que a situação da COVID-19 se configurava como pandemia.

O RSI foi aprovado na 58ª Assembleia da OMS, em 2005, para vigorar a partir de junho de 2007. No Brasil, foi internalizado após ratificação e aprovação pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 395/09, publicado no Diário Oficial da União em 10 de julho de 2009⁽²⁾. Representa um ganho de fundamental importância para a saúde pública internacional. Trouxe, como principal inovação, as responsabilidades e os compromissos dos governos nacionais em alertar a comunidade internacional perante qualquer evento em saúde que represente ameaças para a população em qualquer parte do mundo. A versão anterior do Regulamento enfocava apenas algumas poucas doenças infecciosas de notificação compulsória, tais como febre amarela, varíola, peste e cólera, presentes, majoritariamente, em Estados e regiões marcados por iniquidades estruturais e sociais, alto nível de desigualdade econômica e baixo desempenho sanitário.

Pelo RSI, a declaração ESPII, em si, não caracteriza uma pandemia. Pandemia, na conceituação trazida por aquele organismo internacional, é caracterizada quando um evento, transmissível ou não, com potencial de propagação, espalha-se pelos cinco continentes, com transmissão autóctone em seu respectivo território, ou seja, nem todo Evento Extraordinário de Interesse Internacional de Saúde Pública pode ser caracterizado como pandemia. Exemplo disso foi a epidemia de infecção pelo vírus Zika, e o nascimento de crianças com microcefalia, ocorrida no Brasil em 2015/2016, declarada como ESPII pela OMS em fevereiro de 2016, e não considerada como pandemia.

Internamente, a pandemia teve seu impacto agravado devido à escassez de insumos e produtos essenciais ao combate e tratamento das pessoas acometidas pelo vírus, tais como insumos laboratoriais para diagnóstico; equipamentos hospitalares, notadamente equipamentos de suporte emergencial para Unidades de Tratamento Intensivo (UTI); Equipamentos de Proteção Individual (EPI); monitores de sinais vitais; bombas de infusão; entre outros.

Essa situação demonstrou a enorme dependência interna do país com o mercado internacional para suprir o setor saúde em momento de grande demanda ocasionada pela emergência sanitária. Nesse segmento, o Brasil acumula elevado *deficit* comercial, de bilhões de dólares por ano, e a falta de uma política nacional de inovação que fortaleça o setor industrial do país repercute negativamente na formulação de políticas de saúde que visem ao enfrentamento de situações semelhantes. Esse quadro foi, acertadamente, apontado por Gadelha como um dos entraves para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁵⁾.

A escassez de insumos e produtos, essenciais ao enfrentamento da pandemia, resulta em forte pressão sobre os órgãos governamentais no sentido de flexibilizar medidas sanitárias e alfandegárias para a internalização de produtos importados sob a égide da urgência ao combate da COVID-19. A necessidade faz a ocasião e, como muitos desses produtos importados não têm registro na Anvisa, a fase imediatamente posterior é buscar sua regularização para normalizar a comercialização no país. Essa escassez pode ter sido agravada pelas mensagens institucionais, um tanto quanto confusas, a respeito do atendimento a quem fosse acometido pelo vírus. De um lado, ignorava a enorme rede de Atenção Primária à Saúde com potencial para atuar sobre os casos leves que, em princípio, não requereriam assistência de hospitais de média e alta complexidade, e, de outro lado, considerava sintomas já de agravamento do quadro clínico, empurrando assim uma enorme e simultânea demanda aos hospitais e aos leitos de UTI.

3. A ANVISA

A Anvisa foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 ⁽¹⁾, no bojo do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995. A fundamentação nuclear que embasava a proposta desse plano discorria sobre a falência de um modelo burocrático de administração pública, focado em padrões rígidos de controle de processos e não de resultados, que privilegia os meios e secundariza os fins. Uma completa inversão na hierarquia das prioridades das políticas públicas e de atendimento ao cidadão, agravando a incapacidade do setor público de dar uma resposta eficaz e eficiente às demandas da população ⁽⁶⁾.

Era necessário, diziam as diretrizes do Plano, fortalecer o papel regulador do Estado em detrimento do papel executor/produtor de bens e serviços. O resultado seria a evolução do modelo burocrático, vigente e arcaico, para um modelo denominado gerencial, novo e moderno, cujo foco estaria voltado para o controle dos resultados e para o atendimento com qualidade do cidadão.

Paralelamente, a vigilância sanitária passava por momentos de sobressaltos em meio a uma série de denúncias envolvendo falsificações de medicamentos; fábricas legalizadas sem condições de funcionamento; distribuidoras clandestinas; clínicas destinadas ao atendimento de pessoas idosas e clínicas pediátricas com elevada incidência de óbitos; clínica de hemodiálise com vítimas devido à baixa qualidade da água utilizada; entre outros escândalos que denotavam total descontrole por parte do Estado ⁽⁷⁾.

Esse quadro formava uma imagem altamente desgastante perante a comunidade internacional ao mesmo tempo que gerava desconfiança interna no que se referia ao consumo de medicamentos e à internação hospitalar, além de insegurança em relação a uma quantidade imensa de outros insumos submetidos ao controle da vigilância sanitária. Nesse cenário, formou-se a principal bandeira de pressão para as mudanças requeridas no setor.

Criada como autarquia especial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tem como objeto de atuação o controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos e dos controles de portos, aeroportos e fronteiras.

Sua principal função, consubstanciada no art. 8º da Lei nº 9.782/1999⁽¹⁾, é atuar no sentido de prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido nas suas áreas de atuação, ao mesmo tempo em que deve promover e proteger *a saúde da população*:

Art. 8º Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

§ 1º Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

I - medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

[...]

IV - saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;

V - conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;

VI - equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;

VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;

[...]

XI - quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação.

[...]

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo, submetem-se ao regime de vigilância sanitária as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases dos processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos [...].

Uma das características marcantes dos segmentos abrangidos pela regulação da Anvisa é a enorme diversidade de objetos sob sua responsabilidade normativa. Por isso, como agência

reguladora, a Anvisa, ao cuidar de regular bens e insumos necessários à melhoria da qualidade de vida das pessoas, deve ter uma atuação transparente e que não cause nenhuma dúvida de que seu papel fundamental é interferir naquilo que seja imprescindível para a proteção da saúde do cidadão.

A reconfiguração da ordem econômica mundial e, principalmente, as expectativas de contínuas mudanças decorrentes da globalização e da rapidez da circulação de doenças, produtos e informações, tornam as práticas da Anvisa cada dia mais relevantes. A reorientação das ações de regulação, e seu fortalecimento pelo Estado, constituirão medida fundamental para responder às exigências sociais e políticas geradas com a expansão do mercado de consumo e a diversificação dos produtos e dos serviços ofertados pelos setores produtivos em todas as partes do mundo ⁽⁸⁾.

4. REGULAÇÃO E BUROCRACIA

Os embates advindos da regulação de bens e serviços, a exemplo dos insumos e produtos necessários ao enfrentamento da COVID-19, sinalizam o terreno conflituoso e perigoso que existe no papel do Estado de mediar os interesses do setor regulado em relação às prioridades políticas de governo, incluído aí, no caso da saúde pública, as ações de estados e municípios e os anseios da sociedade. O contencioso daí decorrente demonstra, de maneira inequívoca, a repercussão negativa para a saúde da população ao se tratar a regulação sanitária apenas com parâmetros políticos focalizados e de economia de mercado.

O aperfeiçoamento das práticas regulatórias é um exercício dinâmico e diário. Requer cotidianamente a visita à sua missão institucional, de promover e proteger a saúde da população, como contraposição às pressões externas exercidas por interesses de grupos que, não raro, ultrapam os interesses da sociedade. O poder regulatório exige dois movimentos sincronizados para maior eficiência no cumprimento de seu mandato constitucional de independência normativa: aperfeiçoamento dos aspectos técnico-normativos do poder regulatório de sua alçada com critério científico e eliminação do entulho burocrático presente nos atos administrativos que compõem os processos em análise.

Esses movimentos devem ser harmônicos e complementares para sinalizar a toda sociedade o papel do Estado regulador, em contraponto ao papel do governo burocrático. Para a maioria da população, essa diferenciação é imperceptível, e Estado e governo são vistos como um ente único, responsável pelo sucesso das políticas públicas, bem como pelas mazelas impostas à sociedade. Governo é extemporâneo e cumpre mandato delegado pela população por prazo determinado. Estado é perene e cumpre funcionalidade de superestrutura jurídico-política para atender a sociedade em sua necessidade básica. Entretanto, mesmo em tempos de normalidade institucional, o papel de agentes reguladores, por ser novidade institucional e jurídica, torna-se muito questionado por atuarem em situações de falhas de mercado, de relações assimétricas e sensíveis aos interesses econômicos do governo e setor regulado. No entender de Silva,

A regulação no campo da vigilância sanitária – em razão do papel que exerce na sociedade por meio da regulamentação, controle e fiscalização das relações de produção e consumo de bens e serviços relacionados com a saúde – pode ser compreendida como o modo de intervenção do Estado destinado a impedir que comportamentos no sistema de produção e acesso a bens, serviços e produtos causem danos ou riscos à saúde da população, contribuindo para o adequado funcionamento do mercado, suprimindo suas falhas, dando cada vez mais previsibilidade, transparência e estabilidade ao processo e à atuação regulatória a fim de propiciar um ambiente digno e seguro para a população e favorável ao desenvolvimento social e econômico do país⁽⁸⁾.

Não se pode tratar a regulação da saúde, portanto, de forma reducionista, como processos independentes, atenção médica e vigilância sanitária, sem correlação política quanto aos resultados esperados para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Em ambos os casos, o interesse a prevalecer é o da isonomia e transparência no tratamento de cada caso em suas especificidades, dentro dos princípios que regem o SUS⁽¹⁰⁾.

Pelo ambiente de tensão político-normativo quanto à atuação da Anvisa, sempre haverá uma franja regulatória para as pressões externas. Existem várias evidências de tentativa, via pressão externa ao ambiente institucional, de interferir no processo regulatório da Anvisa e desqualificar suas competências, além de colocar em dúvida sua sensibilidade social, diante de assuntos urgentes aos interesses da população. Essas situações são patrocinadas pelo corporativismo de grupos de interesse, parlamentares, empresários etc. Alguns contenciosos exemplificam essa situação e formam situações complexas que depõem contra a atuação adequada do agente regulador.

São emblemáticos os casos referentes à interferência nos assuntos regulatórios da Anvisa. Alguns exemplos são a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 52/2011, que proibiu o uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, além de definir medidas de controle da sibutramina; e a Resolução nº 14/2012, que restringe o uso de substâncias aromatizantes em cigarros⁽¹¹⁾. Esses dois casos ilustram o grau de tensão em que a competência regulatória da Anvisa se vê envolvida em seu dia a dia. Além desses, alguns outros também se somam às interferências nos assuntos regulatórios da Agência, como, por exemplo, o caso da *Cannabis* medicinal.

Um caso inusitado, ao envolver no mesmo patamar de pressão o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, foi o da fosfoetanolamina sintética, popularmente conhecida como “fosfo”, transformado em uma espécie de convulsão social contagiante por todo país⁽¹²⁾. Assistiram-se a cenas absurdas e grotescas de apelo à aprovação desse produto e à busca de respaldo em decisões fora de qualquer parâmetro científico para atender a reivindicações que tangenciavam e ofendiam a legislação sanitária. Nesse caso, houve uma aproximação muito forte entre os três poderes da República, Executivo, Legislativo e Judiciário.

De um lado, cenas absurdas de apelo para autorização e registro do produto como medicamento indicado ao tratamento de todos os tipos de câncer, interpretadas por parlamentares durante

audiências públicas convocadas pelo Congresso Nacional, e, de outro lado, decisões fora de qualquer norma jurídica, de parte do Judiciário, proferidas para exigir a dispensação/entrega do “medicamento” a quem solicitasse. Verdadeira heresia jurídica e completa inversão dos papéis constitucionais na preservação dos direitos dos cidadãos. Do Executivo, a sanção sem vetos da Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016, aprovada em tempo recorde, que autorizava o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna⁽¹¹⁾. Um estupro institucional.

A Anvisa tem como principal finalidade preservar um valor imponderável, que é a saúde. Saúde como garantia da qualidade de vida das pessoas. Por isso, a regulação sanitária, ao cumprir seus princípios fundamentais de resposta ao setor econômico, importante para o desenvolvimento do país, deve levar em consideração que:

A Vigilância Sanitária é exatamente o campo de práticas sanitárias em que a doutrina do liberalismo e, portanto, do seu sucedâneo, não pode ganhar espaço, pois a própria natureza do modo de produção opera sob lógicas que no mais das vezes vão de encontro à saúde da população, exigindo permanente vigilância⁽¹³⁾.

