



RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual

Artur Monte Cardoso
Danielle Costa
Elza Laurentino de Carvalho
Jose Sestelo
Leonardo Mattos
Ligia Bahia
Lucas Andrietta
Marina Magalhães
Mario Scheffer
Paulo Marcos Senra

**Rio de Janeiro
2020**

Ficha Catalográfica

U58 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde.
Recursos para o enfrentamento da Covid-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual: notas técnicas / UFRJ. IESC. GPDES. Rio de Janeiro: GPDES, 2020.
164 p.; 21 cm.
Inclui bibliografia.
1. Infecções por coronavírus. 2. Administração hospitalar. 3. Equipamentos e provisões hospitalares. 4. Orçamentos. 5. Gestão de recursos. 6. Gestão de recursos da equipe de assistência à saúde. I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. II. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde. IV. Título.

CDD 616.96
CDU 614.4:616.9

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	4
NOTA TÉCNICA I – Recursos orçamentários e extraorçamentários no enfrentamento da pandemia..	8
NOTA TÉCNICA II – Reorganização e expansão da oferta hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19: Uma análise das políticas públicas de saúde e da resposta do poder executivo	52
NOTA TÉCNICA III – Respiradores ou ventiladores mecânicos na pandemia	103
NOTA TÉCNICA IV – Testagem diagnóstica para COVID-19: Considerações sobre as medidas governamentais e a oferta privada de testes durante a pandemia	129
NOTA TÉCNICA V - EPIs – Equipamentos de proteção individual.....	160
APONTAMENTOS PARA DISCUSSÃO	172

APRESENTAÇÃO

A pandemia do Covid-19 e seus trágicos desdobramentos sanitários, políticos e econômicos consideram ao Brasil lugar destacado entre os países com respostas tardias e insuficientes à prevenção de casos e óbitos. A demora e desproporção entre a quantidade de recursos para rastreamento e tratamento de pacientes mobilizados e a magnitude da epidemia passou a ser um problema em si. Entre fevereiro e agosto de 2020, houve uma nítida mudança no conteúdo de pronunciamentos governamentais. No primeiro semestre, a preocupação com a “falta” de leitos, equipamentos e testes competiu com debates em torno do uso ou não da cloroquina. Em seguida, o foco das atenções convergiu para o auxílio emergencial e para a abertura das atividades econômicas.

Em maio de 2020, três meses após o governo federal ter declarado o estado de emergência em saúde pública no Brasil, em 4 de fevereiro, o SUS, os profissionais da saúde e a população diretamente afetada pela Covid-19 ainda conviviam, em muitas cidades, com grave insuficiência de leitos de internação, falta de médicos e de equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde, assim como era precário o fornecimento de ventiladores e kits de testes diagnósticos.

O tom otimista e tranquilizador de autoridades governamentais sobre a “preparação do país” e a “capacidade do SUS” para o enfrentamento da pandemia foi pouco a pouco substituído por promessas não cumpridas, omissões, evasivas e o reconhecimento da indisponibilidade de insumos estratégicos.

Por ocasião do registro oficial do primeiro caso positivo no país, em 26 de fevereiro, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, afirmou que recursos novos estariam sendo investidos para a expansão de leitos, compra de equipamentos de

proteção individual para profissionais de saúde e em laboratórios para a realização de testes (G1 Notícias, 2020).

O alegado investimento, como outros anúncios oficiais que se seguiram, teve pouca repercussão prática. Em maio, ainda estava explícita a carência extrema de testes e leitos para internação, além do colapso de unidades de terapias intensivas em capitais como Fortaleza (Diário de Fortaleza) Manaus (G1 Amazonas, 2020) e Rio de Janeiro (O Globo, 2020).

Entre os meses de fevereiro a maio, embora menos eufóricos, discursos oficiais insistiam, no ápice da pandemia, em anunciar a expansão da rede hospitalar e a aquisição de insumos que deveriam ter sido providenciados muito antes da explosão da Covid-19 no país.

Em pleno agravamento da falta de vagas para internação de pacientes no SUS, transmitido diariamente na mídia, ainda se ouvia que muitos leitos estariam disponíveis somente quando estivessem prontos novos hospitais, concluídas reformas e readequações na rede pública ou iniciadas negociações de compra de vagas do setor privado. Um dos principais parâmetros para a saída do isolamento social, o indicador de ocupação hospitalar, restava inviável, num cenário em que sequer os leitos prometidos e necessários eram ofertados.

A tentativa tardia de responder, face à constatação da imensa subnotificação de casos, que em parte pode até hoje ser atribuída à ausência da testagem em larga escala, foi malograda. O então Ministro da Saúde, Nelson Teich, prometeu que o governo compraria 46 milhões de testes, quando sequer a divulgação de Mandetta, o ministro anterior, de distribuir de 23,9 milhões de testes, havia sido concretizada (Governo do Brasil, 2020a).

Similarmente, a divulgação oficial de que o Ministério da Saúde cadastraria cinco milhões de

profissionais da saúde para reforçar o enfrentamento ao novo coronavírus foi malograda (Governo do Brasil, 2020b). Ocorreu uma crise crescente de falta de médicos, especialistas em medicina intensiva e pessoal na linha de frente assistencial, em condições de trabalho inadequadas e inseguras, com excesso de pacientes, sobrecarga de horas de trabalho, estresse emocional, infecção, e óbitos de trabalhadores da saúde. Sem uma gestão coordenada de recursos humanos, viu-se a dificuldade de contratações temporárias e improvisadas, delegadas a organizações sociais privadas, fragmentadas em editais e chamadas pouco atrativas.

Promessas de recursos financeiros com dois dígitos de bilhão, testes com dois dígitos de milhão, respiradores e leitos com dois e três dígitos de milhar, respectivamente, não se concretizaram, nem nas compras anunciadas, nem nos prazos previstos, nem nas datas de entrega, invariavelmente atrasadas, se e quando ocorreram. Expressões como “colapso do sistema de saúde” e “pontuação em UTI”, para avaliar quem vive e quem morre, chegaram a ser naturalizadas em determinado momento.

O fenômeno biológico do coronavírus e as dificuldades objetivas que o cercam, como a inexistência de terapias eficazes e de vacina, definitivamente, não são da mesma natureza da desorganização de um sistema de saúde e dos desmandos políticos que repercutiram decisivamente no aumento do número de mortes e, mais de seis meses após a entrada da Covid-19 no Brasil, são responsáveis por péssimos indicadores de controle da pandemia.

Mesmo em meio às incertezas sobre a doença, diversos países resolveram as equações para o controle da disseminação e para a redução da letalidade no âmbito do sistema de saúde, das instituições e dos serviços.

Os obstáculos objetivos para contagem de todos os casos de Covid-19, assintomáticos e sintomáticos, comum a tantos países, são bem distintos das barreiras que, no Brasil, impediram a contagem transparente de leitos de internação, o acompanhamento da execução orçamentária excepcional, da quantidade de testes ou do número respiradores colocados à disposição da população.

As imprecisões das informações sobre o modo de transmissão e disseminação da doença não são comparáveis à precariedade dos registros administrativos para o exercício do controle social e a produção de conhecimento científico sobre as respostas governamentais à epidemia. No Brasil, essa confusão, seja proposital ou não, impede até agora o discernimento dos rumos tomados pelo SUS e pelas políticas de saúde durante a pandemia.

Dos recursos previstos, de rotina do SUS ou excepcionalmente autorizados para a pandemia, o que de fato foi liberado e entregue, quando e para quem? A magnitude dos recursos que foram de fato operacionalizados é compatível com as necessidades de atendimento e demandas acrescidas durante a pandemia? A nebulosa prestação de contas sobre o Covid-19 tornou-se um problema subsidiário, como se não precisasse ser elucidado.

É preciso reunir e sistematizar informações para subsidiar a compreensão do que foi e do que não foi realizado para o enfrentamento da pandemia e para a mitigação de dezenas de milhares de mortes evitáveis. Torna-se necessário estabelecer uma linha de base, ainda que provisória e limitada, para estudar posteriormente com maior profundidade a resposta do país à pandemia.

Em função das inconstâncias políticas e institucionais, considerando a precariedade das informações sobre a oferta e o uso de serviços de saúde disponíveis na pandemia, a tarefa é árdua.

Por enquanto, é possível apenas identificar fontes e iniciar a sistematização de registros oficiais e notícias, configurando, com isso, uma moldura para o acompanhamento da movimentação de determinados recursos financeiros e físicos.

As cinco notas técnicas temáticas dispostas a seguir, cumpriram a tarefa de mapear recursos. Mas são triplamente limitadas quanto à abrangência territorial, modalidades de recursos selecionados e fontes consultadas. A pergunta a ser respondida futuramente é se o SUS, que passou a ser mais reconhecido como um sistema de saúde adequado ao Brasil, sai maior, mais potente e com maior aceitação social após a pandemia do novo coronavírus. Embora o presente trabalho não consiga, em função de seu escopo restrito, elucidá-la, pretende deixá-la desde já enunciada.

REFERÊNCIAS

Diário do Nordeste. **Ceará atinge 100% de ocupação em leitos de UTI da rede pública para coronavírus.** 16 de abril de 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/online/coronavirus-com-100-das-unidades-ocupadas-48-pessoas-estao-na-fila-por-leitos-de-uti-no-ceara-1.2235196>

G1 Amazonas. **Equipe do Samu passa quase quatro horas à procura de vaga em hospitais de Manaus para paciente com suspeita de Covid-19.** 26 de abril de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/26/equipe-do-samu-passa-quase-quatro-horas-a-procura-de-vaga-em-hospitais-de-manaus-para-paciente-com-suspeita-de-covid-19-cada-vez-mais-agravante.ghtml>

G1 Notícias. Blog do Camarotti. **“É uma gripe, vamos passar por ela”, diz ministro sobre caso suspeito de coronavírus em SP.** 26 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/gerson-camarotti/post/2020/02/26/e-uma-gripe-vamos-passar-por-ela-diz-ministro-da-saude-sobre-caso-suspeito-de-coronavirus-em-sp.ghtml>

Governo do Brasil (a). **Gov.br #COVID-19. Saúde vai adquirir mais 46 milhões de testes de diagnóstico do novo coronavírus.** 21 de abril de 2020. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/saude-vai-adquirir-mais-46-milhoes-de-testes-de-diagnostico-do-novo-coronavirus>

Governo do Brasil (b). **Gov.br #COVID-19. Cerca de 5 milhões de profissionais de saúde serão cadastrados.** 02 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46646-cerca-de-5-milhoes-de-profissionais-de-saude-serao-cadastrados>

O Globo. **Rio tem 326 pacientes de Covid-19 na fila por UTI e só há leitos em Volta Redonda.** 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/rio-tem-326-pacientes-de-covid-19-na-fila-por-uti-so-ha-leitos-em-volta-redonda-24396257>

Sumário

Nota Técnica I - Recursos orçamentários e extraorçamentários no enfrentamento da pandemia

Recursos extraordinários liberados pelo poder público	10
Sobre o levantamento e análise dos dados	12
Despesas da União com Saúde	15
Transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a entes subnacionais e questões federativas.....	17
Despesas do estado de São Paulo.....	20
Despesas do município de São Paulo.....	22
Despesas do estado do Rio de Janeiro.....	23
Despesas do município do Rio de Janeiro.....	25
Doações: marketing, desarticulação e discricionariedade	27
Panorama das Doações	28
Conclusões e reflexões para o futuro	30
Referências	32
Anexo I – Contratos firmados pelo Ministério da Saúde	35
Anexo II – Panorama das Doações.....	45
Tabelas	50

NOTA TÉCNICA I – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E EXTRAORÇAMENTÁRIOS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

A pandemia do novo coronavírus pode ser classificada como a pior crise sanitária global do último século – e dela decorrerá uma crise socioeconômica igualmente grave. As respostas de cada país cumprem papel importante para definir o controle da propagação da doença. As condições de resposta de cada nação à crise são determinadas, em grande medida, pela disponibilidade de recursos orçamentários para custear medidas adequadas de saúde e proteção social.

A excepcionalidade da crise atual gerou consensos internacionais a favor do aumento temporário de gastos públicos para responder à pandemia. Este cenário também levou governos a priorizar gastos para políticas de saúde no momento inicial da crise.¹ A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), além de recomendar que a prioridade absoluta dos gastos nacionais seja a saúde pública, publicou orientações sobre procedimentos e fluxos operacionais específicos para que se garanta o uso eficaz dos recursos emergenciais no enfrentamento da crise sanitária (BARROY, 2020).

Apesar do consenso no nível da institucionalidade multilateral, no Brasil houve grande resistência ao aumento de gastos públicos para custeio da estratégia de combate à pandemia. Esta resis-

tência – inserida em um contexto mais amplo de estagnação dos gastos públicos com saúde² e de estrangulamento de programas sociais voltados à mitigação da pobreza em anos recentes – resultou em uma resposta nacional tardia, descoordenada e insuficiente. Em decorrência dessas falhas, se verificou um absoluto fracasso no combate à pandemia, traduzido no intolerável número de infecções e mortes pela COVID-19 no país.

Este levantamento tem o objetivo de descrever medidas extraordinárias para o financiamento da saúde pública no contexto da pandemia e identificar suas falhas operacionais. Para isso, apresentaremos a trajetória da liberação de recursos e dados sobre a execução das despesas por entes federados selecionados. Analisaremos os dados orçamentários da União, dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo e de suas capitais.

Paralelamente à mobilização de recursos orçamentários extraordinários, o Brasil também observou durante este período uma série de iniciativas de doações de empresas e pessoas físicas. Isto se deu em articulação com o poder público para compras e execução de estratégias de combate à pandemia. Este fenômeno, que não é uma particularidade brasileira³, acrescenta novos elementos à compreensão do financiamento da saúde pública e requer a atenção dos estudos neste campo. Por isso, dedicamos uma breve seção a este tema, buscando interpretar preliminarmente sua dimensão material, sua lógica de articulação com o poder público e seus efeitos sobre o sistema de saúde.

¹ O Fundo Monetário Internacional (FMI) recomenda que “países devem colocar gastos em saúde no topo das suas listas de prioridades” (FMI, 2020, tradução livre); o Banco Mundial elaborou plano de ação e auxílio a países em que o fortalecimento dos sistemas de saúde aparece como primeiro e mais importante pilar, com referência explícita à necessidade de adaptação temporária dos processos de administração das finanças públicas para facilitar e acomodar o aumento de gastos (BANCO MUNDIAL, 2020).

² Cf. Andrietta, Levi *et al.* (2020).

³ Ver, por exemplo, a comparação internacional publicada pelo observatório da OMS (2020).

A falta de coordenação e articulação de uma estratégia nacional de enfrentamento do vírus, imputável ao governo federal e também a outras esferas governamentais, resultou em um direcionamento concentrado e ineficiente de recursos. Este modo de funcionamento não atende a critérios claros de distribuição nem contribui para atenuar as grandes desigualdades regionais e intrarregionais na oferta de assistência pública. No caso dos recursos orçamentários, ocorreram atrasos e omissões no uso de valores já liberados. Quanto às doações, verifica-se um descompasso entre o que foi efetivamente revertido em medidas concretas e os valores e projetos inicialmente anunciados.

Recursos extraordinários liberados pelo poder público

O orçamento do Brasil opera sob regras rígidas de controle do aumento das despesas primárias. A Constituição Federal condiciona a abertura de recursos orçamentários extraordinários à aprovação do congresso nacional, e o teto de gastos permite apenas que as despesas primárias aumentem na medida da inflação. Este arranjo não permitiria o aumento de gastos para custear ações emergenciais relacionadas à pandemia. Por este motivo, flexibilizaram-se algumas regras de direito financeiro vigentes no Brasil, com destaque para duas medidas: a declaração de estado de calamidade e a criação do “orçamento de guerra”.

No dia 20 de março, o Congresso Nacional publicou o Decreto Legislativo nº 6/2020, que declarava estado de calamidade pública e que, com isso, permitia o acionamento de instrumentos orçamentários emergenciais. Um exemplo deles foi a abertura de créditos extraordinários unilateralmente por parte da Presidência da República, sem neces-

sidade de autorização prévia do Poder Legislativo e sem incidência do teto de gastos (art. 167, §3º da Constituição). Em 8 de maio, foi publicada a emenda constitucional nº 106/2020, que criou um regime fiscal extraordinário, vigente até o dia 31 de dezembro de 2020, para acomodar as despesas relativas à pandemia. As despesas registradas sob esse regime não estão sujeitas aos limites de endividamento e de aumento de despesa previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal e na Constituição.

Com a adoção destas duas medidas, foi garantida a possibilidade de amplo endividamento da União para o financiamento do combate à pandemia. Não por coincidência, a partir de março – e em especial após a declaração do estado de calamidade pública – a presidência passou a editar diversas medidas provisórias (MPs) destinadas à abertura de crédito extraordinário ou à realocação de recursos com esta finalidade. Desde a publicação da primeira destas MPs, em 13 de março, até o dia 1º de julho de 2020, foram publicadas 25 MPs destinando recursos para o combate do novo coronavírus. No total, essas MPs alocaram (por meio de endividamento ou realocação) R\$505 bilhões, distribuídos de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Recursos alocados para enfrentamento da COVID-19 por órgão receptor de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

Órgão receptor	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Total	% do total
Ministério da Cidadania	3.038	127.020	28.720	-	101.600	260.378	51,5
Ministério da Economia	-	101.642	15.900	80.189	-	197.731	39,1
Ministério da Saúde	4.839	14.093	15.905	4.489	-	39.326	7,8
Outros	643	1.504	5.828	300	-	8.275	1,6
TOTAL	8.519	244.259	66.352	84.979	101.600	505.709	100
% DO TOTAL	1,7	48,3	13,1	16,8	20,1	100,0	-

Fonte: Medidas Provisórias 924, 929, 935, 937, 939, 940, 941, 942, 943, 947, 949, 953, 956, 957, 962, 963, 965, 967, 969, 970, 972, 976, 977, 978 985 e 988 de 2020. Elaboração própria

Conforme consta na tabela, as principais alocações foram destinadas aos ministérios da Cidadania, da Economia e da Saúde. As três pastas juntas concentram 98,4% dos créditos extraordinários ou dos recursos realocados no período. Acontece que, mesmo entre essas três pastas, a distribuição dos recursos se deu em quantidades bastante discrepantes: o valor alocado no Ministério da Cidadania é 31,7% maior do que o repassado à Economia e 662% maior do que os recursos destinados à Saúde.

Esta grande diferença entre as rubricas destinadas a cada pasta revela que a saúde pública não foi prioritária na estratégia de enfrentamento da pandemia adotada pelo governo federal. Ainda que a Renda Básica Emergencial – assim como as demais medidas de assistência social, segurança alimentar e manutenção de renda e emprego – seja essencial para mitigar os efeitos colaterais negativos da pandemia, a atual crise é, antes de tudo, uma crise de saúde pública. Assim sendo, só poderá ser efetivamente contida com massivo investimento na área.

Vale lembrar que gastos em outras áreas são essenciais para garantir a integridade dos cidadãos brasileiros e viabilizar medidas de isolamento em meio à crise. No entanto, a grande disparidade entre os recursos liberados para os três ministérios revela que, apesar de haver espaço orçamentário para que

os recursos alocados à saúde fossem maiores, houve uma escolha política por mantê-los em patamares muito inferiores às demais áreas.