O modelo focado em padrões rígidos de controle de processos, contaminante de toda burocracia nacional, foi determinante para a aprovação da reforma do aparelho do Estado brasileiro e sempre esteve na linha de frente das reclamações sobre a morosidade da capacidade de resposta da antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Processos com longos trajetos de análise por diferentes estamentos intrainstitucionais, presos a amarras administrativas e visões excessivamente legalistas, impunham tempos de tramitação infundáveis e traziam à tona mazelas que sempre foram pontos de desconfiança na relação com o público externo. Mesmo com a criação da Anvisa dentro dos preceitos da Reforma do Aparelho do Estado, partes desse modelo arcaico ainda perduram, caracterizando verdadeiro entulho da burocracia, e seu enfrentamento se torna, a cada dia, mais necessário.

5. EM TEMPOS DE PANDEMIA

Situações de tensão configuram o nível de enfrentamento que a Anvisa vivencia cotidianamente para o cumprimento de sua missão regimental em tempos de normalidade sanitária. Imaginar serenidade de convivência, em tempos de epidemia no país, com elevado grau de pressão social proporcionado por um vírus que ameaça as pessoas de todos os continentes do mundo, seria ingenuidade.

Durante uma pandemia, fica estabelecido cenário realista de parâmetro regulatório exigido para o enfrentamento dos entulhos que persistem, sem, contudo, secundarizar os preceitos básicos de segurança para a proteção da saúde da população. A permanente vigilância, em tempos de emergência sanitária, impõe ritos diferenciados e tempestivos para garantir práticas regulatórias saudáveis.

O próprio termo – emergência em saúde pública – é angustiante para o imaginário das pessoas e traz consigo, muitas vezes, o estigma da impotência e da omissão governamental ante o problema, cuja magnitude requer soluções efetivas e coordenadas no âmbito do sistema de saúde, *vis-à-vis* sua superação para a tranquilidade das pessoas em escala nacional. Por ser uma emergência, impera o compromisso de respostas rápidas e eficazes dos agentes públicos, com discricionariedade decisória em relação àquelas que ficam à espera da janela de oportunidade descolada do imperativo de ocasião.

Exemplo disso é a tentativa de indução política para uso de protocolos sugestivos de medidas farmacológicas desprovidas de sustentação científica. Isso tem pressionado instituições públicas, Ministério da Saúde, Anvisa e governos estaduais e municipais a revisar normas vigentes para modificar a indicação clínica consagrada de alguns medicamentos, tais como cloroquina, ivermectina, entre outros, e garantir a incorporação desses produtos no tratamento da COVID-19. Esse fato se assemelha ao caso da fosfoetanolamina citado anteriormente. Entretanto, naquela ocasião, a postura firme do Ministério da Saúde e da própria Anvisa, sem compromisso com falas de efeito meramente político, desprovidas de qualquer evidência científica, não permitiu prosperar o engodo do uso de uma substância sem nenhum efeito farmacológico como lenitivo ao sofrimento das pessoas acometidas de câncer. Fatos semelhantes com processos decisórios diferentes.

A incerteza sobre a eficácia dos testes para diagnóstico da COVID-19 na testagem das pessoas, relatada diariamente pela mídia nacional, com resultados falsos positivos ou falsos negativos, é motivo de apreensão para o público e para os gestores. Também traz consigo duas práticas inconciliáveis na gestão de uma pandemia: (i) no caso dos gestores, incerteza no reconhecimento precoce e na transmissão do vírus, com prejuízo para as atividades de proteção às pessoas, além da certeza quanto à perda de recursos financeiros dispendidos na aquisição desses produtos; (ii) no caso do público, a descrença quanto às mensagens do governo na orientação de como se comportar no enfrentamento da ameaça do vírus. Mesmo não sendo responsabilidade direta da Anvisa a qualidade desses testes, o registro sanitário, ao ser outorgado a uma marca, é uma espécie de certificado de garantia conferida pelo governo.

Em geral, a rede de saúde, pública ou privada, independentemente do nível de complexidade do atendimento ofertado, tem os insumos essenciais ao seu funcionamento monitorado diariamente. Atualmente, existem programas sofisticados de gestão da cadeia de suprimentos e insumos no mercado que garantem o pronto reabastecimento de qualquer produto necessário ao atendimento às pessoas e ao funcionamento dos serviços de saúde, independentemente da complexidade – de um simples analgésico à manutenção preventiva ou ao reparo de um equipamento de alta tecnologia. Entretanto, qualquer fato inusitado pode causar desequilíbrio e levar, por falta de oferta em escala global, ao desabastecimento interno. Esta pandemia levou a isso e reafirmou o alto grau de dependência que o Brasil tem do mercado internacional para sustentar sua rede de serviços de saúde, seus hospitais, suas clínicas, sua rede de laboratórios e até suas unidades básicas de saúde.

Assim, é natural o elevado número de solicitação de registros de produtos, equipamentos hospitalares, insumos para diagnóstico e pesquisa, entre outros, em um ambiente de concorrência predatória totalmente desfavorável aos produtores nacionais. Neste período, em resposta à demanda da sociedade, ansiosa por garantir tranquilidade emocional para se proteger da agressividade, tanto do vírus quanto da mídia, uma espécie de *fast track* é compreensível. A superação da burocracia vigente é o imperativo de ocasião. A emergência sanitária de momento leva a isso, mas não como corolário para a porteira aberta. A orientação da porteira aberta para passar a boiada, uma espécie de mantra em vigor, deve servir de alerta contra “a porta giratória” das pressões do setor.

Transformar atendimento excepcional, de tempos igualmente excepcionais, em rotina, pode configurar capitulação ao mercado e perda de credibilidade internacional, colocando em dúvida a regra de ouro da confiança implícita na relação de reciprocidade das boas práticas regulatórias existente entre as principais agências reguladoras internacionais. Excepcionalidade nesse caso, ao contrário, é fazer leitura correta do protagonismo regulatório que deve prevalecer, ao responder com presteza e rapidez aos anseios da sociedade em momento de comoção emocional e assumir papel de responsabilidade social na proteção da saúde das pessoas.

A emergência, em algumas ocasiões, cumpre papel totalmente divorciado da realidade factual e ética exigida pela sociedade e impõe forte pressão sobre as autoridades nacionais. A capacidade de resposta tem de ser imediata, propositiva, ágil, circunstanciada pela necessidade da saúde da população e orientada pelo marco regulatório vigente.

No conjunto dos regulamentos aprovados, podem ser destacados quatro atos normativos que ilustram diferentes momentos do desempenho do órgão: (i) a RDC nº 379⁽¹⁴⁾, de 30 de abril de 2020; (ii) a RDC nº 348/2020⁽¹⁵⁾, complementada pela Ordem de Serviço (OS) nº 81/2020⁽¹⁶⁾ sobre regulamento de ensaio clínico; (iii) a polêmica do uso da hidroxiquina e cloroquina fora dos padrões sanitários; e (iv) as medidas no sentido de simplificar procedimentos e dar celeridade à regularização sanitária dos produtos para a saúde.

A RDC nº 379⁽¹⁴⁾, de 30 de abril de 2020, “dispõe de forma extraordinária e temporária sobre os requisitos para fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde”. Ainda, regulamenta a exigência de encaminhamento para análise pelo Instituto Nacional de Qualidade em Saúde (INCCQS) das amostras dos testes de diagnóstico importados na razão de cem amostras para cada lote adquirido, no máximo em até cinco dias após o desembarço da carga no ponto de entrada no país.

No caso dos testes de diagnóstico, chama atenção a diversidade e o número registrado num curto período. Saltou de 47 testes no dia 30 de abril de 2020 para 217 em 23 de junho do mesmo ano, ou seja, um incremento de 170 testes em 53 dias corridos, ou 40 dias úteis, perfazendo a incrível marca de mais de quatro solicitações de registro por dia⁽¹⁷⁾. Ressalte-se que a informação sobre a especificidade e sensibilidade dos testes de diagnóstico é responsabilidade

do fabricante, e a análise do INCQS poderá indicar os possíveis problemas de qualidade de cada produto importado levado a registro na Anvisa.

A responsabilidade direta pela atenção à saúde das pessoas é de estados e municípios. Qualquer problema encontrado na aquisição desses insumos, por mais que seja epidemiologicamente justificada, recai sempre sobre os gestores e, não raro, sai da área da política de saúde pública e migra para a área da política criminal. A herança, daí, é uma marca indelével, de difícil limpeza; é uma lama que nunca mais se desgruda do gestor e marca sua vida para todo o sempre. A pandemia é mesmo incrível e traz marcas difíceis de serem batidas, tanto na área das evidências epidemiológicas e científicas quanto em relação à honra das pessoas. Isso não significa fazer vista grossa aos desvios de recursos públicos; significa apenas o cuidado em separar o joio do trigo e discernir entre parecer técnico e compactuação com o ilícito.

A edição do regulamento sobre ensaio clínico em tempos de pandemia na busca por uma vacina, implementada pela edição da RDC 348/2020⁽¹⁵⁾, altera prazos para petições de registro de medicamentos e produtos biológicos e flexibiliza provas documentais. Essa RDC traz o compromisso de 30 dias para avaliação da documentação cartorial apresentada pelos laboratórios, podendo chegar ao máximo de 60 dias. É muito importante se levar em consideração os prazos anteriores, que chegavam até a um ano para se finalizar processos similares. A pactuação de prazos na administração pública é uma praxe nem sempre cumprida, por isso, esse dispositivo deve ser tomado como compromisso inarredável por parte da Anvisa para enfrentamento da pandemia.

O artigo 8º dessa norma ressalta, entretanto, que, na excepcionalidade regulamentada, fica “[...] configurada a indicação terapêutica específica para prevenção ou tratamento da doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19)”⁽¹⁵⁾. No mesmo artigo, estão descritas algumas orientações básicas aos pleiteantes de registro para essa finalidade, quais sejam, “termo de compromisso e cronograma detalhado para apresentação dos dados e das provas adicionais”. Isso configura relação de confiança entre o laboratório que peticiona e a Anvisa em relação às provas apresentadas para sustentar o registro em tempos de emergência. Caso haja rompimento do compromisso firmado, a relação de confiança se quebra, e a Anvisa atuará no cancelamento da petição analisada. É uma via de mão dupla.

No mesmo sentido, a OS nº 81/2020, que institui o Comitê de Avaliação de Estudos Clínicos, Registro e Pós-Registro de Medicamentos, tem o objetivo de dar celeridade aos processos encaminhados à Anvisa, além de regulamentar, no que couber, a RDC 348/2020⁽¹⁶⁾. Esse Comitê, composto por vários anuentes internos responsáveis pelas avaliações, cada um no tocante à sua competência administrativa, é importante, pois permitirá a redução do tempo gasto para análise dos pedidos referentes a ensaios clínicos e medicamentos para COVID-19, se comparado com a tramitação normal para liberação dessas petições. O pedido de anuência de estudos clínicos para vacinas destinadas ao combate da COVID-19 em até 72 horas, após a submissão formal da solicitação, é um compromisso assumido e demonstra o empenho do órgão no combate à pandemia. Paralelamente à regulamentação dos aspectos técnico-científicos para facilitar ensaios

clínicos e o registro futuro dessa ferramenta farmacológica, outro procedimento se fará igualmente importante nesse processo: o preço das vacinas registradas.

No caso das vacinas, problemas econômicos extrapolam a expectativa sanitária. A submissão do registro do produto caminhará juntamente com a solicitação do preço da vacina, também regulamentado pela Anvisa. Nesse caso, apesar de existirem regras definidas em legislação para regular preços de medicamentos desde o início dos anos 2000, sempre houve muita pressão do setor privado para conseguir preços superiores aos definidos pela Anvisa.

Exemplo emblemático dessa situação foi a vacina da Sanofi para dengue registrada na Anvisa em 2015. O alto preço por dose, a baixa eficácia da vacina e a faixa etária da população recomendada à imunização, de 9 a 45 anos, além do número de doses por pessoa (três), inviabilizaram sua incorporação ao Programa Nacional de Vacinação (PNI). A discrepância entre o preço apurado e o solicitado pela empresa foi exorbitante e chamou atenção. Somente o gasto anual com a aquisição dessa vacina seria superior a todo recurso despendido pelo PNI no mesmo período.

A Resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) nº 2, de 5 de março de 2004⁽¹⁸⁾, enquadra as vacinas que estão em pesquisa atualmente na categoria II de produtos novos, sujeitas às regras da regulação vigente há quase 20 anos. Portanto, qualquer vacina a ser registrada no país passará por esse processo de análise e definição de preço.

A grande expectativa de todos é a possibilidade de acesso das populações de países pobres a esses produtos, em face da capacidade econômica desses países para suportar o preço estipulado pelos produtores. É importante salientar que esse segmento se refere a ambiente altamente oligopolizado, sob domínio de alguns dos mais poderosos laboratórios farmacêuticos do mundo, e a uma conjuntura de tensão político-tecnológica e de financeirização do setor. A despeito dos esforços da OMS em favor da disponibilização desse benefício de acordo com a capacidade econômica de cada país, essa possibilidade não se mostra de todo factível, apesar das promessas em contrário⁽¹⁹⁾. No setor industrial, a lógica do lucro prevalece, e o impacto sanitário é secundarizado. Guimarães⁽²⁰⁾ cita a negativa da “Novartis em doar a vacina contra a gripe H1N1 para países muito pobres, pedido feito pela Diretora da OMS, Margareth Chan, sob a alegação de garantir retorno de investimento feito no desenvolvimento e produção da vacina” em 2009. Então só resta esperar e torcer.