Outro fator relevante na análise da alocação de recursos é seu cronograma de liberação. Os recursos começaram a ser liberados apenas em março de 2020 e, ainda assim, em quantidade irrisória naquele momento face às necessidades prementes. Só houve liberação relevante de recursos a partir de abril. Trata-se, então, de uma liberação tardia de recursos com relação ao avanço da pandemia no Brasil, já que, em se tratando de uma doença de rápida e fácil disseminação, esforços preventivos são cruciais para o posterior achatamento da curva de infecções. Estes esforços, por sua vez, dependem de uma liberação também prévia de recursos, o que não houve. Neste sentido, o cronograma de liberação explica, ainda que parcialmente, o porquê de o Brasil não ter conseguido articular uma resposta preventiva à pandemia.

Finalmente, ressaltamos que recursos alocados não equivalem a recursos efetivamente gastos. Esta nota discute especificamente o financiamento da saúde no enfrentamento da pandemia, mas é importante destacar que a mera alocação de recursos em uma dada pasta não significa que esses recursos foram revertidos em programas ou políticas públicas concretas.

Sobre o levantamento e análise dos dados

O presente trabalho procurou identificar os recursos já efetivamente empenhados e liquidados, durante os seis primeiros meses de 2020, em ações de saúde destinadas ao combate da COVID-19 no âmbito da União, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e das suas capitais. A partir disso, faremos uma análise descritiva da trajetória de despesas destes entes federativos.

Os empenhos, conforme a Lei nº 4.320/1964, são atos de autoridade que criam a obrigação de pagamento por parte do poder público (art. 58). Ao falarmos de empenhos, referimo-nos a recursos que já estão comprometidos com uma despesa específica (compra de insumos, por exemplo). As liquidações, por sua vez, referem-se ao momento em que o direito do credor de receber os recursos empenhados é verificado pelo poder público (art. 63). Portanto, ao falarmos de liquidação, referimo-nos a despesas que já tiveram resultados concretos para a saúde, já que ela pode ocorrer apenas quando se demonstra o cumprimento do contrato.

Reunimos aqui dados a partir de diversas fontes – já que incluímos, nesta análise, cinco entes federativos, cada qual com seu respectivo *hub* de transparência. Todos os entes analisados apresentam dados compilados sobre o enfrentamento à COVID-19, mas nem todos disponibilizam registros orçamentários específicos para esta finalidade. A União, o estado de São Paulo e o município do Rio de Janeiro contam com uma rubrica orçamentária específica de combate ao coronavírus e, por isso, trabalhamos diretamente com os dados orçamentários destes entes. No caso do estado do Rio de

Janeiro e do município de São Paulo, trabalhamos a partir dos contratos e convênios públicos relativos à COVID-19, dada a falta de rubrica orçamentária específica. Por isso, provavelmente os dados relativos a esses dois entes não sejam exatos, pois é possível afirmar que as compilações de contratos, aqui utilizadas como referência, abarcam todas as despesas realizadas para enfrentamento da pandemia⁴.

A Tabela 2 apresenta um compilado das fontes de dados utilizadas. Todos os dados foram coletados até o dia 30 de junho de 2020.

⁴ Um ponto relevante de omissão dos dados contratuais é o do custeio de leitos habilitados para tratamento de pacientes com COVID-19. Os registros contratuais não deixam claro se abarcam o custeio de leitos públicos ou se abarcam, apenas, os leitos SUS mantidos por prestadores privados.

Tabela 2 – Fontes dos dados utilizadas

Dado	Ente	Fonte	Endereço de acesso
Execução orçamentária	União	Controladoria Geral da União	http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/programa-e-acao/
Repasse a entes subnacionais	União	Fundo Nacional de Saúde (FNS)	https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada
Execução orçamentária	Estado SP	Governo do Estado de São Paulo	https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/transparencia/
Contratos	Estado RJ	Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	http://painel.saude.rj.gov.br/contratos/transparencia.html
Contratos*	Município SP	Controladoria Geral do Município de São Paulo	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/controladoria_geral/acgm/index.php?p=295874
Convênios	Município SP	Controladoria Geral do Município de São Paulo	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/controladoria_geral/transparencia_covid19/index.php?p=298152
Pregões*	Município SP	Controladoria Geral do Município de São Paulo	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/controladoria_geral/transparencia_covid19/index.php?p=298292
Execução orçamentária	Município RJ	Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro	http://www.rio.rj.gov.br/web/contasriodados-abertos#titulo

*Ambas as fontes registram gastos com contratos emergenciais firmados pelo município de São Paulo, mas foram apresentadas separadamente porque, no caso dos “contratos”, a despesa foi realizada por dispensa de licitação, e não por pregão. Elaboração própria.

Os dados foram analisados a partir de duas categorias⁵: órgão responsável pela execução da despesa e elemento de despesa.

Os elementos de despesa se referem ao objeto do ato que gerou a despesa, conforme as definições da Tabela 3.

Tabela 3 – Definições dos elementos de despesa utilizados na análise

Elemento de despesa	Definição
Material de consumo	Material que, em razão do seu uso corrente, perde a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos. Engloba equipamentos de proteção individual, medicamentos, insumos para testagem etc.
Equipamentos e material permanente	Material que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a dois anos. Engloba respiradores, equipamentos ou instrumentos médicos, camas hospitalares, equipamentos para processamento diagnóstico etc.

⁵ Os bancos de dados utilizados não são padronizados e, por este motivo, por vezes não havia informações disponíveis sobre todas estas categorias. Onde disponíveis, todas foram utilizadas.

Obras e instalações	Estudos e projetos necessários a obras, pagamento de pessoal temporário necessário à realização das obras, pagamento de obras contratadas etc.
Contratações não especificadas	Contratos não especificados sob outras rubricas, classificados como “outros serviços de terceiros”.
Serviços terceirizados	Contratos cujo objeto é atividade-meio, classificados como “locação de mão de obra” ou “outras despesas com serviços terceirizados”.
Outros	Elementos de despesa que não se encaixem nas demais categorias apresentadas.

Fonte: Manual do Sistema de Análise da Dívida Pública, Operações e Crédito e Garantias da União, Estados e Municípios. Acesso em: 04 jun. 2020. Disponível em: <https://conteudo.tesouro.gov.br/manuais/index.php?option=com_content&view=article&id=1567:020332-classificacoes-orcamentarias&catid=749&Itemid=376>.

Finalmente, registramos algumas particularidades metodológicas adotadas na análise dos dados de entes específicos:

- Os dados do estado de São Paulo, que são abertos, diferem dos dados apresentados pelo próprio ente na página de transparência referenciada no Quadro 2. Por isso, cabe explicar o critério utilizado aqui para calcular o montante total de empenhos e liquidações realizados pelo órgão: para empenhos, somamos todos os valores da coluna “NE” da planilha de dados abertos; para liquidações, somamos todos os valores da coluna “NL”. Adotamos este critério pelo fato de a Lei nº 4.320/1964 exigir que cada empenho venha acompanhado de uma respectiva nota (art. 61), estendendo-se o critério às liquidações.

- A categoria de análise relativa à fonte dos recursos empenhados foi aplicada apenas ao estado de São Paulo por tratar-se do único ente que discriminou este dado.

- Estipulamos os elementos de despesa relacionados aos contratos do Rio de Janeiro a partir da descrição do objeto de cada contrato. Não se trata de dados disponibilizados na fonte.

- No caso do município do Rio de Janeiro, além da análise por órgão executante e por elementos de despesa, foi feita também análise por subfunções orçamentárias relacionadas à função orçamentária “saúde”. São elas: assistência hospitalar e ambulatorial, atenção básica, suporte profilático e terapêutico, administração geral, vigilância epidemiológica, e vigilância sanitária. A análise por estas categorias se restringiu ao município do Rio de Janeiro pois se trata do único ente que as incluiu nos dados abertos.

Por fim, para análise das doações privadas ao poder público, selecionamos os casos de maior magnitude financeira e destaque midiático a partir de informações veiculadas no noticiário e em esforços de consolidação de dados como o “Monitor das Doações”⁶. Cabe ressaltar que parte das informações aqui apresentadas se refere a valores ou a projetos divulgados, porém não necessariamente efetivados. Além disso, o objetivo não é fazer um inventário exaustivo do volume de doações, mas identificar nos casos mais notórios elementos que contribuam para o estudo desse tipo de articulação público-privada e suas implicações para o sistema de saúde brasileiro.

⁶ Acesso em: 30 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.monitordasdoacoes.org.br/>>.

Despesas da União com Saúde

Até o dia 30 de junho de 2020, o Ministério da Saúde havia empenhado R\$13,3 bilhões em ações de enfrentamento à pandemia. Este valor representa apenas 33,9% do total de recursos suplementares alocados para a pasta em razão da crise. Significa, então, que até o momento da redação desta nota,

um total de R\$26 bilhões, apesar de disponíveis para empenho em ações de saúde, ainda aguardavam destinação específica. Essa demora no empenho e na execução orçamentária se traduz, diretamente, em ineficiência no combate à pandemia, já que impede a articulação de respostas preventivas.

Tabela 4 – Recursos liberados para e empenhados pelo Ministério da Saúde de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Total	%
Liberado para o MS	4.838,8	14.093,1	15.904,6	4.489,2	-	39.325,8	100,0
Empenhado	1.423,4	7.353,2	2.329,4	2.243,1	12.267,9	25.617,0	65,1

Fonte: Controladoria Geral da União (Portal da Transparência) e Medidas Provisórias nº 924, 940, 941, 947, 967, 969, 970 e 976 de 2020. Elaboração própria.

Analisando a trajetória dos empenhos, não é possível associar o cronograma de execução orçamentária do Ministério da Saúde com suas mudanças de comando. A maior parte dos empenhos se deu em abril, mês em que houve a primeira troca na chefia do Ministério. Essa mesma tendência se verifica nos demais entes que analisamos a seguir – e a conclusão é que a maior execução em abril está relacionada à maior liberação de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia naquele mês. Portanto, não há ligações evidentes entre a trajetória das execuções e trocas de ministros.

Além da notável demora na execução orçamentária, o valor total empenhado também é baixo em comparação com o orçamento previsto para o Ministério da Saúde para o ano de 2020. Pela Lei Orçamentária Anual, seriam destinados, ao longo do ano, R\$128 bilhões para aplicação direta em ações de saúde⁷. Os R\$39,3 bilhões em créditos

extraordinários liberados para a pasta equivalem a 30,7% deste valor, representando, portanto, um importante aumento nos aportes para a saúde. Acontece que, considerando-se apenas os R\$13,3 bilhões efetivamente empenhados, essa rubrica representa somente 10,4% dos valores originalmente orçados para a saúde.

A Tabela 5 traz os dados sobre a distribuição interna dos recursos empenhados pelo Ministério da Saúde.

⁷ O orçamento total previa R\$ 138,9 bilhões para o Ministério da Saúde; para aplicação direta em ações de saúde, descontadas despesas laterais (e.g. previdenciárias ou relacionadas à administração da pasta), a quantia prevista somava os R\$ 128 bilhões aqui mencionados.

Tabela 5 – Empenhos realizados pelo Ministério da Saúde por órgão vinculado e elemento da despesa de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

Órgão	Total	% do Total	% do Item
FNS (Repasse a Municípios)	5.818,3	43,6	
FNS (Repasse a Estados)	4.144,1	31,1	
Fiocruz	587,0	4,4	
Aplicação Direta do MS	2.786,9	20,9	100,0
- <i>Material de consumo</i>	1.270,4		45,6
- <i>Equipamentos e material permanente</i>	788,7		28,3
- <i>Contratações não especificadas</i>	332,8		11,9
- <i>Outros</i>	395,1		14,2
Total	13.336,3	100	

Fonte: Controladoria Geral da União (Portal da Transparência). Elaboração própria.

O principal fator a ser destacado, a partir destes dados, é a concentração do empenho de recursos para repasse a entes subnacionais. Os repasses totalizaram 74,7% (R\$9,9 bilhões) dos empenhos realizados pelo MS, sendo 43,6% destinados a municípios (R\$5,8 bilhões) e 31,1% a estados⁸ (R\$4,1 bilhões). Comparativamente, os gastos em aplicações diretas do Ministério (compras e contratações realizados diretamente na esfera federal) representam apenas 20,9% do total, tendo os 4,4% restantes sido aplicados na Fiocruz.

O baixo valor destinado às aplicações diretas do Ministério da Saúde revela que o governo federal não priorizou a centralização das compras de equipamentos e materiais necessários ao combate da pandemia e que, além disso, teve dificuldades na sua execução. O próprio MS, em coletiva de imprensa realizada no dia 24 de julho, pontuou que os valores destinados à aquisição de ventiladores, equipamentos hospitalares e EPIs ainda não tinham sido integralmente executados, até aquele momento,

por “dificuldade de aquisição” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b). Na mesma ocasião, afirmou-se, também, que os “processos de aquisição de testes [estavam] em andamento”.

O baixo empenho e as declarações do Ministério permitem concluir que não houve grandes processos de aquisição centralizada de produtos essenciais para o SUS. Em um contexto de competição internacional por produtos escassos, esta postura coloca o Brasil em desvantagem, já que o poder de compra do governo federal, muito maior do que de entes subnacionais, seria estratégico para fazer frente às demandas comerciais de países ricos (BRADLEY, 2020). Ademais, as compras efetivamente realizadas, além de insuficientes, foram feitas com muito atraso, a despeito da urgência da crise sanitária, o que torna tais gastos ineficientes.

Na Tabela 5 mostramos que, ainda que insuficientes e tardias, as compras realizadas pelo Ministério da Saúde representam a maior parte dos empenhos em aplicações diretas da pasta. Somando os empenhos realizados para compra de material de

⁸ Após o recebimento dos recursos nos Fundos Estaduais de Saúde, os gestores regionais podem determinar a sua redistribuição aos Fundos Municipais de Saúde.

consumo e de equipamentos e material permanente, conclui-se que os empenhos do MS com compras somam 73,9% dos empenhos em aplicações diretas, totalizando R\$2.06 bilhões no período analisado. No âmbito da aplicação direta do Ministério é possível dizer que as compras foram priorizadas diante de outras modalidades de gastos no enfrentamento da pandemia. Vale lembrar, no entanto, que o valor empenhado nas aplicações diretas é ínfimo diante do total de recursos extraordinários alocados à pasta.

Finalmente, mencionamos que o Ministério da Saúde disponibiliza, em atenção à Lei nº 13.979/2020, dados abertos sobre contratações emergenciais voltadas ao enfrentamento da COVID-19 que tenham sido realizadas por dispensa de licitação. O Anexo I desta nota técnica traz uma relação completa dos contratos publicados até o dia 5 de julho. Naquela data, a soma do valor destes contratos era de quase R\$1.9 bilhões⁹, quase R\$9 bilhões a menos do que o total de empenhos em aplicações diretas do Ministério da Saúde. Esta diferença deve-se ao fato de a Lei apenas obrigar o registro separado de contratos realizados por dispensa de licitação (art. 4º, §2º), deixando potencialmente de fora contratos firmados por outros instrumentos de contratação pública, como pregões (ou editais, no caso de contratação de mão de obra).

Chama atenção a demora no planejamento e prática de ações para que o país estivesse preparado para combater a pandemia. Os primeiros contratos para compra de álcool em gel, equipamentos de proteção individual e reagentes foram realizados

somente no início do mês de março, com entregas previstas para a segunda quinzena daquele mês. Os ventiladores mecânicos, importantes para viabilizar a abertura de novos leitos para atender a casos críticos, somente foram comprados nos meses de abril e maio, período no qual diversas cidades do país apresentaram filas e colapso do sistema de saúde. A entrega dos equipamentos estava prevista para ocorrer entre abril e julho.

Transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a entes subnacionais e questões federativas

Em 2019, os recursos federais repassados para entes subnacionais representaram, respectivamente, 24,26% e 42% do total de recursos públicos gastos em saúde nos estados e municípios brasileiros¹⁰. Contudo, as consequências socioeconômicas da pandemia afetaram diretamente a capacidade de arrecadação dos estados e municípios, diminuindo, com isso, as possibilidades de custeio autônomo de ações de saúde por parte dos entes subnacionais¹¹. Neste contexto, os repasses de recursos federais a estes entes ganham importância na garantia da sua capacidade de preparar o sistema de saúde pública para o enfrentamento da pandemia na ponta do sistema.

Conforme demonstramos, os repasses a entes subnacionais somavam, no dia 30 de junho, R\$9,9 bilhões e representavam 73,9% dos empenhos totais voltados ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde. No dia 2 de julho, o governo federal anunciou uma transferência adicional de R\$13

⁹ Segundo compilação dos dados disponíveis em <<https://saude.gov.br/contratos-coronavirus>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

¹⁰ Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS). Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/repasse-financeiros/siops/indicadores>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

¹¹ Os entes subnacionais não têm a mesma capacidade da União para custear serviços públicos, já que não emitem moeda e não têm capacidade de lançamento de títulos de dívida próprios. Assim, a queda na arrecadação (que, no caso dos Estados, está projetada entre -8,6% e -14,3%) necessariamente significa que os entes subnacionais terão menos possibilidades de custeio de serviços de saúde. Ver Dweck et al. (2020).

bilhões a estados e municípios¹², correspondendo a mais do que 100% dos recursos já repassados até então. Estes repasses não foram contabilizados nos dados que apresentaremos a seguir – foram realizados ao longo do mês de julho e, portanto, estão fora do escopo temporal desta nota técnica. Os mencionamos devido à sua magnitude.

Além disso, tais repasses ilustram a demora e ineficácia generalizada na execução dos recursos emergenciais pelo Ministério da Saúde. Quase um terço dos recursos liberados para a pasta foram efetivamente executados somente quando já havia mais de quatro meses do registro do primeiro caso de COVID-19 no Brasil.

Os repasses a entes subnacionais já representavam a maior parte dos empenhos realizados pelo Ministério antes mesmo de seu anúncio em julho. Por isso, cabe fazer um breve aprofundamento sobre como se deu a distribuição destes recursos. A Tabela 6 apresenta os dados do Fundo Nacional de Saúde sobre repasses destinados ao custeio de ações contra a COVID-19 até o dia 30 de junho de 2020¹³.

Tabela 6 – Repasses do FNS para custeio de ações contra a COVID-19 por estado e modalidade de repasse de março a junho de 2020 - em R\$ milhões

Estado	Repasses estaduais	Repasses municipais	Total	% do total	% da população nacional*
AC	68,18	5,95	74,13	0,7	0,4
AL	35,91	191,15	227,06	2,3	1,6
AP	56,69	27,58	84,27	0,8	0,4
AM	83,47	135,64	219,11	2,2	2,0
BA	381,80	365,06	746,86	7,5	7,1
CE	191,47	376,98	568,45	5,7	4,3
DF	150,58	-	150,58	1,5	1,4
ES	87,74	66,35	154,09	1,5	1,9
GO	52,29	234,28	286,56	2,9	3,3
MA	114,86	198,65	313,51	3,2	3,4
MS	24,08	106,87	130,95	1,3	1,3
MT	41,56	96,65	138,20	1,4	1,7
MG	191,48	792,48	983,96	9,9	10,1
PA	105,62	153,49	259,11	2,6	4,1
PB	47,52	122,53	170,05	1,7	1,9
PR	212,04	327,90	539,94	5,4	5,4
PE	326,94	161,14	488,08	4,9	4,5

¹² Ver Ministério da Saúde (2020a).

¹³ Existem discrepâncias entre os bancos de dados do Fundo Nacional de Saúde e o do Portal de Transparência de União. No total, os dados da União apontam para R\$11 milhões a mais em repasses a entes subnacionais do que os dados do FNS. Dada a insignificância da discrepância, decidimos por tratar ambos os bancos como comparáveis.