A polêmica no uso da hidroxicloroquina e cloroquina fora dos padrões sanitários acabou por estabelecer uma espécie de triângulo de Matos totalmente fora dos padrões sanitários. De um lado, o Ministério da Saúde, que por lei define as políticas sanitárias do país. De outro, a Anvisa, com a competência legal de regular o uso de medicamentos. Por último, o presidente da República, atuando para desqualificar os achados científicos sobre as propriedades farmacológicas da droga e seguindo por um caminho totalmente inusitado aos padrões de tratamento de qualquer doença.

O imbróglio dessa polêmica, no âmbito do marco regulatório da Anvisa, inicia-se com o enquadramento desses medicamentos como de controle especial, ou seja, que exigem

o registro da receita no ato de compra. Em bula, são utilizados no tratamento da malária, do lúpus e da artrite reumatoide, o que gerou desabastecimento do mercado pela utilização *off label* em face da grande exposição dos supostos benefícios dessa droga.

Dois fatos chamaram atenção da Agência: a pressa em se adequar ao discurso do presidente da República sobre os benefícios não comprovados dessas drogas, com o intuito de justificar a encomenda governamental, a doação internacional; e o enquadramento desses medicamentos como de uso compassivo⁽²¹⁾. Enquadrar esses medicamentos como de uso compassivo é passar a imagem de que algum benefício possa ser auferido no combate ao COVID-19 com seu uso para pacientes especiais. Até o momento, não existe nenhum resultado de pesquisas realizadas que possa justificar sua inclusão em bula para COVID-19.

Ficam evidente as idas e vindas sobre os regulamentos para o uso desses medicamentos, ora se ajustando às “recomendações” do presidente da República, ora aos ditames oferecidos pelas evidências científicas de várias partes do mundo. Nesse caso, o exemplo da fosfoetanolamina é parâmetro de comparação, embora com resultados diferentes. Também ficam evidentes as respostas às pressões externas totalmente descoladas do objeto da Agência.

Além desses regulamentos, também são destaque as medidas no sentido de simplificar procedimentos e dar celeridade à regularização sanitária dos produtos para a saúde considerados estratégicos no combate à pandemia de COVID-19. Os principais produtos considerados estratégicos são EPI, ventiladores pulmonares, monitores de sinais vitais, bombas de infusão, equipamentos de oximetria, capnógrafos, entre outros, constantes da relação de Dispositivos Médicos Prioritários para Combate à COVID-19, publicada pela OMS⁽²²⁾.

A exigência de registro/cadastro na Anvisa foi substituída pela apresentação de documentação equivalente que comprove a regularização do produto em país membro do *International Medical Device Regulators Forum* (IMDRF), do qual a Anvisa, além de ser signatária, foi protagonista ao propor a criação desse fórum, fundado em 2012 em reunião realizada em Manaus. No caso de a empresa não possuir a Certificação de Boas Práticas de Fabricação, será aceita, excepcionalmente, a Certificação *Medical Device Single Audit Program* (MDSAP) ou a ISO 13485 do Sistema de Gestão da Qualidade.

Todos esses procedimentos foram considerados extraordinários e temporários e vigem durante o período da pandemia em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada com o SARS-CoV-2. Essa postura proativa de engajamento no combate à pandemia, sem perder o norte do marco regulatório que guia suas decisões político-sanitárias, enseja sinais promissores quanto à revisão de processos administrativos que indiquem uma verdadeira limpeza do entulho burocrático ainda presente na maioria dos processos administrativos da instituição. Ou seja, o aprimoramento do arcabouço regulatório e a revisão dos entraves burocráticos que retardam suas deliberações como objeto institucional. Dessa forma, será possível retornar à missão institucional, pilar da agência, qual seja: servir – oportunamente – à sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos deletérios desta pandemia têm causado comoções fora de qualquer padrão comportamental e racional, seja na população, no setor saúde, nos setores social e profissional, na mídia nacional, no setor econômico, na área política, na área eclesial, no setor sindical, na comunidade de pesquisadores e, principalmente, na variedade imensa de “especialistas” de momento.

Na linha de frente para autorizar a entrada de bens e produtos de enfrentamento do vírus, em face da insignificante produção nacional nesse quesito industrial, em um primeiro momento, a Anvisa se viu cobrada, antes mesmo de suas respostas às demandas concretas que pudessem chegar. É o vírus da presunção histórica da magnificência da burocracia instalada, alheia a qualquer tipo de compromisso social e político institucional conferido por seu mandato constitucional de proteger e promover a saúde da população. Posturas precedentes, ante a ineficácia na coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, aliadas a uma espécie de ativismo tecnocrático pontual, colocavam em dúvida o exercício da Agência perante a demanda da pandemia. A vacina para esse mal é a resposta desburocratizada e alinhada ao compromisso social de proteger e promover a saúde da população mediante ações seguras e eficazes no enfrentamento da pandemia dentro de seu escopo de atuação e ao tempo epidemiológico determinado.

Eram demandas diversas. A baixa produção nacional é sinalização de alerta para o enfrentamento de situações similares à frente. O desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil é fator imprescindível ao desenvolvimento interno, mas a qualidade do produto é exigência exponencial para a atenção à saúde das pessoas. Esta pandemia deixa, infelizmente, como lição, o malefício da dependência externa de um setor importante à preservação da vida das pessoas, bem como a necessidade de apoio político explícito a uma política industrial para seu desenvolvimento.

Respostas com arranjos pontuais às demandas e às leituras dos cenários de cada momento, em face da atualização de protocolos elaborados para enfrentamento da pandemia, defrontavam a Anvisa com o desabastecimento do mercado interno durante essa emergência. A principal justificativa em praticamente todo regulamento aprovado pela Anvisa tem sido *em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2*⁽²³⁾.

Entretanto, fica claro que, mesmo com esse argumento político-sanitário, nem todas as resoluções foram deliberadas em benefício das ações de combate ao vírus. A resposta ao clamor político de momento de algumas normas fica evidente, e isso coloca em xeque a regra basilar da criação das agências de regulação: a autonomia. Ao se acomodar ao clamor extemporâneo de compromissos políticos eivados de caráter comercial, sem relação com o alcance das políticas de saúde, a Anvisa caminha sempre na direção oposta do que as pessoas esperam em resposta aos seus reclamos no governo.

As pressões externas sobre as competências da Anvisa no desempenho de suas funções de regulamentar bens e serviços de interesse da saúde, algumas com forte repercussão em ações e

políticas setoriais que extrapolam o próprio objeto sob sua responsabilidade, são sempre motivo de tentações insalubres para subjugar seus atos aos ditames desses interesses forâneos.

A autonomia regulatória da Agência é essencial para o cumprimento de suas competências capituladas na Lei nº 9.782/1999⁽¹⁾, não como regra infalível e distante das demandas que lhe são encaminhadas, mas como norte para responder com responsabilidade social, precisão científica e criatividade às necessidades da população, do setor regulado, das políticas governamentais em apoio ao desenvolvimento nacional, bem como para não permitir a consolidação de propostas fora do ambiente sanitário estatuído constitucionalmente ao SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 jan 1999.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Decreto Legislativo no 395, de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União. 10 jul 2019.
3. Brasil. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União. 18 nov 2011.
4. World Health Organization. What is a pandemic? [Internet]. 24 fev 2020 [acesso 2020 out 09]. Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/.
5. Gadelha CA, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 15];23(6):1891-1902. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1891.pdf>.
6. Brasil. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1995.
7. Costa EA. Regulação e Vigilância Sanitária: Proteção e defesa da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MG, organizadores. Rouquayrol – Epidemiologia & saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2018. p. 461-86.
8. Silva JA. Fala na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal durante sabatina para aprovação ao cargo de Diretor da Anvisa. Brasília; 18 de abril de 2007.
9. Silva GH. Regulação Sanitária no Brasil: singularidades, avanços e desafios. In: Proença JD, Costa PV, Montagner P, organizadores. Desafios da Regulação no Brasil. Brasília: Enap; 2009.
10. Machado CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 3. p. 35-70.

11. Silva JA, Costa EA, Lucchese G. SUS 30 Anos: Vigilância Sanitária. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 15];23(6):1953-1961. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601953&script=sci_abstract&tlng=pt.
12. Paumgartten FJ. Sobre a alegada eficácia anticâncer da pílula de fosfoetanolamina, fragilidade da evidência científica e preocupações éticas. Vigil Sanit Debate. 2016 [acesso 2020 set 13].4(3):4-12. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.00822pt>.
13. Costa EA. Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 308.
14. Brasil. Resolução RDC nº 379, de 30 de abril de 2020. Altera a Resolução RDC nº 356/2020, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Diário Oficial da União. 30 abr. 2020.
15. Brasil. Resolução RDC nº 348, de 17 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de registro de medicamentos, produtos biológicos e produtos para diagnóstico in vitro e mudança pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Diário Oficial da União. 18 mar 2020.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientação de Serviço nº 81/ DIRE 2/ ANVISA, de 6 de abril de 2020. Define critérios para aplicação da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 348, de 17 de março de 2020, e institui o Comitê de avaliação de estudos clínicos, registros e mudanças pós – registros e medicamentos para a prevenção ou tratamento da COVID-19 e para mitigação do risco de desabastecimento e medicamentos com impacto para a saúde pública devido à COVID-19. Boletim de Serviços nº 15. 30 mar 2020.
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consultas. Produtos para Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/saude/q/?nome-Tecnico=coronav%C3%ADrus>.
18. Brasil. Resolução Nº 2, de 5 de março de 2004. Aprova os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações de que trata o art. 7º da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Diário Oficial da União. 6 maio 2004.
19. Guimarães R. As Interfaces e as “Balas de Prata: Tecnologias e Políticas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 15];25(9):3563-3566. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903563&tlng=pt.
20. Redação Época. Novartis diz que não doará vacinas contra a nova gripe a países pobres. Revista Época [Internet]. 12 jun 2009 [acesso 2020 jun 05]. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI77164-15518,00.html>

21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Entenda a liberação da cloroquina e hidroxiclороquina [Internet]. Anvisa, 31 mar 2020. [acesso 2020 jun 05]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/entenda-a-liberacao-de-cloroquina-e-hidroxiclороquina>.
22. World Health Organization. List of priority medical services for COVID-19 case management [Internet]. 9 abr 2020 [acesso 2020 jun 05]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/list-of-priority-medical-devices-for-covid-19-case-management>.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamentos diversos em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2 – RDC, Protocolos e orientações gerais para gestores públicos de maneira geral; 2020.

TEMPOS DE PANDEMIA: DO ERRO GROSSEIRO À IMPROBIDADE. CONSIDERAÇÕES SOBRE CONTRATOS PÚBLICOS, RESPONSABILIDADE E IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA DURANTE A PANDEMIA

Gabriel Menna Barreto von Gehlen¹

RESUMO: Trata-se de estudo sobre diversos aspectos jurídicos envolvendo a pandemia da COVID-19. Abordam-se o reequilíbrio dos contratos administrativos, o sobrepreço nas licitações; infrações e sanções em licitações e contratos administrativos; por fim, a responsabilidade administrativa e improbidade na gestão da pandemia, quando se abordam o art. 28 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, a Medida Provisória nº 966 e o julgamento proferido pelo Supremo Tribunal Federal a seu respeito, tudo sob o pano de fundo do direito dos desastres e da assim chamada política pública baseada em evidência.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Regime Jurídico Emergencial. Improbidade. Licitações. STF.

¹ Juiz federal desde 2002. Juiz de vara especializada em judicialização da saúde (5a vara federal de Porto alegre). Mestre em Direito do Estado pela UFRGS. Vice-coordenador do comitê executivo da saúde do CNJ no Rio Grande do Sul.



I. INTRODUÇÃO

A aparente heterogeneidade dos temas alusivos à pandemia de 2020 aqui tratados se uniformiza sob o *Leitmotiv* do “direito dos desastres”. Trata-se de um especial campo do direito que, por meio da normatização adequada e o entrelace do direito privado, do direito administrativo e constitucional⁽¹⁾, visa restabelecer a estabilidade e a normalidade em situações extremas de caos e excepcionalidade⁽²⁾. O “direito dos desastres” tem em sua essência uma atuação cíclica (o chamado *ciclo do direito dos desastres*, e que começa pela mitigação, seguindo-se as respostas de urgência, a compensação e a reconstrução). Assim, suas finalidades elencadas pela doutrina:

- (i) manter a operacionalidade do Direito, assegurando sua habilidade de operar de acordo com os seus padrões de regras, procedimentos, rotinas e protocolos; (ii) lutar contra a ausência de Direito, pois nos desastres há a necessidade de que seja assegurada uma rápida atuação acerca das possíveis violações jurídicas nas comunidades atingidas por eventos graves; (iii) fornecer estabilização e reacomodação, devendo as vítimas serem abrigadas e, dependendo da gravidade do evento, serem permanentemente realocadas; (iv) promover a identificação das vítimas e responsáveis; e, (v) finalmente, reduzir a vulnerabilidade futura, mediante os processos de aprendizagem com os eventos passados e as experiências bem-sucedidas⁽²⁾.

O presente estudo se divide em duas partes. Na primeira, evidenciam-se dois primeiros objetivos do *disaster law* acima citados (*manter a operacionalidade do direito e evitar a anomia*), ou seja, abordam-se o regime jurídico emergencial e transitório das relações com a administração pública, o reequilíbrio dos contratos administrativos e um aspecto desviante na resposta estatal à pandemia, o sobrepreço nas contratações públicas, assim como aspectos de infrações e sanções no âmbito das licitações e contratos públicos contidos na Lei nº 13.979/20⁽³⁾ (Lei COVID-19).

Na segunda parte, o foco muda para a outra missão do Direito dos Desastres, a resposta jurídica para as condutas administrativas ilícitas propiciadas pelo ambiente caótico que se segue às calamidades, em especial as decorrentes da improbidade administrativa; abordar-se-á ainda o paradigma de *bom administrador da pandemia* construído pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6421, em oposição ao conceito de erro grosseiro da Medida Provisória (MP) nº 966, de 13 de maio de 2020.

O estudo se baseia em pesquisa doutrinária e jurisprudencial.

2. PRIMEIRA PARTE

2.1 REGIME JURÍDICO EMERGENCIAL E TRANSITÓRIO DAS RELAÇÕES COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ⁽⁴⁾

Como é próprio do direito dos desastres, houve, no Brasil, uma resposta normativa tendente a evitar a anomia e o caos, a Lei nº 13.979/20 ⁽³⁾. Quem defende que a pandemia se resolve por um “*necessitas non habet legem*”, esquece dessa particularidade do *disaster law*, porque temos, sim, lei que rege o estado de necessidade excepcional. Sobrevive, portanto, a *rule of law*.

A Lei nº 13.979/20 não é pioneira no que propõe. Em oportunidade mais feliz e festiva produziu-se uma lei excepcional que também instituía um regime diferenciado de contratações públicas (Lei nº 12.462/11). O que as unia era o senso de urgência: nesta última, as obras das Olimpíadas do Rio e da Copa do Mundo tinham necessariamente que ser entregues a tempo e modo; o legislador da Lei COVID-19 também privilegiou a urgência, agora para um fim mais nobre, o de salvar vidas humanas, ainda que sacrificando formalidades tradicionais das licitações e contratações públicas ⁽⁵⁾.

A lei traz mecanismo de reequilíbrio, porém: ao passo que flexibiliza rigores formais, impõe medida que otimiza o controle social das medidas de enfrentamento da pandemia, somando-se aos mecanismos da lei de acesso à informação (Lei nº 12.527/11). Exigiu-se assim divulgação em um único site do ente federado de todas as contratações decorrentes da pandemia, de forma resumida e simples ⁽⁶⁾. Dessa forma, seu art. 4º § 2º ⁽³⁾:

§ 2º Todas as aquisições ou contratações realizadas com base nesta Lei serão disponibilizadas, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contado da realização do ato, em site oficial específico na internet, observados, no que couber, os requisitos previstos no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, com o nome do contratado, o número de sua inscrição na Secretaria da Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de aquisição ou contratação, além das seguintes informações:

- I – o ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato;
- II – a discriminação do bem adquirido ou do serviço contratado e o local de entrega ou de prestação;
- III – o valor global do contrato, as parcelas do objeto, os montantes pagos e o saldo disponível ou bloqueado, caso exista;
- IV – as informações sobre eventuais aditivos contratuais;
- V – a quantidade entregue em cada unidade da Federação durante a execução do contrato, nas contratações de bens e serviços.

Aliás, a MP 928/2020, que inseriu na Lei COVID-19 regras limitadoras do acesso à informação, de certa forma contrariando aquela *mens legis* original de expandir o controle social sobre o administrador da pandemia, foi julgada integralmente inconstitucional pelo STF. O Ministro Alexandre de Moraes, no voto líder, remetia à necessidade de uma política de desconfiança (*politics of distrust*) perante a administração, expressão feliz que também reequilibra o voto de confiança que o legislador deu ao administrador para atuar eficazmente contra o SARS-CoV-2: confia-se no administrador, *ma non troppo*.

Também por isso o legislador comandou aos órgãos de controle interno e externo priorizarem o exame das contratações decorrentes da pandemia (art. 4º-K). O Tribunal de Contas da União (TCU), aliás, inclusive criou um robô de pesquisa⁽⁷⁾ que analisa compras da pandemia conforme um escore de risco; uma das categorias suspeitas erigidas pelo algoritmo é que algum político componha o quadro societário da empresa fornecedora, pelo potencial de uso desviado do poder político.

O regime jurídico de enfrentamento da pandemia é temporalmente limitado. A Lei nº 13.979/20⁽³⁾, instituidora do regime jurídico da pandemia, segundo seu art. 8º, tem vigência até a data fixada no Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, 31 de dezembro de 2020, data final do estado de calamidade pública. Esse novo termo final de eficácia decorre de alteração da redação original da lei, em que sua vigência se vinculava ao estado de emergência internacional, ou seja, fazia depender a eficácia da lei nacional a ato da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao limite temporal da Lei COVID-19, soma-se seu âmbito restrito de aplicação. De acordo com o art. 4º da Lei nº 13.979/20⁽³⁾:

É dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus de que trata esta Lei.

Assim, ainda o art. 4º-G⁽³⁾:

Nos casos de licitação na modalidade pregão, eletrônico ou presencial, cujo objeto seja a aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de que trata esta Lei, os prazos dos procedimentos licitatórios serão reduzidos pela metade.

E por fim, seu art. 6º-A ⁽³⁾:

Ficam estabelecidos os seguintes limites para a concessão de suprimento de fundos e por item de despesa, para as aquisições e contratações a que se refere o caput do art. 4º, quando a movimentação for realizada por meio de Cartão de Pagamento do Governo.

Ou seja, o regime legal de exceção exige *relação de pertinência ou causalidade* entre a medida administrativa e o enfrentamento da COVID-19, ainda que de forma indireta. A título exemplificativo, Marçal Justen Filho exclui desse regime:

[...] a dispensa de licitação para situação em que o efetivo fornecimento dos serviços ou produtos esteja previsto para ser executado em doze meses. Essa contratação não será adequada para enfrentar a emergência ⁽⁸⁾.

Como adiantado, a pertinência ou a causalidade podem ser indiretas, como já reconhecido no parecer PGE/RS nº 18.253/20. Aí se opinou pela juridicidade da aplicação da Lei COVID-19 à aquisição de tratamento para a fibrose cística, condição que compromete gravemente o prognóstico de quem contraia o SARS-CoV-2:

2. No caso concreto, considerando que a aquisição dos medicamentos possui por objetivo o tratamento de indivíduos portadores de Fibrose Cística, os quais constituem uma importante população de risco decorrente da pandemia do coronavírus (COVID-19-19), cuja doença tem apresentado expressivo aumento da letalidade em pacientes com doenças respiratórias, são aplicáveis as disposições da Lei Federal nº 13.979/20, nos termos assentados no Parecer nº 18.132/20 desta Procuradoria-Geral do Estado ⁽⁹⁾.

Por fim, sob o aspecto subjetivo, o regime da Lei COVID-19 se aplica indistintamente à administração direta e indireta. Partilha-se do entendimento de Luciano Elias Reis e Marcus Vinícius Reis de Alcântara ⁽¹⁰⁾:

Como se sabe, as empresas estatais (empresas públicas e sociedades de economia mista, bem como suas subsidiárias) deverão reger-se pela Lei nº 13.303/2016 e pelos seus Regulamentos de Licitações e Contratos. Não estão mais submetidas à Lei nº 8.666/93. Contudo, de maneira sábia, quando o legislador previu a Lei nº 13.979/2020, estipulou que toda e qualquer dispensa, contrato ou licitação para aquisição de bens, serviços,

inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus deveriam ser regidos pela citada lei, independentemente de quem seria o autor do procedimento, seja empresa estatal ou não.

Essa interpretação expansiva decorre também da confessada teleologia da Lei COVID-19 no § 1º do seu art. 1º ⁽³⁾: “As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade.” Levando-se em conta que poucos hospitais públicos têm natureza de empresas públicas ou sociedades de economia mista, interpretação que os excluisse do regime emergencial da Lei COVID-19 não estaria amparada em prudente consequencialismo.

2.2 REEQUILÍBRIO DOS CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

O *disaster law*, como categoria do direito, pode ser atualíssimo. Nada obstante, a humanidade enfrenta desastres desde sempre, e o direito desde muito também tem soluções para lhes enfrentar.

A pandemia é facilmente reconduzível às molduras do caso fortuito ou de força maior, de forma a permitir a revisão do negócio entabulado entre administração e particular ou, no limite, até mesmo a sua extinção. Caso a dificuldade na prestação contratual decorra de ato estatal de combate à pandemia, os mesmos resultados jurídicos são viáveis, agora, porém, sob a categoria do fato do príncipe ⁽⁸⁾. São soluções todas elas extraíveis da expressão “*mantidas as condições efetivas da proposta*” do art. 37, inciso XXI da Constituição Federal de 1988 (CF/88), bem como do art. 9º da Lei nº 8.987/98 ⁽¹¹⁾.

O risco coberto por esses três institutos idealmente é imputado a quem pode geri-lo com maior eficiência, portanto, é a administração quem, em regra, suporta as consequências econômicas do chamado risco (ou álea) extraordinário (art. 65, II, “d”, da Lei nº 8.666/93); o particular quem em regra assume o risco ordinário, aquele inerente à atividade econômica. Este esquema alocativo do risco naturalmente pode ser tratado de outra forma no contrato ⁽¹²⁾.

Em parecer da consultoria jurídica do Ministério da Infraestrutura de 15 de abril de 2020 (Parecer nº 261/2020/CONJUR-MINFRA/CGU/AGU), Felipe Nogueira Fernandes sintetiza que:

Apenas eventos excepcionais justificariam a revisão de contratos com base na teoria da imprevisão. Para isso é imprescindível que se trate de: (i) evento superveniente e extraordinário; (ii) cuja ocorrência ou consequências sejam imprevisíveis e inevitáveis; e (iii) que tenha gerado um desequilíbrio muito grande no contrato, ou seja, uma onerosidade excessiva para uma das partes ⁽¹³⁾.

Para, então, concluir o consultor jurídico:

73. Porém, é importante ressaltar que esse reconhecimento em tese não significa necessariamente que os contratos de concessão deverão ser reequilibrados. Primeiro porque é possível que algum contrato tenha estabelecido uma alocação de riscos diferente da divisão tradicional entre riscos ordinários e extraordinários. Segundo, porque é necessário avaliar se a pandemia teve efetivo impacto sobre as receitas ou despesas do concessionário. É possível que, em determinados casos, não tenha ocorrido impacto significativo. Esses elementos deverão ser devidamente examinados para que se possa concluir se um determinado contrato deve ser reequilibrado.

2.3 SOBREPREGO NAS LICITAÇÕES

O preço nas contratações na Lei COVID-19 veio assim regrado em seu art. 4º⁽³⁾:

§ 4º Na hipótese de dispensa de licitação a que se refere o caput deste artigo, quando se tratar de compra ou de contratação por mais de um órgão ou entidade, poderá ser utilizado o sistema de registro de preços, previsto no inciso II do caput do art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993

§ 5º Nas situações abrangidas pelo § 4º deste artigo, o ente federativo poderá aplicar o regulamento federal sobre registro de preços se não houver regulamento que lhe seja especificamente aplicável. (Redação dada pela Lei nº 14065, de 2020)

§ 6º O órgão ou entidade gerenciador da compra estabelecerá prazo entre 2 (dois) e 8 (oito) dias úteis, contado da data de divulgação da intenção de registro de preço, para que outros órgãos e entidades manifestem interesse em participar do sistema de registro de preços realizado nos termos dos §§ 4º e 5º deste artigo. (Redação dada pela Lei nº 14065, de 2020)

§ 7º O disposto nos §§ 2º e 3º do art. 4º-E desta Lei não se aplica a sistema de registro de preços fundamentado nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 14065, de 2020)

§ 8º Nas contratações celebradas após 30 (trinta) dias da assinatura da ata de registro de preços, a estimativa de preços será refeita, com o intuito de verificar se os preços registrados permanecem compatíveis com os praticados no âmbito dos órgãos e entidades da administração pública, nos termos do inciso VI do § 1º do art. 4º-E desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14065, de 2020)

[...]