PI	29,27	135,39	164,66	1,7	1,6
RJ	161,30	498,16	659,46	6,6	8,2
RN	87,51	88,72	176,23	1,8	1,7
RS	297,66	401,40	699,06	7,0	5,4
RO	73,39	23,78	97,17	1,0	0,8
RR	37,33	30,49	67,82	0,7	0,3
SC	141,65	205,50	347,15	3,5	3,4
SP	942,01	1.035,06	1.977,07	19,9	21,9
SE	90,80	43,04	133,84	1,3	1,1
TO	70,79	23,54	94,33	0,9	0,7
Total	4.103,93	5.847,78	9.951,71	100,0	100,0
% do total	41,2	58,8	100,0	-	-

* Dados relativos ao ano de 2019

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Elaboração própria.

A tabela confirma a informação da subseção anterior de que os municípios concentraram mais repasses federais do que os estados. Além disso, os dados mostram que não houve um parâmetro claro na distribuição desses recursos. Há grande variabilidade nas rubricas recebidas por cada ente e não há clareza sobre em que medida os recursos foram distribuídos segundo cada um dos critérios anunciados pelo Ministério da Saúde. São eles: população residente; incremento dos Pisos da Atenção Básica ou do Teto de Média e Alta Complexidade; habilitação de leitos para tratamento de pacientes com COVID-19; e habilitação de demais equipamentos de saúde relacionados à pandemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O resultado final foi uma distribuição que não parece ter levado em conta critérios populacionais, já que há tanto casos em que a proporção do repasse de recursos foi superior (e.g. Alagoas, Amapá, Ceará e Rio Grande do Sul) quanto inferior (e.g. Pará, Rio de Janeiro e São Paulo) à da população residente. Os parâmetros de distribuição de recursos do Ministério da Saúde não incorporaram critérios epidemiológicos. Isso fez com

que São Paulo e Rio de Janeiro – os dois entes mais afetados pela pandemia em número absoluto de casos – recebessem proporcionalmente menos recursos do que, por exemplo, o Rio Grande do Sul. No dia 5 de julho, o estado contabilizava menos de 2% dos casos de infecção por COVID-19 no Brasil¹⁴.

Portanto, além de realizadas com atraso em relação à urgência da crise sanitária, as transferências, mesmo que mobilizando a maior parte dos recursos emergenciais do Ministério, foram feitas com pouco planejamento. De ambas as perspectivas, trata-se de gastos pouco eficazes, já que não foram capazes de se antecipar à pandemia ou de abarcar as diferentes necessidades de cada região com relação à pandemia.

Os efeitos práticos desta distribuição pouco planejada não podem ser generalizados para as estratégias de combate à pandemia em todos os estados e municípios do Brasil. Vejamos os casos específicos dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro e de suas respectivas capitais. A Tabela 7 traz dados específicos sobre a distribuição de repasses federais entre estes entes em particular.

¹⁴ Nesta data, o Brasil registrava 1.603.055 casos de contágio, sendo 31.955 deles notificados no Rio Grande

do Sul. Dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 06 jul. 2020.

Tabela 7 – Distribuição de recursos do FNS para entes selecionados, por mês de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

Ente	Março	Abril	Maió	Junho	Total	% do total*
Estado SP	131,37	388,41	224,93	197,30	942,01	23,0
Estado RJ	81,95	62,25	0,53	16,57	161,30	3,9
Município SP	24,46	133,36	101,92	19,02	278,76	4,8
Município RJ	0,36	87,17	0,60	32,41	120,54	2,1
Total	238,14	671,19	327,98	265,30	1.502,61	100
% do total	15,8	44,7	21,8	17,7	100,0	-

*Com relação aos repasses totais a estados, no caso dos estados, e com relação aos repasses totais a municípios, no caso dos municípios

Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Elaboração Própria.

Despesas do estado de São Paulo

Até o dia 30 de junho de 2020, o Estado de São Paulo havia empenhado R\$2,37 bilhões em ações de enfrentamento ao coronavírus.

A Tabela 8 traz dados sobre a distribuição desses recursos entre as Secretarias de Estado.

Tabela 8 – Distribuição dos empenhos do estado de São Paulo por Secretaria de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões

Secretaria	Total	% do total
Saúde	1.872,1	79,1
Educação	126,8	5,4
Administração penitenciária	2,0	0,1
Agricultura	0,2	0,0
Cultura	0,0	0,0
Desenvolvimento econômico	5,2	0,2
Desenvolvimento social	137,6	5,8
Fazenda	85,0	3,6
Governo	49,0	2,1
Infraestrutura	0,0	0,0
Justiça	0,2	0,0
Logística	0,0	0,0
Segurança	8,9	0,4
Transportes metropolitanos	80,6	3,4
Total	2.367,7	100,0

Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Elaboração própria.

Diferente do que se verifica a nível federal, a maior parte dos recursos empenhados pelo estado de São Paulo foram na pasta da saúde. A maior concentração de gastos em saúde, em oposição a gastos

em áreas como a assistência social, se verifica em todos os entes subnacionais aqui analisados, como se verá nas subseções seguintes.

Considerando-se que a maior parte dos empenhos de São Paulo se concentrou na pasta da saúde, cabe analisar mais detidamente o papel dos recursos federais repassados via FNS para o estado nessas despesas.

Tabela 9 – Recursos empenhados pela Secretaria de Estado da Saúde do estado de São Paulo no enfrentamento da pandemia, por fonte de recurso de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões

Fonte	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	% do total
Federal	0,0	0,2	25,7	128,0	118,4	253,1	525,3	28,1
Estadual	0,3	0,4	367,5	782,0	-172,3	368,8	1.346,8	71,9
Total	0,3	0,6	393,2	910,0	-53,9	621,9	1.872,1	100,0
% do total	0,0	0,0	21,0	48,6	-2,9	33,2	100,0	100,0

* Valores negativos designam cancelamentos de empenhos.

Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Elaboração própria.

Estes dados indicam que apenas 28,1% dos recursos empenhados nos esforços do estado de combate à pandemia vieram de repasses do FNS. Apesar de se tratar de um número baixo, esse valor representa um ganho com relação ao estado anterior à crise. Durante o ano de 2019, apenas 24,5% das despesas com saúde do Estado de São Paulo foram custeadas por recursos federais¹⁵. Além dis-

so, os R\$525 milhões empenhados a partir de fontes federais representam apenas 55,8% dos recursos totais repassados pelo FNS ao estado até o final de julho, o que indica a existência de um hiato entre o recebimento dos recursos federais pelo ente e o seu empenho efetivo.

Tabela 10 – Repasses do FNS ao estado de São Paulo e empenhos de recursos federais realizados no estado para enfrentamento da pandemia de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões

Recursos Federais	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	% do total
Repassados	-	-	131,37	388,41	224,93	197,30	942,01	100,0
Empenhados	-	0,2	25,7	128,0	118,4	256,3	530,5	56,3

Fonte: Governo do Estado de São Paulo e Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.

Mencionamos, por fim, que os dados sobre execução orçamentária no enfrentamento da pandemia disponibilizados pelo estado de São Paulo não contam com discriminação dos elementos

de empenho, motivo pelo qual não se poderá fazer, aqui, análise mais aprofundada do objeto das despesas do estado.

¹⁵ Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS). Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Despesas do município de São Paulo

Até o dia 30 de junho de 2020, o município de São Paulo havia firmado contratos e convênios desti-

nados ao enfrentamento da epidemia que somavam R\$591 milhões. A Tabela 11 traz uma compilação dos valores totais contratados por cada órgão.

Tabela 11 – Valores de contratos/convênios firmados pelo Município de São Paulo, por órgão de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

Órgão	Março	Abril	Mai	Junho	Total	% do total
Autarquia Hospitalar Municipal	2,52	29,37	53,57	0,87	86,33	14,6
Hospital do Servidor Público Municipal	1,18	3,47	2,72	0,31	7,68	1,3
Subprefeituras e prefeituras regionais	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,0
Secretaria de Saúde	34,83	33,20	248,64	7,04	323,71	54,8
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social	0,00	1,96	1,54	0,02	3,53	0,6
Outras secretarias	2,54	106,24	8,20	13,54	130,51	22,1
Empresas públicas e outras autarquias	3,32	23,74	10,25	2,14	39,45	6,7
Total	44,39	197,98	324,94	23,92	591,23	100,0
% do total	7,5	33,5	55,0	4,0	100,0	-

Fonte: Controladoria Geral do Município de São Paulo. Elaboração própria.

Assim como o estado de São Paulo, o município de São Paulo concentrou a maior parte de seus gastos relacionados à pandemia na área da saúde. Somando-se os valores contratados em nome da Autarquia Hospitalar Municipal, do Hospital do Servidor Público Municipal e da Secretaria de Saúde, chega-se à rubrica de R\$417,7 milhões, ou 70,6% do valor total dos contratos, gastos em saúde.

Com relação ao gasto total de R\$591 milhões em contratações, os repasses federais realizados ao município representam 47,1% (R\$278 milhões, cf. Tabela 5). Apesar de não ser possível dizer em que medida esses recursos federais foram ou não empenhados para custear os contratos, nota-se a importância desses recursos no custeio da resposta municipal à epidemia. Destacamos ainda que, com relação ao padrão ordinário de financiamento do

SUS no município de São Paulo, esta rubrica representa um grande aumento na participação desse tipo de recurso no custeio de ações de saúde da cidade. Citamos, a título de exemplo, o fato de que, em 2019, os recursos federais empenhados pelo município de São Paulo representaram apenas 21,08% do total das despesas em saúde municipais¹⁶. Nota-se, portanto, um aumento significativo na participação da União nos gastos com saúde, ainda que apenas em caráter temporário.

Por fim, a Tabela 12 traz a categorização dos valores totais contratados de acordo com o elemento de despesa constituinte do objeto principal de cada contrato.

¹⁶ Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS). Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Tabela 12 – Valores totais contratados pelo município de São Paulo, por elemento de despesa de março a junho de 2020 – em R\$ milhões

Elemento de despesa	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL	% do total
Equipamentos e material permanente	0,04	3,92	1,35	0,28	5,59	0,9
Material de consumo	22,78	44,42	75,13	20,91	163,24	27,6
Obras e instalações	0,00	0,20	9,38	0,64	10,22	1,7
Serviços hospitalares*	0,00	14,01	229,53	0,00	243,55	41,2
Outros serviços	21,57	135,43	9,54	2,09	168,63	28,5
Total	44,39	197,98	324,94	23,92	591,23	100,0
% do total	7,5	33,5	55,0	4,0	100,0	-

* Contratos que tenham por objeto qualquer prestação de serviço médico, inclusive regulação de leitos.