Art. 4º-E. Nas aquisições ou contratações de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, será admitida a apresentação de termo de referência simplificado ou de projeto básico simplificado

§ 1º O termo de referência simplificado ou o projeto básico simplificado referidos no caput deste artigo conterá:

[...]

VI – estimativa de preços obtida por meio de, no mínimo, 1 (um) dos seguintes parâmetros: (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

- a) Portal de Compras do Governo Federal;
- b) pesquisa publicada em mídia especializada;
- c) sites especializados ou de domínio amplo;
- d) contratações similares de outros entes públicos; ou
- e) pesquisa realizada com os potenciais fornecedores;

VII – adequação orçamentária.

§ 2º Excepcionalmente, mediante justificativa da autoridade competente, será dispensada a estimativa de preços de que trata o inciso VI do § 1º deste artigo. (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

§ 3º Os preços obtidos a partir da estimativa de que trata o inciso VI do § 1º deste artigo não impedem a contratação pelo poder público por valores superiores decorrentes de oscilações ocasionadas pela variação de preços, desde que observadas as seguintes condições: (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

I – negociação prévia com os demais fornecedores, segundo a ordem de classificação, para obtenção de condições mais vantajosas; e (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

II – efetiva fundamentação, nos autos da contratação correspondente, da variação de preços praticados no mercado por motivo superveniente. (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

Marçal Justen, ao comentar o art. 4º-E, ensina:

A interpretação do dispositivo, que permite a dispensa da estimativa de preços, deverá tomar em vista as circunstâncias do caso concreto. Poderá ocorrer situação de grande emergência, que dificulte a formulação da estimativa. Em outros casos, poderá verificar-se peculiaridade quanto ao objeto a ser contratado, afastando a viabilidade de estimativa quanto ao preço. Também poderá ocorrer o reconhecimento de que as circunstâncias de mercado tornaram superadas as fontes disponíveis sobre o preço, tal como se passaria com produtos cujo preço seja vinculado à moeda estrangeira. Essas

são apenas algumas das hipóteses imagináveis. Note-se que a dispensa da estimativa quanto ao preço deve ocorrer de modo excepcional. Isso não impede, contudo, a sua adoção de modo até frequente, sempre que as circunstâncias anômalas estejam presentes.

9.5) A contratação por valor superior ao estimado. O § 3º do art. 4º-E admite a contratação por preço superior ao estimado. Alude às hipóteses de variações de preços. A dinâmica da crise poderá gerar efeitos sobre o mercado, acarretando a elevação de preços além do que era praticado anteriormente. Anote-se que a variação de preços nem sempre configura abuso de poder econômico. Compete à autoridade expor formalmente as razões que justificam a contratação por valor superior ao estimado⁽⁸⁾.

O administrador tem duas opções desburocratizantes na Lei COVID-19: contratar diretamente ou utilizar o pregão simplificado. A busca da melhor proposta por um lado e a urgência da contratação por outro são os norteadores do administrador entre as duas alternativas:

Art. 4º É dispensável a licitação para aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei.

Art. 4º-G. Nos casos de licitação na modalidade pregão, eletrônico ou presencial, cujo objeto seja a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, os prazos dos procedimentos licitatórios serão reduzidos pela metade.⁽³⁾

Novamente, Marçal Justen bem esclarece as circunstâncias em que a urgência e o preço se mesclam para nortear a discricionariedade do administrador ao contratar sob a égide da Lei nº 13.979/20:

Portanto, a Administração tem o poder-dever de avaliar a premência da contratação. Ser-lhe-á facultado valer-se do pregão quando o tempo para a conclusão do procedimento licitatório não colocar em risco o atendimento da finalidade pretendida. Isso não significa que a viabilidade de aguardar um certo prazo para formalização e execução do contrato impeça a dispensa de licitação. Como mais bem examinado adiante, há uma presunção absoluta de situação emergencial nas contratações destinadas a atender as necessidades pertinentes à pandemia. Assim, por exemplo, a Administração poderá optar pelo pregão quando a contratação direta envolver dificuldades na obtenção de um preço justo. Em outros casos, pode existir uma pluralidade de fornecedores, todos potencialmente interessados em realizar o fornecimento, inexistindo um critério objetivo para escolher entre eles. Também é possível que a contratação apresente valor muito elevado, o que reduz a conveniência de escolhas fundadas em critérios de conveniência e oportunidade⁽⁸⁾.

Niebuhr ressalta que o legislador da COVID-19 recusou o formalismo anterior das compras públicas; agora “o pêndulo tende ao outro extremo, mais uma vez há riscos de excessos e desequilíbrio, ampliando-se as chances do sobrepreço”⁽⁵⁾.

Decisivo, a fim de verificar se o sobrepreço acarreta responsabilidade do gestor, é o grau de diligência empregado na pesquisa de mercado. Esse, aliás, é critério usual também no direito dos desastres, segundo o qual não importa o que o acusado sabia à época do evento, mas, sim, o que um homem razoável saberia, ou deveria saber⁽¹⁴⁾.

Com esse critério em mente, pode-se adiantar que sobrepreços verificados logo no início da pandemia, em período quando não havia quaisquer parâmetros estabelecidos, ou em que os bancos de dados disponíveis estavam alimentados ainda com preços pré-pandemia, dificilmente acarretarão responsabilidade do gestor, salvo prova de sua desonestidade ou conluio com o fornecedor.

Há, porém, uma série de mecanismos de pesquisa tendentes a evitar o sobrepreço. O ministério do planejamento dispõe do <https://paineldeprecos.planejamento.gov.br>; a Controladoria-Geral da União (CGU) desenvolveu o Painel Gerencial “Contratações Relacionadas à COVID-19”; o Ministério da Saúde já dispõe de importante banco de preços em saúde.

Bastam, portanto, alguns cliques para que o gestor identifique parâmetros de negociação caso opte pela aquisição direta. Se deixar de fazê-lo, e já houver preços bem inferiores registrados durante a pandemia, na prática, o gestor terá um significativo ônus de demonstrar por que não obteve negociações em patamares semelhantes. Naturalmente que o montante adquirido deverá ser contemplado, porque compras maiores geram economia de escala, de forma que o preço obtido pelo estado de São Paulo, por exemplo, possivelmente não sirva de parâmetro para aquisições realizadas por pequenos municípios.

2.3 INFRAÇÕES E SANÇÕES EM LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

A MP nº 928/2020 introduziu na Lei nº 13.979/2020 a suspensão de prazos processuais para o acusado, bem como suspendeu o prescricional dos tipos sancionatórios da Lei nº 8.112/1990 (estatuto do servidor federal), da Lei nº 12.846/20 (lei anticorrupção), de sanções decorrentes do poder de polícia (lei nº 9.873/99) e quaisquer sanções imputáveis a empregados públicos.

Posteriormente, com o advento da MP 951, as infrações em licitações e contratos também foram parcialmente submetidas àquele regime de suspensão, a partir da nova redação trazida para o art. 6º-D. Ali ficaram suspensos os prazos prescricionais das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 (licitações), na Lei nº 10.520/02 (pregão), e na Lei nº 12.462/11 (regime diferenciado de contratação). Segundo o rol de Juliane Erthal de Carvalho, o curso da prescrição está suspenso em relação ao sancionamento de:

(i) ausência de celebração do contrato, (ii) ausência de apresentação de documentação exigida pelo certame ou documentação falsa, (iii) retardamento na execução do objeto ou entrega do objeto ausente de justificativa plausível, (iv) modificação da proposta sem motivo superveniente, (v) comportamento inidôneo, (vi) fraude fiscal e (vii) inexecução total ou parcial do objeto contratado⁽¹⁵⁾.

A norma do art. 6º-D inspira-se no “*contra non valentem agere non currit praescriptio*” (“a prescrição não corre contra quem não pode agir”). Tratava-se de regra genérica que hoje em dia tem pouca aplicação entre nós, em face da taxatividade legal das hipóteses de suspensão do curso prescricional⁽¹⁶⁾. Nessa linha, a presidência da república constatou a significativa paralisação de atividades administrativas não essenciais a partir das exigências de distanciamento social, e como isso repercutiria negativamente nos processos sancionatórios. Disso decorreram a MP 928/20 e a MP 951/20 e a expressa previsão de suspensão dos prazos prescricionais ali previstos.

Como regra de exceção, a MP exige interpretação restrita. Assim, processos sancionatórios previstos em outras leis não foram afetados, a exemplo daqueles previstos na lei das estatais (Lei nº 13.303/16) ou na lei orgânica do TCU (Lei nº 8.443/92)⁽¹⁵⁾.

A suspensão do prazo prescricional das sanções nas licitações se inicia em 15 de abril de 2020, data de publicação da MP 951, e vai até o dia 12 de agosto de 2020, quando se encerrou sua vigência. Como não houve edição de decreto legislativo do § 11 do art. 62 da CF/88, o regime da prescrição permanece aquele da MP 951 naquele curto período. Com o fim da vigência das medidas provisórias, recomeça o curso do prazo pelo restante do tempo (diferente da *interrupção* da prescrição, na *suspensão* o prazo não recomeça desde o início).

Saliente-se, por fim, que não se ordenou a paralisação dos processos sancionatórios, que se poderiam desenvolver dentro das possibilidades do administrador, inclusive com atos de comunicação processual. Os prazos de resposta desencadeados pelas intimações aos processados não correram entre 23 de março e 20 de julho de 2020, de acordo com a MP 928/20. Saliente-se que essa suspensão de prazos processuais valeu para quaisquer processos administrativos, e não exclusivamente para as leis sancionatórias especificadas nas MP 928/20 e 951/20.

O parlamento optou por não converter as MP que suspenderam os prazos prescricionais. Por outro lado, o parlamento aprovou em menos de um mês de tramitação um *favor legis* em prol de hospitais prestadores de serviços ao SUS, suspendendo de 1º de março até 30 de setembro de 2020 “a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (leis nº 13.992/20 e 14.061/20).

Em decorrência dessas duas leis, os prestadores não precisaram recorrer às cláusulas de força maior ou caso fortuito, ambas hipóteses que ficam sujeitas seja à concordância do outro contratante, seja à decisão judicial. Ficou assim garantida aos prestadores a integralidade dos re-

passes dos valores financeiros ‘contratualizados’, porque se anteviu que as metas pactuadas seriam impraticáveis em face da pandemia.

Naturalmente, em casos excepcionais em que fique comprovada à sociedade que o prestador manteve intencionalmente sua estrutura ociosa, nessas especiais circunstâncias, será possível identificar enriquecimento sem causa do prestador, oportunizando ação de locupletamento para que se ressarça o SUS. Não se olvide que o enriquecimento sem causa pode ser tanto extraído do princípio da solidariedade constitucional⁽¹⁷⁾ como da propriedade constitucionalmente garantida. Tampouco os princípios constitucionais da moralidade e eficiência autorizariam aplicação dessas leis quando bem caracterizado o descumprimento doloso do prestador.

Assim – e ressalvado que se trata de situação excepcional e dependente de prova clara e convincente –, é possível ao juiz em ação de locupletamento empregar a técnica da *declaração de inconstitucionalidade sem redução de texto*, a fim de afastar pontualmente a incidência das leis nºs 13.992/20 e 14.061/20. Aliás, no limite, e com prova além da dúvida razoável, incorre nas penas da lei de improbidade o diretor de instituição de saúde que dolosamente se serviu dessas duas leis para obter repasses sem entregar as metas ‘contratualizadas’, mesmo quando dispunha dos meios para fazê-lo (art. 10 da Lei nº 8.429/92, inc XII “permitir, facilitar ou concorrer para que terceiro se enriqueça ilicitamente”).

3. PARTE 2

3.1 DO JULGAMENTO DA EXCEPCIONALIDADE: RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA E IMPROBIDADE NA GESTÃO DA PANDEMIA. O ERRO GROSSEIRO VERSUS A POLÍTICA PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Após a pandemia, virá uma das etapas do ciclo das catástrofes, a responsabilização dos culpados. Nada mais humano que apontar o dedo para os deslizes do próximo. Há mesmo uma teoria sobre a origem da linguagem que deita suas raízes na necessidade de *focar*: como homem social, tão importante quanto saber onde estava a presa a ser caçada, ou o predador de quem se esconder, era apontar e afastar os maus elementos do grupo social. E nada melhor que a fofoca para soar o alerta acerca de um psicopata paleolítico⁽¹⁸⁾.

A pandemia de 2020 revelou-se palco para atos heroicos, bem como para comportamentos tão socialmente nocivos que merecem reprovação do direito. A tendência atávica de falar dos outros e especialmente de seus malfeitos, portanto, tem um terreno fértil quando o grupo social enfrenta uma situação limite de desastre, porque é quando o espírito comunitário é mais necessário e os comportamentos antissociais são ainda mais prejudiciais.