Fonte: Controladoria Geral do Município de São Paulo. Elaboração própria.

Diferentemente dos outros entes analisados, foi possível, no município de São Paulo, distinguir contratos voltados à prestação de serviços hospitalares (incluindo serviços de administração e regulação de leitos) dos demais firmados para combate à pandemia. Dentre os elementos de despesa analisados, estes contratos constituem a categoria de elemento de despesa com principal participação na composição dos gastos contratuais do município de São Paulo, somando R\$243 milhões (41,2% do total dos gastos contratuais). Subsidiariamente, são importantes na composição de gastos os contratos voltados à aquisição de materiais de consumo, que concentram 27,6% dos gastos contratuais, somando R\$163 milhões.

Despesas do estado do Rio de Janeiro

Até o dia 30 de junho de 2020, o estado do Rio de Janeiro havia comprometido quase R\$1,6 bilhão em contratos destinados ao enfrentamento do coronavírus. Diferente dos demais entes analisados até aqui, todos esses contratos estão sob responsabilidade do Fundo Estadual de Saúde, indicando que todos os gastos de enfrentamento à pandemia feitos pelo estado se concentram na área da saúde.

Outro dado que merece destaque é o fato de que todos os contratos foram firmados nos meses de março e abril. Em março, os contratos firmados totalizaram R\$457,5 milhões e em abril, R\$1,13 bilhão. Todos eles foram firmados, portanto, antes das duas trocas no comando da Secretaria de Saúde ocorridas desde o início da pandemia, realizadas em maio e em junho. A paralisia de mais de dois meses nas contratações da pasta, em meio a uma pandemia, é um sinal perigoso sobre a falta de articulação para dar andamento às ações de mitigação a crise sanitária.

Apesar de não haver motivo claro para essa situação, uma hipótese é a de que as investigações sobre irregularidades nos contratos firmados até este momento (FABRINI E TEIXEIRA, 2020) tenham paralisa-

do a pasta, já que, ao que tudo indica, essas mesmas irregularidades motivaram as duas trocas no comando da secretaria ocorridas em 2020 (O GLOBO, 2020).

Tabela 13 – Valores contratados pelo estado do Rio de Janeiro para enfrentamento da pandemia, por elemento de despesa de março e abril – em R\$ milhões

Elemento de despesa	Março	Abril	Total	% do total
Material de consumo	222,86	64,76	287,61	18,1
Equipamentos e material permanente	67,92	119,02	186,94	11,8
Obras e instalações	0,15	0,00	0,15	0,0
Serviços hospitalares	166,55	946,74	1.113,30	70,1
Total	457,48	1.130,52	1.588,00	100,0
% do total	28,8	71,2	100,0	-

* Contratos que tenham por objeto qualquer prestação de serviço médico, inclusive regulação de leitos. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Elaboração própria.

A partir da análise dos dados da tabela, concluímos que a maior parte dos gastos (70,1%) se deu com contratos voltados ao fornecimento de serviços hospitalares, que totalizam R\$1,11 bilhão. Entram nesta categoria os contratos firmados para construção e gestão dos hospitais de campanha. Essa nota é importante para se avaliar a efetividade dos gastos realizados pelo estado no enfrentamento da pandemia. Apesar de os contratos de serviços hospitalares representarem a maior parte dos gastos do estado, até o momento de redação desta nota, a entrega de dois dos sete hospitais de campanha originalmente contratados havia sido cancelada (G1, 2020). Significa dizer que a maior parte dos gastos realizados pelo estado do Rio de Janeiro ainda não havia sido revertida em resultados concretos para o fortalecimento do sistema público de saúde estadual.

Os demais gastos dividiram-se entre compras de material de consumo, equipamentos e material permanente. Juntos, os contratos destinados a este tipo

de aquisição somavam R\$474,5 milhões, 29,9% dos gastos totais com contratações.

Por fim, cabe fazer uma consideração sobre o potencial papel dos recursos federais no enfrentamento da pandemia no estado do Rio de Janeiro. Os recursos repassados pelo FNS ao estado até o final de junho de 2020 somavam apenas R\$161,3 milhões. Este valor representa 10,2% dos gastos com contratações realizadas pelo estado, estando muito aquém dos recursos repassados ao estado e ao município de São Paulo em relação a seus gastos de enfrentamento da pandemia. Esta proporção de participação dos recursos federais no custeio de ações emergenciais é baixa mesmo em comparação aos repasses federais ordinariamente recebidos pelo estado. Em 2019, 20,51% das despesas públicas em saúde realizadas pelo estado do Rio de Janeiro foram custeadas com recursos federais¹⁷. Proporcionalmente, trata-se de pouco mais que o dobro da participação das receitas federais no custeio de ações emergenciais relativas ao coronavírus.

¹⁷ Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS). Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Despesas do município do Rio de Janeiro

No dia 30 de junho de 2020, o município do Rio de Janeiro havia empenhado R\$307,55 milhões em

ações de enfrentamento à epidemia. A Tabela 14 apresenta a distribuição desses empenhos por órgão.

Tabela 14 – Valores empenhados pelo município do Rio de Janeiro no enfrentamento da pandemia, por órgão de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões

Órgão	Empenhos	% do total
Hospitais e institutos municipais de saúde	14,39	4,68
RioSaúde	64,77	21,06
Secretaria de Saúde	158,75	51,62
Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos	5,84	1,90
Outras secretarias	42,06	13,67
Fundos municipais	20,00	6,50
Outros	1,75	0,57
Total	307,55	100,00

Fonte: Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro. Elaboração própria.

Assim como no caso dos demais entes analisados à exceção da União, a saúde concentrou a maior parte dos gastos de enfrentamento da pandemia no município do Rio de Janeiro. Somando-se os valores empenhados pela RioSaúde, hospitais e institutos municipais de saúde e diretamente pela Secretaria de Saúde, os empenhos atingem um total de R\$237,9 milhões, ou 77,4% dos empenhos totais da prefeitura.

A Tabela 15 traz um detalhamento sobre a destinação específica dos empenhos realizados em saúde pelo município, a partir dos critérios de elemento de despesa e de subfunções de saúde.

Tabela 15 – Empenhos em saúde para combate à pandemia no município do Rio de Janeiro, por subfunções de saúde e por elementos de despesa de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões

Subfunção de saúde	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	% do total
Administração geral	-	-	-	-	1,9	-	1,9	0,8
Assistência hospitalar e ambulatorial	9,2	-	9,8	135,4	45,2	17,4	217,0	91,2
Atenção básica	-	-	0,3	8,1	0,1	9,4	17,9	7,5
Suporte profilático e terapêutico	-	-	33,0	-33,0	-	-	-	0,0
Vigilância epidemiológica	-	-	1,0	0,1	0,1	-0,1	1,0	0,4
Vigilância sanitária	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Total	9,2	-	44,0	110,6	47,3	26,7	237,9	100,0

Elemento de despesa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	% do total
Equipamentos e material permanente	-	-	-	-	0,8	1,3	2,1	0,9
Locação de mão de obra	-	-	-	-	-	5,6	5,6	2,3
Material de consumo	9,2	-	44,0	94,2	46,5	-26,3	167,7	70,5
Obras e instalações	-	-	-	-	-	32,5	32,5	13,7
Contratações não especificadas	-	-	-	16,4	-	13,6	30,0	12,6
Total	9,2	-	44,0	110,6	47,3	26,7	237,9	100,0
% do total	3,9	0,0	18,5	46,5	19,9	11,2	100,0	-

Fonte: Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro. Elaboração própria.

A maior parte dos recursos foi destinada à assistência hospitalar e ambulatorial, que concentrou R\$217 milhões em empenhos, 91,2% do total destinado à saúde. A atenção básica, por sua vez, concentrou R\$17,9 milhões em empenhos, 7,5% do total. As demais subfunções de saúde receberam quantias pouco significativas com relação ao total. Essa composição de gastos indica que os esforços financeiros do município se concentraram principalmente em preparar o sistema público para tratamento de pacientes já infectados, em oposição ao desejável maior empenho em esforços preventivos, voltados ao achatamento da curva de infecção.

Cruzando estes dados com outros sobre distribuição dos elementos de despesa, é possível concluir que, apesar de os empenhos terem se concentrado na assistência hospitalar e ambulatorial, a maior parte dos gastos foi feita com material de consumo. Foram empenhados R\$167 milhões com a aquisição desse tipo de produto, o que representa 70,5% dos empenhos totais. Com isso, conclui-se que a escolha do município de fortalecer a assistência hospitalar para enfrentamento da pandemia não focou na melhoria estrutural da rede, mas na preparação circunstancial para o recebimento de pacientes com COVID-19. Essa conclusão é corroborada pela baixíssima participação dos empenhos com equipamentos e material permanentes nos empenhos totais.

Além dos 70,5% de empenhos representados por gastos com materiais de consumo, outros 16,3% dos recursos foram empenhados com obras e instalações e contratações não especificadas, o que pode refletir gastos com a construção de hospitais de campanha ou expansão da capacidade hospitalar instalada no município.

No geral, é possível dizer que os empenhos com saúde realizados pela cidade do Rio de Janeiro até este momento foram muito baixos. A título de comparação, lembramos que os R\$238 milhões representam 40,2% dos empenhos realizados pelo município de São Paulo no enfrentamento à pandemia. Mesmo levando em conta a diferença populacional entre os municípios, trata-se de discrepância importante, especialmente em se considerando que as duas capitais são as cidades que concentram o maior número de infectados pela COVID-19 no país.

A baixa quantidade de empenhos realizados pela capital fluminense está possivelmente relacionada aos repasses federais igualmente baixos realizados até o momento. Conforme a Tabela 5, apenas R\$120,4 milhões haviam sido repassados ao município do Rio de Janeiro até o final de junho de 2020. Assumindo que todos os recursos federais distribuídos até o momento já tenham sido empenhados, isso significaria que, do total dos empenhos realizados pelo ente, R\$117,5 milhões, ou 49,4% deles, teriam de ser custeados diretamente pelo município ou pelo estado do Rio de Janeiro.

Neste cenário, 50,6% do total de empenhos para enfrentamento à pandemia teriam sido custeados pelos repasses federais. A título de comparação, mencionamos que, durante o ano de 2019, verbas federais custearam 35,03% dos gastos totais em saúde no município¹⁸.

Apesar de, proporcionalmente, a participação dos recursos federais no combate à pandemia na cidade do Rio de Janeiro ter sido superior aos demais entes estudados nesta nota técnica, isto não significa que o ente foi privilegiado na distribuição de recursos. A hipótese mais provável, neste caso, é que a situação fiscal extremamente deteriorada do município (CAPETTI E CAVALCANTI, 2019) condicionou suas possibilidades de enfrentamento à pandemia ao repasse de recursos feitos pelo FNS. Assim, os baixos valores empenhados se explicariam pelo fato de o ente não contar com recursos suficientes para custeá-los autonomamente. Esta situação poderia ser mitigada com um aumento dos repasses federais à cidade.

Doações: marketing, desarticulação e discricionariedade

Conforme discutido anteriormente, no início da pandemia houve movimentações no sentido da liberação de recursos orçamentários para o enfrentamento da COVID-19. Porém, à medida que a pandemia avançou, ficaram evidentes o baixo nível de execução orçamentária e as dificuldades na coordenação central das ações de compra de insumos, treinamento e alocação de equipes especializadas para atendimento das necessidades de assistência relacionadas à epidemia.

Além disso, ficaram explícitos os efeitos de um padrão regressivo de articulação público-privada no sistema de saúde brasileiro. Consideremos, por exemplo, o fato de que cerca de 25% da população tenha acesso a uma oferta quatro vezes maior de recursos assistenciais para uso privativo do que aqueles destinados à população em geral. Ao longo da propagação da pandemia pelo território nacional, isso se refletiu em rápida ocupação dos leitos disponíveis para o SUS, ao mesmo tempo em que hospitais da rede privada apresentavam taxas de ociosidade significativas devido à interrupção de procedimentos eletivos na saúde suplementar. Diante do colapso da rede assistencial, subitamente ganhou visibilidade a perspectiva de que, em algum momento no curso da epidemia, o critério de acesso a leitos hospitalares privados poderia ser modificado, a partir da requisição administrativa e outras formas de contratação destes leitos pelo poder público¹⁹.

É neste cenário de crise sanitária e limitação da iniciativa pública que surgiram anúncios de doações em dinheiro ou insumos por empresas privadas e pessoas físicas para suprir as necessidades dos afetados pela doença.

Evidentemente, um levantamento sistemático e exaustivo sobre doações, ou sobre ações humanitárias em geral, deveria estar inserido em um esforço maior de valorização do papel desempenhado pela população brasileira para amenizar os efeitos sanitários e sociais da pandemia. Assim como em outros países²⁰, observa-se muitas iniciativas dispersas de engajamento voluntário em atividades de prevenção, cuidado, conscientização, distribuição de bens essen-

¹⁸ Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS). Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

¹⁹ A este respeito, ver a seção sobre leitos hospitalares que integra esta nota, ou ainda, GEPS/GPDES (2020).

²⁰ Cf. OMS (2020).

ciais, entre outras. Vale ressaltar, ainda, esforços comunitários melhor articulados de enfrentamento da pandemia, como os casos notórios de Paraisópolis, em São Paulo (BOCCHINI, 2020), no Complexo do Alemão e no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro (JORNAL DO BRASIL, 2020), bem como outras iniciativas²¹.

No âmbito desta nota técnica, destacamos um tipo específico de doação, que tem como destinatário o setor público ou promove iniciativas atreladas a ele. A parte mais relevante dessas doações tem como origem grandes empresas ou consórcios de empresas, e destina-se à instalação de novos equipamentos, compra de materiais e insumos, doação direta de itens ou a facilitação de operações logísticas.

É inevitável sublinhar que há sempre um retorno positivo para a imagem da empresa ou da pessoa física identificada como doador(a), o que equivale a dizer que parte do dinheiro doado pode ser contabilizado como um investimento em *marketing* corporativo ou pessoal de retorno assegurado para sua própria imagem. Isso não ocorre quando o trânsito de recursos para o orçamento público se dá por uma política tributária impessoal, progressiva e socialmente responsável.

Os itens doados e os locais para os quais serão destinados podem ser definidos com alto grau de discricionariedade pelo doador – permitindo que a distribuição dessas doações se dê por critérios descentralizados para atender interesses pontuais e pelo seu potencial de retorno associado à imagem.

Embora toda doação em dinheiro ou recursos não deva ser desprezada em uma situação de calamidade sanitária, a análise dos valores em números relativos ao patrimônio dos doadores e às necessi-

dades projetadas para o sistema de saúde permite dar a devida dimensão material ao fenômeno.

Panorama das Doações

O Anexo II apresenta um levantamento preliminar das doações mais relevantes que foram anunciadas na mídia brasileira. São iniciativas bastante pulverizadas de empresas, entidades representativas e pessoas físicas (notadamente empresários e artistas), com objetivos diferentes.

Destacamos, particularmente, a presença de grupos hospitalares privados, que fizeram doações para o poder público e se engajaram ativamente na construção de hospitais de campanha e outros equipamentos auxiliares ao enfrentamento da pandemia. Neste ramo, é importante aprofundar as pesquisas para compreender as contradições deste fenômeno. Por um lado, houve ampliação das contratações e aumento do valor diário custeado pelo SUS para leitos de UTI/COVID. Parte dos hospitais, portanto, destinou sua estrutura ao enfrentamento da pandemia para o conjunto da população, vendendo leitos para o SUS. Por outro lado, é notório que o conjunto dos hospitais brasileiros mantiveram taxas significativas de ociosidade de leitos durante todo o período, resistindo abertamente às propostas de aplicação da requisição administrativa pelo poder público e, simultaneamente, pressionando órgãos regulatórios para estimular o retorno de procedimentos eletivos na saúde suplementar (GEPS/GPDES, 2020). Nesse sentido, é necessário compreender por que se julgou preferível a construção de hospitais de campanha temporários ao investimento e utilização da capacidade já instalada.

As destinações mais comuns das doações foram compra de insumos, aparatos de proteção e equipa-

²¹ Ver, por exemplo, as iniciativas cadastradas no Mapa Corona nas Periferias, do Instituto Marielle Franco <<https://www.institutomariellefranco.org/mapacoronanasperiferias>>.

mentos para unidades hospitalares privadas ou administradas por fundações ou empresas privadas; doação de alimentos; produtos de higiene pessoal, colchões e cobertores para grupos vulneráveis ou instituições filantrópicas selecionadas; importação de testes rápidos; construção ou adaptação de espaços de acolhimento de pacientes e hospitais de campanha; campanhas de conscientização para a prevenção do contágio, entre outras.

Do levantamento das principais doações até o momento pode-se extrair algumas considerações preliminares. Em um cenário que ameaça a capacidade operacional dos sistemas de saúde, qualquer reforço financeiro ou logístico é bem-vindo, mas também é importante analisar as implicações políticas implícitas nos movimentos dos agentes econômicos envolvidos. Ademais, se faz crucial assegurar, por meio de uma coordenação confiável e transparente, que as doações sejam bem aproveitadas.

O orçamento público da saúde deve ter a sua reserva de contingência, bem como as ações de governo devem ser organizadas de forma a garantir o melhor aproveitamento dos recursos existentes no país, sejam eles patrimônio público ou ativos controlados por particulares. Ganhos colaterais em estratégias de *marketing* corporativo ou pessoal em situações como esta podem ser considerados inaceitáveis do ponto de vista ético.

Para que bens de interesse público possam ter expressão orçamentária adequada, as interações público-privado no sistema de saúde devem ser amplamente progressivas assegurando acesso a serviços segundo as necessidades de cada um, independente da sua capacidade de pagamento. Deve-se equalizar a distribuição dos recursos no território, como a crise sanitária atual vem demonstrando na prática.

Empresas e grupos econômicos de setores sabidamente superavitários como bancos, mineradoras,

empresas de petróleo e empresas hospitalares podem preferir desembolsar circunstancialmente quantias – generosas aos olhos do senso comum, mas irrelevantes em relação a seus patrimônios – do que se comprometer com soluções políticas duradouras e efetivas que resultem em mudanças estruturais para o sistema de saúde.

Depois que a epidemia passar, os hospitais de campanha forem desmontados e os insumos doados forem consumidos, pouco terá sido incorporado ao Sistema Único de Saúde como ativos estratégicos para garantir a segurança e a saúde da população brasileira. Ao mesmo tempo, a formação de comitês de notáveis para gestão discricionária de fundos de doações bilionárias não garante que os recursos sejam alocados segundo critérios adequados do ponto de vista sistêmico. Antes, pode gerar uma institucionalidade paralela às instâncias decisórias existentes, e agravar a falta de coordenação que se observou na pandemia.

Este levantamento preliminar indica que o universo das doações seguiu a mesma tendência dos gastos públicos, no sentido de terem se concentrado nas necessidades humanitárias imediatas de grupos vulneráveis e com contribuição marginal para o conjunto de recursos assistenciais disponíveis para o sistema de saúde. Também prevalece a falta de coordenação e planejamento, o que dificulta sua mobilização para finalidades prioritárias e tende a produzir lacunas e redundâncias na destinação e execução de recursos. A falta de critérios organizados para canalizar doações pode agravar desigualdades regionais e intra regionais já existentes no sistema de saúde. Isto se dá na medida em que tende a concentrar recursos em locais de maior visibilidade, mais fácil acesso, com maior oferta de serviços assistenciais ou outros parâmetros opostos ao que uma estratégia coordenada de enfrentamento da pandemia deveria priorizar.