Ademais, é próprio do *disaster law* reconhecer que esses eventos não são mais meros atos naturais ou, indo mais longe, atos dos deuses. A assim chamada *virada social* na percepção dos desastres os interpreta agora como vulnerabilidades a riscos, decorrentes essencialmente da imprevidência ou incompetência do poder público, e não da natureza em si. E no que importa a este capítulo, este “*social turn*” no direito dos desastres, ao reconhecê-los como eventos administráveis pelos estados, permite atribuir culpa aos responsáveis. Os desastres não são mais meros *infortúnios* (fatos naturais), porque agora se transformaram em *injustiças* (atos humanos) ⁽¹⁴⁾.

Essa nova percepção dos desastres inclusive justifica a jurisprudência da corte europeia de direitos humanos que extrai do direito à vida um dever estatal de proteção eficiente contra desastres, inclusive um dever de responsabilizar os culpados e julgar ações ajuizadas pelas vítimas (casos *Öneryıldız v Turkey*; *Budayeva and others v Russia*; *Kolyadenko and Others v Russia*) ⁽¹⁴⁾.

O direito administrativo, no seu capítulo sobre responsabilidade administrativa, dá resposta às condutas antijurídicas praticadas pelos agentes públicos. A responsabilidade administrativa tem conteúdos diversos, entre os quais o dever de transparência/publicidade e prestação de contas; o de justificar condutas e políticas; e seu conteúdo mais eminente: o sancionamento condutas ilícitas do agente. Esta tríade remete, outrossim, à noção de *accountability* do direito americano ⁽¹⁹⁾.

E em matéria de sanção, a lei de improbidade é um foco permanente de tensão entre gestores e operadores do direito, por conta da amplitude e largueza de seus tipos sancionatórios. Daí a necessidade de se clarificar os limites da improbidade nesse momento histórico; caso os gestores tenham segurança jurídica sobre os limites de sua atuação, isso redundará em políticas públicas mais dinâmicas e eficientes. Como lembra Niebuhr, importa “proteger os agentes administrativos para que eles se sintam ao menos um pouco mais seguros e se disponham a tomar decisões rápidas, que têm naturalmente maior probabilidade de erro”. É nesse sentido também a heurística sugerida por Binenbojn e Dionísio, para os quais “quanto mais imediata é a solução requisitada do administrador, menor é o nível de diligência exigido e maior é o espaço de tolerância ao erro” ⁽²⁷⁾. Assim a lição dos autores cariocas:

Em condições normais, são necessárias semanas ou até meses para que o administrador realize pesquisas de preço a respeito do bem, serviço ou obra que deseja contratar, solicite e aguarde a elaboração de estudos jurídicos e técnicos a respeito de matérias complexas e reúna outros documentos e dados pertinentes ao seu processo decisório. Em um cenário de calamidade pública, muitas vezes nada disso é possível.

Ocorre que a incidência de erros tende a ser maior quanto mais célere e desinformada for a decisão. A ausência de dados relevantes e a impossibilidade de reflexões mais profundas a respeito do problema e de alternativas de solução tendem a gerar equívocos. Por outro lado, o tempo necessário para coletar mais dados pode atrasar a ação estatal e gerar ainda mais prejuízos à coletividade. Desse modo, a maior tolerância ao cometimento de erros em um contexto de crise é justificada pela necessária agilidade da decisão.

Já desde 2018, o legislador pretendia assegurar ao administrador margens de atuação mais seguras, em face de órgãos de controle cada vez mais ativos e menos autocontidos. É daquele ano norma do art. 28 da lei de introdução ao direito brasileiro: “O agente público responderá pessoalmente por suas decisões ou opiniões técnicas em caso de dolo ou erro grosseiro”.

E se a situação do administrador já era de temor perante os órgãos de controle, a pandemia incrementou essa sensação a níveis inauditos: à insegurança jurídica somou-se a incerteza sobre a própria doença e sobre um mercado de saúde afetado gravemente por crises de oferta e demanda. A urgência exigiu que o administrador renunciasse a mecanismos de obtenção de informações de dados fidedignos, como consultas e audiências públicas e análises de impacto regulatório, descartando-se a procedimentalização em favor de atos administrativos tomados no calor dos eventos. A própria análise de custo-benefício fica prejudicada por conta da novidade da doença e da insegurança sobre muitas das medidas de controle e seus impactos futuros.

Esse cenário todo de insegurança e sobressalto gerou reação da presidência da república, que editou a MP 966, de 13 de maio de 2020 ⁽²¹⁾:

“Art. 1º Os agentes públicos somente poderão ser responsabilizados nas esferas civil e administrativa se agirem ou se omitirem com dolo ou erro grosseiro pela prática de atos relacionados, direta ou indiretamente, com as medidas de:

I – enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19; e

II – combate aos efeitos econômicos e sociais decorrentes da pandemia da COVID-19.

§ 1º A responsabilização pela opinião técnica não se estenderá de forma automática ao decisor que a houver adotado como fundamento de decidir e somente se configurará:

I – se estiverem presentes elementos suficientes para o decisor aferir o dolo ou o erro grosseiro da opinião técnica; ou

II – se houver conluio entre os agentes.”

“Art. 2º. Para fins do disposto nesta Medida Provisória, considera-se erro grosseiro o erro manifesto, evidente e inescusável praticado com culpa grave, caracterizado por ação ou omissão com elevado grau de negligência, imprudência ou imperícia.”

A MP 966 teve sua vigência prorrogada uma vez, encerrando-se em 10 de setembro de 2020. Possivelmente, o congresso tampouco edite decreto legislativo do § 11 do art. 62 da CF/88 ⁽¹¹⁾; ao menos não o fez nas MP sobre suspensão do prazo prescricional analisadas há pouco, e a rigor são raros os decretos legislativos editados para regramentos de efeitos das MP não convertidas. Então ações de improbidade acerca de atos praticados sob a vigência da MP 966 serão parametrizadas pelas regras de direito material nelas contidas.

Nada obstante, o fim da vigência da MP 966 deve ser contemplado em sua exata dimensão, qual seja, de desimportância ou, arrisca-se mesmo, *irrelevância*. O ministro Gilmar Mendes, na ADI analisada logo a seguir, inclusive consignou que as “balizas trazidas pela norma não se distanciam do regime de responsabilidade civil e administrativa dos agentes públicos constitucionalmente vigentes em circunstâncias de normalidade”. E, de fato, como já fora adiantado pouco acima, já temos desde 2018 norma no art. 28 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro (LINDB) que determina a responsabilidade administrativa do agente somente no caso de dolo ou erro grosseiro. Além do mais, esse art. 28 repercute evidentemente na responsabilização por improbidade, como já reconhecido doutrinariamente:

A Lei 13.655/18 que recentemente introduziu disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público (artigos 20 a 30) no corpo da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – LINDB (Decreto-Lei 4.657/42), causou sentimentos de diversas espécies nos diferentes extratos profissionais que se incumbem de laborar diuturnamente com a Administração Pública Brasileira.

Alguns integrantes dos órgãos de controle, especialmente membros dos Tribunais de Contas e do Ministério Público, posicionaram-se radicalmente contra a sua promulgação, exigindo que o presidente da República opusesse veto integral, sem considerar que se tratava de um projeto tramitado e aprovado democraticamente pelo órgão constitucionalmente competente (Congresso Nacional). Não deixaram de atribuir ao texto, nesse embate, é claro, o signo do retrocesso e da ‘impunidade’, uma espécie de ‘freio de mão’ ao exercício discricionário e impiedoso da prerrogativa de acusar.

[...]

Com efeito, o sentimento societário, panfletado em parte pela mídia (a sedizente voz das ruas), de que todo administrador público é desonesto até prova em contrário, tem provocado uma inexata compreensão da realidade da gestão pública no país, rebaixando qualquer administrador público, mesmo o eficiente e honesto, ao ‘grau de desinvestimento’.

[...]

Certamente, não foram os processos contra gestores desonestos e venais – aqueles indevidamente propagados como obstáculo à higidez da Lei 13.655/18 –, que ensejaram a edição do diploma. Foram os processos perseguidores de delitos de exegese e aqueles portadores de debate em torno de vertigens de pequenas alturas. A lei é remédio contra a letargia decisória e o temor de se decidir e ser processado... de se emitir parecer com convicção e fundamento fático-jurídico e ser processado... de ser contratado pela Administração Pública, com amparo na doutrina e na jurisprudência do STF e orientado pelos órgãos de classe, e ser processado... — a gestão pública no Brasil ficara [ficou] fragilizada e até acuada, muitas vezes por conta de avaliações apressadas e superficiais”.

[...]

Estabeleceu o artigo 28 da Lei 13.655/18 que ‘o agente público responderá pessoalmente por suas decisões ou opiniões técnicas em caso de dolo ou erro grosseiro.’ A nova disposição da LINDB afeta diretamente a regra do artigo 10 da Lei 8.429/92, à medida em que transforma em pressuposto da responsabilização do agente público (que decide ou emite opinião técnica) exclusivamente o dolo e o erro grosseiro, afastando, pois, a ideia de responsabilização por culpa *stricto sensu*⁽²²⁾.

A MP 966 não fez nada senão introduzir *preceito didático* tendente a definir o que já era decorrência da semântica de erro grosseiro da LINDB, numa sucessão de adjetivos e redundâncias (“manifesto, evidente, inescusável, grave, elevado grau”) que pouco auxiliam o aplicador da norma. Aliás, essa cornucópia de adjetivos já vinha desde antes da pandemia, porque já presentes no decreto regulamentador do art. 28 da LINDB, nº 9.830, de 10 de junho de 2019⁽²³⁾.

A grande relevância da MP 966 foi ter servido de gatilho para um precedente histórico do STF para compreensão da improbidade e do parâmetro de conduta do gestor durante a pandemia; aliás, o parâmetro interpretativo ali fixado permanecerá mesmo depois de encerrado este capítulo da história da humanidade.

Nada menos que sete ADI (6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431) foram propostas por entidades que viam na MP 966 um salvo conduto para gestores mal-intencionados. Sobreveio um voto líder nada menos que primoroso do ministro Luís Roberto Barroso, em que sublinhava que o sentido da MP não era o de imunizar os agentes públicos; na continuidade, o ministro ensinou que os nortes interpretativos dos direitos fundamentais à vida e à saúde, segundo a jurisprudência do STF, são os padrões técnicos e evidências científicas e os princípios da prevenção e precaução, devendo a administração se abster de condutas em cenário de incerteza quanto aos riscos.

Em seguida o ministro joeirou as duas categorias fundamentais de agentes contemplados na MP 966, ambas prejudiciais para o bem público: de um lado, a dos desonestos e aproveitadores; de outro, a dos administradores corretos que deixam de atuar, temerosos de sanções indevidas por medidas que adotem. Daí a importância de fixar uma orientação para os administradores da pandemia, orientação esta que excluiria o erro grosseiro e sua responsabilização: eles atuariam com correção desde que se inspirem em:

{...} standards, normas e critérios científicos e técnicos, tal como estabelecidos por organizações e entidades médicas e sanitárias nacional e internacionalmente reconhecidas, bem como a observância dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção.

Eis as teses sintetizadoras do julgado:

1. Configura erro grosseiro o ato administrativo que ensejar violação ao direito à vida, à saúde, ao meio ambiente equilibrado ou impactos adversos à economia, por inobservância:

- (i) de normas e critérios científicos e técnicos; ou
- (ii) dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção.

2. A autoridade a quem compete decidir deve exigir que as opiniões técnicas em que baseará sua decisão tratem expressamente:

- (i) das normas e critérios científicos e técnicos aplicáveis à matéria, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas; e
- (ii) da observância dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção, sob pena de se tornarem corresponsáveis por eventuais violações a direitos⁽²⁴⁾.

O voto líder remetia à própria Lei COVID-19, quando estabeleceu que as medidas de combate à pandemia tenham “base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde” (art. 3º, § 1º). Esta, em combinação com a norma do § 1º do art. 1º (“As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade”), são as chaves interpretativas fundamentais dessa lei e, porque não, de todo o período excepcional: deve prevalecer o pensamento comunitarista em detrimento do individualista, e a política pública deve ser baseada em evidências⁽²⁵⁾.

Nada obstante, ao remeter às evidências científicas, a lei ainda deixou uma margem perigosa ao administrador, mormente em tempos em que redes sociais parecem ser palco para recém-autointitulados especialistas e cientistas, porém sem qualquer familiaridade com o método científico. Mais grave ainda quando esses especialistas parecem influenciar indevidamente não poucos e importantes gestores, no que parece um grave desvio da discricionariedade técnica.

Aqui não se trata de negar a *falseabilidade* popperiana como característica da ciência, e, portanto, que as verdades científicas estão sempre sujeitas a revisão. Há, porém, questões acima de qualquer discussão e que não se submetem a um relativismo pernicioso, como aliás censurava Richard Dawkins em sua oratória demolidora:

Aponte-me um relativista cultural a 10 quilômetros de distância e lhe mostrarei um hipócrita. Aviões construídos de acordo com princípios científicos funcionam. Eles mantêm-se no ar e o levam ao seu destino escolhido. Aviões construídos de acordo com especificações tribais ou mitológicas, tais como [...] as asas coladas com cera de abelha de Ícaro, não funcionam. Se você estiver voando para um congresso internacional de antropólogos ou de críticos literários, a razão pela qual você provavelmente

chegará lá – a razão pela qual você não se esborrachará em um campo cultivado – é que uma multidão de engenheiros ocidentais cientificamente treinados realizou os cálculos corretamente. A ciência ocidental, com base na evidência confiável de que a Lua orbita em torno da Terra a uma distância de 382 mil quilômetros, conseguiu colocar pessoas em sua superfície. A ciência tribal, acreditando que a Lua estava um pouco acima do topo das árvores, nunca chegará a tocá-la, exceto em sonhos⁽³²⁾.

Há, pois, relativistas da pandemia que embarcam em aviões e que facilmente se apropriam da linguagem científica e, mais grave, parecem aptos a impregnar alguns gestores da saúde. Por isso, o STF, quando se debruçou sobre a “MP do erro grosseiro”, oportunamente esclareceu quais são as evidências científicas que, nos termos da Lei COVID-19, devem nortear as políticas de combate à pandemia. Elas não advêm da ciência tribal verberada por Dawkins, *que só em sonhos chega à lua*. O STF, à míngua de critério objetivo melhor, e a fim de se conferir algo de segurança jurídica aos gestores, erigiu diretrizes da organização mundial da saúde como critério apto a excluir erro grosseiro. Pode-se concluir que aqueles que delas se desviarem terão um grave ônus argumentativo de demonstrar o equívoco daquele braço sanitário da ONU; sobre eles pesará a presunção de terem incorrido em erro grave, suficiente à incidência do art. 10 da lei de improbidade (Lei nº 8.429/92), caso configurada lesão ao erário.

Assim, não se trata de inovação jurisprudencial o STF reputar à OMS árbitro científico de questões que teve que julgar. Na ADI sobre a comercialização do amianto (ADI 4066, Rel. Min. Rosa Weber, j. 24.08.2017) e no recurso extraordinário sobre o campo eletromagnético das linhas de transmissão de energia (RE 627189, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 08.06.2016), as recomendações da OMS foram decisivas para o julgamento. Aliás, neste último caso, a própria lei que rege a matéria, Lei nº 11.934/2009⁽³⁾, em seu art. 4º determina que “serão adotados os limites recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a exposição ocupacional e da população em geral a campos elétricos, magnéticos e eletromagnéticos”.

Muito provavelmente haverá casos judicializados sobre os quais a OMS não tenha emitido alguma recomendação. Nessas hipóteses, é aconselhável que o juiz se sirva de auxiliares bem familiarizados com o método científico e avaliação de evidências em saúde. Nessa linha, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou, na Resolução 238/2016, a instalação de núcleos de apoio técnico ao judiciário (NatJus), muitos deles já instalados e de altíssima qualidade, capazes de produzir avaliações de tecnologia em saúde – matéria que exige domínio de metodologia e leitura crítica da literatura de saúde.

A título exemplificativo, o Hospital Sírio-Libanês, que compõe essa rede de apoio ao judiciário instalada pelo CNJ, produziu um parecer técnico-científico acerca do uso da hidroxiquina para tratamento da COVID-19, do qual se extrai excerto revelador do rigor científico da iniciativa:

Por fim, a justificativa para uso de medicamentos para casos de COVID-19, assim como para qualquer outra doença, deve ser pautada na existência de benefícios clínicos (redução de mortalidade, e complicações respiratórias etc.) observados por meio de bons estudos clínicos, preferencialmente ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos.

O uso de um medicamento não deveria ser justificado unicamente por seus potenciais mecanismos de ação observados em estudos experimentais/ pré-clínicos. Exemplos recentes, como o uso de albumina em grandes queimados, já mostraram que esta não é uma estratégia aceitável quando o objetivo é oferecer um tratamento com melhor probabilidade de benefícios do que riscos.

Ignorar estes preceitos, certamente aumenta a incerteza na tomada de decisão – o que significa exatamente o oposto do que as pesquisas clínicas têm procurado seguir, de modo mais rigoroso, ao longo dos últimos 25 anos.

Desta forma, frente ao cenário alarmante em que estamos vivendo, é que se torna imprescindível que as decisões sejam informadas pelas melhores evidências disponíveis, de modo que as ações de hoje tenham maior probabilidade de trazer benefícios do que riscos à população. Neste sentido, qualquer recomendação sobre o uso de medicamentos para o tratamento da infecção por COVID-19 deve ser pautada em estudos com qualidade metodológica suficiente para minimizar a incerteza de seus resultados⁽²⁷⁾.

Note-se que a própria LINDB (o já referido art. 28) também foi objeto dessas mesmas ADI que visavam primordialmente à MP do erro grosseiro. E nessa parte das ADI, o STF entendeu que não havia urgência para exame de liminar, por já contar a lei com mais de dois anos de vigência; mais importante, porém, é que a corte entendeu, ao que parece sob um prisma pragmático, que não se havia “detectado algum tipo de malefício ou de transtorno decorrente de sua aplicação”⁽²⁴⁾.

Quando juiz da improbidade for sentenciar uma ação de improbidade, antes ele deve tomar uma *pílula de empatia*. Vale o mesmo para o membro do Ministério Público e o Juiz de Contas. É o comando da LINDB, em seu art. 22, que impõe ao julgador considerar “os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo”. Se o gestor vislumbrar que, no futuro, virá a ser julgado por Torquemadas revividos, o que teremos será imobilismo e inoperância no enfrentamento da crise sanitária. Essa percepção não faltou ao ministro Barroso na “ADI do erro grosseiro”, em excerto proverbial de seu voto:

[...] existe o risco de o administrador correto ter medo de decidir o que precisa ser decidido por temor de retaliações duras, por temor de que, ao assistirem ao videoteipe, percebam-se coisas que, no calor da decisão, no meio da fumaça e da espuma, não era possível de se ver com clareza⁽²¹⁾.

Se a *pílula de empatia* ingerida pelo julgador não for suficiente, outra talvez se faça necessária, agora de *humildade*. A psicologia social identificou o “efeito Dunning-Kruger” segundo o qual indivíduos com pouco domínio sobre um assunto creem ser muito preparados, numa perigosa ilusão de superioridade⁽²⁸⁾. Diz a sabedoria popular que “em retrospectiva, todo mundo é gênio”, e, de fato, mesmo perante as incertezas e caos do mundo, sempre haverá os especialistas recém-autodescobertos que farão juízos morais gravíssimos sobre os fatos passados e destruirão os gestores por uma suposta incompetência. Leonard Mlodinov lembra que após qualquer tragédia surge comumente um “um jogo de culpas no qual as pessoas são acusadas por não terem previsto o que estava por acontecer”⁽²⁹⁾. Em outro momento inspirado de seu voto na “ADI do erro grosseiro”, o ministro Barroso aludia também a esse viés (ou sabedoria) da retrospectiva (*hindsight bias*):

Um dos problemas do Brasil é que o controle dos atos da Administração Pública sobrevém muitos anos depois dos fatos relevantes, quando, muitas vezes, já não se tem mais nenhum registro, na memória, da situação de insegurança, da situação de dramaticidade, da situação de urgência, das incertezas e indefinições que levaram o administrador a decidir. Porque, daqui a alguns anos, quando se vai julgar o que passou, age-se como um “comentarista de videoteipe”. E, depois que tudo aconteceu, quando se pode olhar os fatos à distância, percebem-se muitas coisas que, quando se está ali no calor do momento, não se é capaz de perceber.

Um exemplo eloquente sobre essa construção pós-desastre do conhecimento, e de como ela toma muito tempo e esforço, é a comissão independente sobre o acidente nuclear de Fukushima, que teve mais de 900 horas de oitivas em mais de mil depoimentos⁽¹⁴⁾.

Evidente que futuras ações de improbidade não terão uma instrução sequer minimamente semelhante a essa dos japoneses, mas decididamente serão instruídas e julgadas em longos meses, senão anos. O que importa é que o gestor da saúde, durante a pandemia, não dispunha desses meses ou anos para decidir ou colher dados; essa percepção, espera-se não falte aos julgadores e controladores.

Além disso, pode ser que mesmo tomadas as medidas conforme os parâmetros técnicos adotados pela comunidade científica, ainda assim não se obtenham os efeitos esperados. Isso tampouco deverá acarretar a responsabilização de agentes públicos, e Mlodinov também advertia que “na vida, a conexão entre ações e resultados é aleatória, e [...] influências aleatórias são tão importantes quanto nossas qualidades e ações”⁽²⁹⁾. Assim, não se deverão impor retrospectivamente aos gestores *obrigações de resultado*, eles que têm meras *obrigações de meio*, ou seja, estão obrigados a condutas diligentes e, conforme o esclarecimento do STF, pautadas pela ciência.

No entanto, recomenda-se previdência ao gestor, ainda que o conselho não precise redundar em paranoia doentia e paralisante. Outrossim, a cautela pede até que o gestor produza antecipadamente provas, na linha defendida por Rafael Arruda Oliveira:

“Documentar” este momento por que passam o país e os governos assume, portanto, superlativa importância, notadamente dos fatores e das condições que, em nome de um princípio de cautela geral, levam as autoridades públicas nacionais a tomar medidas tendo em vista realidades mais duras e aspectos dolorosos vivenciados por nações estrangeiras no combate à pandemia. Em matéria de contratações públicas, tais medidas acautelatórias de direito não se restringem aos agentes públicos: também os particulares que, nessa ambiência, contratam com as Administrações devem adequadamente se resguardar de futuras injunções do controle público, a fim de preservar a contextualização do momento presente, cuja memória não pode se perder⁽³⁰⁾.

Ademais, por além de previdência, o administrador prudente e responsável deverá, mesmo na premência do combate à pandemia, justificar adequada – *ainda que resumidamente* – seus atos. A Lei COVID-19⁽³⁾, no § 1º do art. 4º-E, expressamente exigiu que as contratações contem com declaração do objeto, fundamentação simplificada, descrição resumida da solução apresentada, requisitos da contratação, critérios de medição e pagamento e estimativas dos preços.

O TCU, em acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde na pandemia, constatou ausência de motivação exigida na Lei COVID-19, em especial justificativas específicas sobre necessidade da contratação e sua destinação, assim como sobre a quantidade dos bens ou serviços e as respectivas memórias de cálculo. Sobreveio então o acórdão 1335, de 27 de maio de 2020, relatado pelo ministro Benjamin Zymler, do qual se extrai excerto justificador do entendimento da corte de contas:

42. Como exemplo, destaco o extrato da dispensa de licitação, publicado em 27/4/2020, o qual teve por objeto a contratação do fornecimento de oitenta milhões de aventais ao custo total de R\$ 912 milhões – R\$ 11,40 por unidade.

43. Consoante apurado preliminarmente nos autos do TC 018.706/2020-7, que trata especificamente dessa aquisição, o processo de compra teve início com um termo de referência que especifica o quantitativo de 80 milhões de aventais sem apresentar, contudo, a base de cálculo correspondente. Há apenas afirmações genéricas no sentido de que seriam insumos necessários para o enfrentamento da crise.

44. Não havia informações do destino a ser dado a esses produtos e tampouco de como se chegou a esse número. Não há indicação se seriam distribuídos aos entes subnacionais (estados, Distrito Federal e municípios) e da parcela que caberia a cada qual. Também não há avaliação da necessidade de cada ente subnacional.

45. É certo que a Lei 13.979/2020 – que dispõe sobre as medidas para enfrentamento desta emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus –, em seu art. 4º – B, inc. IV, estabelece que há a presunção de que as

aquisições por dispensa com fulcro nessa lei estão limitadas à parcela necessária ao atendimento da situação de emergência.

46. Essa presunção, entendo, busca dar ao gestor segurança jurídica para que, por exemplo, não se perca em minúcias na estimativa dos quantitativos das aquisições. Ou seja, de acordo com a urgência do momento, seriam aceitas projeções menos detalhadas, de forma que não haveria reprovabilidade na conduta do gestor ao adquirir produtos que se mostrem além do necessário para atender à situação emergencial.

47. Entretanto, embora de forma simplificada, a Lei 13.979/2020 exige a elaboração de termo de referência para a aquisição de bens, o qual deve conter (§ 1º do art. 4º - E):

“I – declaração do objeto;

II – fundamentação simplificada da contratação;

III – descrição resumida da solução apresentada;

IV – requisitos da contratação;

V – critérios de medição e pagamento;

VI – estimativas dos preços.” (grifou-se).

48. Ou seja, segundo a norma, cabe adotar procedimentos mínimos para a contratação, o que, por certo, demanda a justificativa, mesmo que por estimativa, dos quantitativos a serem adquiridos.

O acórdão concluiu por determinar ao Ministério da Saúde adequação na forma de motivação dos atos praticados sob o pálio da Lei COVID-19.

Uma parábola a título de fecho.

Há mais de 3 mil anos, Daniel e seus três compatriotas judeus, capturados por Nabucodonosor, rejeitavam partilhar da dieta da corte babilônica por considerá-la em desacordo com a lei judaica. Aspenaz, o nutricionista eunuco da época, porém, temia por sua própria vida, porque se os escravos judeus emagrecessem e adoecessem ele seria responsabilizado pelo rei. Daniel propôs um experimento de dez dias a Aspenaz: o grupo controle permaneceria na dieta real, e o grupo intervenção adotaria uma dieta vegetariana. Ao final do decêndio, segundo a bíblia, o grupo vegetariano estava mais saudável que o da dieta babilônica, e Aspenaz concordou em manter a linha kosher dos prisioneiros⁽³¹⁾.

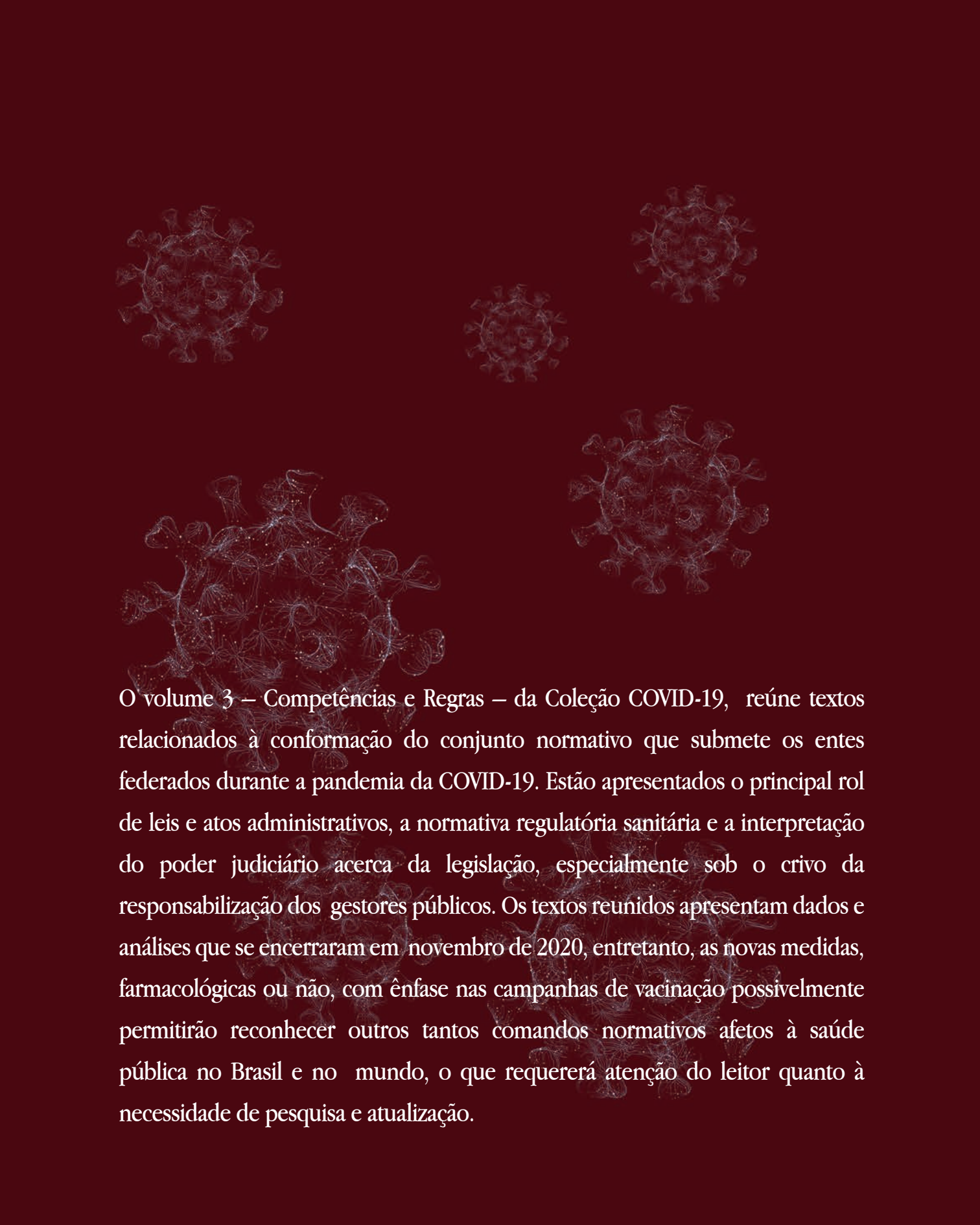
Ou seja, já há 3 mil anos, e onde menos se esperaria – no antigo testamento –, há relatos de *políticas baseadas em evidências*. Oxalá a “ADI do erro grosseiro”, ao parametrizar a conduta do bom administrador às evidências científicas, contribua também para uma evolução racionalista na administração pública e na jurisprudência.

REFERÊNCIAS

1. Farber D. Disaster law and emerging issues in Brazil. RECHTD. 2012;4(1):2-15. doi: <https://doi.org/10.4013/rechtd.2012.41.01>
2. Carvalho DW. A natureza jurídica da pandemia covid-19 como um desastre biológico: um ponto de partida necessário para o direito. Rev. tribunais Online [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]; 1017:243 - 267. Disponível em: <https://www.thomsonreuters.com.br/content/dam/openweb/documents/pdf/Brazil/revistas-especializadas/rt-1017-a-natureza-juridica-da-pandemia-covid-19-2.pdf>
3. Brasil. lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 7 fev. 2020.
4. Brasil. Lei nº 14.010, de 10 de junho de 2020. Dispõe sobre o regime jurídico emergencial e transitório das relações jurídicas de direito privado (RJET) no período da pandemia do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 8 set 2020.
5. Niebuhr JM. Regime emergencial de contratação pública para o enfrentamento à pandemia de COVID-19. Belo Horizonte: Fórum; 2020.
6. Santos JL. Contratações públicas e covid-19: a transparência como medida profilática. In: Marçal JF. Covid-19 e o Direito Brasileiro [Internet]. [s.l.]: Justen, Pereira, Oliveira & Talamini; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Covid-19-Direito-Brasileiro-Mar%C3%A7al-Justen-ebook/dp/B086M3XRHD>
7. Tribunal de Contas da União. Mudanças nas regras orçamentárias e fiscais são avaliadas pelo TCU [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/impressa/noticias/mudancas-nas-regras-orcamentarias-e-fiscais-sao-avaliadas-pelo-tcu.htm>
8. Marçal JF. Covid-19 e o Direito Brasileiro [Internet]. [s.l.]: Justen, Pereira, Oliveira & Talamini; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Covid-19-Direito-Brasileiro-Mar%C3%A7al-Justen-ebook/dp/B086M3XRHD>
9. Brasil. Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul. Parecer nº: 18.253/20. Agravação diante da emergência em saúde pública decorrente do coronavírus/covid-19 [Internet]. Porto Alegre, 09 de jun 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <http://sid.pge.rs.gov.br/pareceres/pa18253.pdf>.
10. Reis LE, Alcântara MV. Contratação pública extraordinária no período do coronavírus [Internet]. Controladoria Geral do Governo de Mato Grosso. 26 mar 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <http://www.controladoria.mt.gov.br/-/14028492-contratacao-publica-extraordinaria-no-periodo-de-coronavirus>.

11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
12. Pereira C, Wallbach R. Pandemia de covid-19 e o equilíbrio econômico-financeiro das concessões. In: Marçal JF. Covid-19 e o Direito Brasileiro [Internet]. [s.l.]: Justen, Pereira, Oliveira & Talamini; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Covid-19-Direito-Brasileiro-Mar%C3%A7al-Justen-ebook/dp/B086M3XRHD>
13. Brasil. Ministério da Infraestrutura. Ofício nº 3/2020/DEAP/SFPP. Efeitos da crise provocada pelo novo corona vírus (COVID-19) no âmbito do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de concessão [Internet]. Brasília. 09 abr 2020 [acesso 2020 nov 29]. Disponível em: <https://licitacao.paginas.ufsc.br/files/2020/03/Parecer-AGU-Concess%C3%A3o-Transportes-Recomposi%C3%A7%C3%A3o.pdf>
14. Lauta KC. Disaster Law. Londres: Routledge; 2014.
15. Carvalho JE. Suspensão do prazo para aplicação de sanções administrativas: comentários ao art. 6º-d da lei 13.979. In: Marçal JF. Covid-19 e o Direito Brasileiro [Internet]. [s.l.]: Justen, Pereira, Oliveira & Talamini; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Covid-19-Direito-Brasileiro-Mar%C3%A7al-Justen-ebook/dp/B086M3XRHD>
16. Cahali YS. Prescrição e Decadência. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2008.
17. Nanni GE. Enriquecimento sem causa. 3. ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
18. Harari YN. Sapiens: A Brief History of Humankind. Nova York: HarperCollins; 2015. 464 p.
19. Araujo AL, Maia Filho MS. A Mudança da Divulgação de Informações sobre a Covid-19 pelo Ministério da Saúde. Jota [Internet]. 24 jun 2020 [acesso 2020 jul 16]. Disponível em: https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/a-mudanca-da-divulgacao-de-informacoes-sobre-a-covid-19-pelo-ministerio-da-saude-24062020#_ftn1.
20. Binenbojm G, Dionisio PDH. O direito ao erro do administrador público e a Covid-19 em contextos de emergência. Consultor Jurídico [Internet]. 4 abr 2020 [acesso 2020 jul 16]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-04/opiniao-direito-erro-administrador-publico-covid-19>.
21. Brasil. Medida Provisória nº 966, de 13 de maio de 2020. Dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da covid-19. Proteção legal, agente público, combate, pandemia, coronavírus. Critério, responsabilidade civil, responsabilidade administrativa, dolo, erro grosseiro. Diário Oficial da União. 14 maio 2020.

22. Ferraz L. Alteração da LINDB revoga parcialmente Lei de Improbidade Administrativa. Consultor Jurídico [Internet]. 10 maio 2018 [acesso 2020 jul 16]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-mai-10/interesse-publico-alteracao-lindb-revoga-parcialmente-lei-improbidade>
23. Brasil. Decreto nº 9.830, de 10 de Junho de 2019. Regulamenta o disposto nos art. 20 ao art. 30 do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942, que institui a Lei de Introdução às normas do Direito brasileiro. Diário Oficial da União. 11 jun 2019.
24. Brasil. Superior Tribunal Federal. Informativo STF nº 978 [Internet]. Brasília: STF; 2020. [acesso 2020 jul 16]. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo978.htm>.
25. Brasil. Superior Tribunal Federal. Atos de agentes públicos durante a pandemia devem observar critérios técnicos e científicos. Imprensa [Internet]. Brasília: STF; 2020. [acesso 2020 jul 16]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=443888&ori=1>
26. Dawkins R. O rio que saía do éden: uma visão darwinista da vida. Rio de Janeiro: Rocco LTDA; 1996. 89 p.
27. Riera RP, Leite R. Hidroxicloroquina para infecção por covid-19. Revisão sistemática rápida [Internet] Brasília: CNJ; 2020 [acesso 2020 jul 18]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/arquivo-download.php?hash=3662fc98904c4e52296b31c6d21c5ebabfef6cb9>.
28. Efeito Dunning–Kruger. Wikipedia [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Efeito_Dunning%E2%80%93Kruger.
29. Mlodinow L. O andar do bêbado: como o acaso determina nossas vidas. Rio de Janeiro: Zahar; 2009. 270 p.
30. Oliveira RA. O Coronavírus, a emergência sanitária e a responsabilidade dos administradores públicos. [Internet] Goiânia: Associação dos Procuradores do Estado de Goiás; 2020. [acesso 2020 jul 21] Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/Rafael-Arruda-Oliveira/o-coronavirus-a-emergencia-sanitaria-e-a-responsabilidade-dos-administradores-publicos>.
31. Bíblia Sagrada. Daniel 1:8-21 [Internet]. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1983 [acesso 2020 jul 28]. Disponível em: <https://www.bible.com/bible/406/DAN.1.8-20.ERV>



O volume 3 – Competências e Regras – da Coleção COVID-19, reúne textos relacionados à conformação do conjunto normativo que submete os entes federados durante a pandemia da COVID-19. Estão apresentados o principal rol de leis e atos administrativos, a normativa regulatória sanitária e a interpretação do poder judiciário acerca da legislação, especialmente sob o crivo da responsabilização dos gestores públicos. Os textos reunidos apresentam dados e análises que se encerraram em novembro de 2020, entretanto, as novas medidas, farmacológicas ou não, com ênfase nas campanhas de vacinação possivelmente permitirão reconhecer outros tantos comandos normativos afetos à saúde pública no Brasil e no mundo, o que requererá atenção do leitor quanto à necessidade de pesquisa e atualização.