Conclusões e reflexões para o futuro

A partir de todos os dados expostos, ficam evidentes algumas falhas essenciais na articulação do financiamento à saúde para enfrentamento da pandemia. Alguns pontos, dentre estas falhas, merecem destaque para que se coloque em perspectiva como elas podem ter afetado diretamente o fracasso do Brasil na contenção da crise sanitária.

A intempestividade na liberação dos recursos extraordinários para enfrentamento da pandemia e a subsequente demora em sua execução são os principais pontos que impossibilitaram a organização preventiva do sistema público de saúde. Os recursos extraordinários passaram a ser liberados em quantidades relevantes apenas a partir de abril, mais de um mês depois de a pandemia ter chegado ao Brasil. Mesmo depois da liberação, aliás, praticamente apenas um terço dos recursos liberados para o Ministério da Saúde haviam sido efetivamente executados.

A demora na execução orçamentária se tornou, inclusive, objeto de investigação pelo Ministério Público Federal (MPF, 2020). O Ministério da Saúde apontou como sua principal causa a dificuldade na aquisição de equipamentos e materiais e a demora na habilitação de equipamentos de saúde, mas estas justificativas não esclarecem o limite da responsabilidade do governo federal na falta de planejamento generalizada dos gastos. O fato é que, diferentemente das suas causas, os efeitos da demora na execução orçamentária sobre a resposta do sistema de saúde brasileiro à crise sanitária são autoevidentes. Esta omissão, deliberada ou não, resultou na falta de recursos nos serviços de ponta, impedindo-os de atuar tempestivamente na contenção da pandemia.

Quanto aos gastos efetivamente executados, a maior parte dos empenhos, em todos os entes analisados, se deu com aquisição de material de consumo.

Essa categoria abarca muitos dos produtos essenciais para o enfrentamento seguro da pandemia, como equipamentos de proteção individual, testes ou medicamentos. Ainda assim, a baixa participação de gastos com equipamentos e material permanentes indica uma situação em que poucos dos gastos excepcionais de enfrentamento da pandemia serão aproveitáveis ao sistema público de saúde no longo prazo.

Os repasses federais a entes subnacionais, apesar de constituírem a maior parte dos empenhos efetivamente realizados pelo Ministério, apresentam falhas importantes em seus critérios de distribuição. A falta de critérios que consideram a situação epidemiológica, as necessidades fiscais e a estrutura assistencial pública de cada ente para determinar a distribuição destes recursos acabou criando uma situação de repasses heterogêneos. Entes com situação epidemiológica muito grave receberam recursos proporcionalmente menores do que aqueles recebidos por entes em situação controlada. E não há qualquer indicativo de que os recursos tenham sido distribuídos com base nas reais necessidades da rede pública de cada região ou local.

Ainda que não possam ser generalizáveis para o restante do país, os casos dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e suas capitais – e, principalmente, da comparação entre eles – apontam para os efeitos desta falta de planejamento. Ambos os estados são os dois entes com maior número absoluto de casos e mortes por COVID-19 e, ainda assim, receberam rubricas muito distintas para seu enfrentamento, sem relação entre as quantidades recebidas e o tamanho de suas populações. O Estado do Rio de Janeiro, até o momento do levantamento, havia custeado as ações de enfrentamento da pandemia praticamente com recursos próprios.

A discrepância nos valores absolutos recebidos pelos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, apesar de menor do que a verificada entre os estados, é muito relevante quando colocada na perspectiva de participação dos recursos federais nos gastos totais de combate à pandemia. A cidade do Rio de Janeiro, ainda que tenha recebido quantia menor do que São Paulo (mesmo levando-se em conta a diferença populacional), registrou participação relativa dos recursos federais muito acima da participação registrada na capital paulista. Isso indica que, neste caso, o município não contava com capacidade de custeio autônomo do enfrentamento da pandemia e, por isso, teve sua estratégia de enfrentamento limitada pelos recursos repassados.

Estes exemplos demonstram a plausibilidade da hipótese de que a falta de critérios na distribuição de recursos entre os entes federais pode ter, de fato, criado desigualdades no que tange o combate à pandemia. A liberação extraordinária de recursos poderia ser uma oportunidade para que assimetrias históricas fossem reparadas, mas, dada a falta de planejamento, podem ter sido reforçadas.

A oportunidade perdida, infelizmente, se estende à avaliação da estratégia de financiamento do combate à pandemia adotada pelo governo como um todo. Apesar da mobilização de esforços para flexibilização do orçamento nacional, o governo federal foi incapaz de liberar e utilizar tais recursos em tempo para prevenir a catástrofe sanitária que se desenrola. A demora, a insuficiência e a inefetividade generalizadas na liberação e na utilização dos recursos emergenciais inviabilizaram a organização de uma resposta nacional que prevenisse as centenas de milhares de mortes e as milhões de infecções. Desta perspectiva, os desdobramentos da pandemia do novo coronavírus no Brasil são a eloquente expressão de uma catástrofe por omissão.

Referências

- ANDRIETTA, L.S.; LEVI, M. L. *et. al.* **The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil.** BMJ Global Health, 28 fev. 2020.
- BANCO MUNDIAL. **World Bank Group COVID-19 Crisis Response Approach Paper.** 2020. p. 12-17. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/136631594937150795/pdf/World-Bank-Group-COVID-19-Crisis-Response-Approach-Paper-Saving-Lives-Scaling-up-Impact-and-Getting-Back-on-Track.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- BARROY, H. *et. al.* **How to budget for COVID-19 response? A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries.** WHO. Health systems governance and financing & COVID-19, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-financing/covid-19>. Acesso em: 14 mai. 2020.
- BOCCHINI, B. **Território precário controla covid-19 melhor que a média de São Paulo.** Agência Brasil, São Paulo, 25 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/territorio-precario-controla-covid-19-melhor-que-media-de-sao-paulo>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- BRADLEY, J. **In Scramble for Coronavirus Supplies, Rich Countries Push Poor Aside.** The New York Times, 09 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/09/world/coronavirus-equipment-rich-poor.html>. Acesso em: 29 jun. 2020.
- CAPETTI, P.; CAVALCANTI, G. **De segunda melhor, Rio cai para segunda pior situação fiscal entre as capitais brasileiras, aponta Firjan.** O Globo, 31 out. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/de-segunda-melhor-rio-cai-para-segunda-pior-situacao-fiscal-entre-as-capitais-brasileiras-aponta-firjan-24052179>. Acesso em 06 jul. 2020.
- DWECK, E. *et al.* **Por que Estados e Municípios precisam de auxílio em meio à pandemia da COVID-19?** Grupo de Economia do Setor Público/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.
- FABRINI, F.; TEIXEIRA, M. **Investigação diz que Witzel está no topo de grupo que fraudou orçamento até de caixa-d'água.** Folha de São Paulo, São Paulo, 26 de maio de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/investigacao-diz-que-witzel-esta-no-topo-de-grupo-que-fraudou-orcamento-ate-de-caixa-dagua.shtml>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (FMI). **The IMF's Response to COVID-19.** Disponível em: <https://www.imf.org/en/About/FAQ/imf-response-to-covid-19>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- G1. **Secretário de Saúde do RJ anuncia que o governo desistiu dos hospitais de campanha de Campos e Casimiro de Abreu.** Portal G1, São Paulo, 01 jul. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/01/secretario-de-saude-do-rj-anuncia-que-o-governo-desistiu-dos-hospitais-de-campanha-de-campos-e-casimiro-de-abreu.ghtml>. Acesso em: 06 jul. 2020.

GEPS/GPDES. **As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo.** Nota Técnica, 01/04/2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

ITAÚ. Disponível em: <<https://www.itau.com.br/coronavirus/doacoes/>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

JBS a. Disponível em: <<https://jbs.com.br/saiba-mais/jbs-doa-r-400-milhoes-no-brasil-para-o-enfrentamento-da-covid-19/>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

JBS. Disponível em: <[https://mz-filemanager.s3.amazonaws.com/043a77e1-0127-4502-bc5b-21427b991b22/apresentacoes-institucionaiscentral-de-downloads/6a9f2d10d782ebec87caac40687f736b9b8e03b5053870b1cb53e2afd498848f/apresentacao institucional incluindo resultados do 2t19.pdf](https://mz-filemanager.s3.amazonaws.com/043a77e1-0127-4502-bc5b-21427b991b22/apresentacoes-institucionaiscentral-de-downloads/6a9f2d10d782ebec87caac40687f736b9b8e03b5053870b1cb53e2afd498848f/apresentacao%20institucional%20incluindo%20resultados%20do%202t19.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2020.

JORNAL DO BRASIL. **Com Estado 'ausente', favelas se organizam contra Covid-19, violência e desinformação.** Jornal do Brasil, São Paulo, 23 abr. 2020. Disponível em <<https://www.jb.com.br/rio/2020/04/1023426-com-estado--ausente---favelas-se-organizam-contra-covid-19--violencia-e-desinformacao.html>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LORENTZ, B. **'Gatonet de lives' engana fãs de sertanejos e rouba doações de combate ao coronavírus.** Portal G1, São Paulo, 23 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pop-arte/musica/noticia/2020/04/23/gatonet-de-lives-engana-fas-de-sertanejos-e-rouba-doacoes-de-combate-ao-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coletiva de Imprensa.** Brasília. 24 jul. 2020b. 63 slides, color.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde envia R\$ 13,8 bilhões para todo o país.** 2 jul. 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47156-ministerio-da-saude-envia-r-13-8-bilhoes-para-todo-o-pais>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). **Covid-19: MPF abre inquérito para investigar execução orçamentária de combate à pandemia.** 2 jun. 2020. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/covid-19-mpf-abre-inquerito-para-investigar-execucao-orcamentaria-de-combate-a-pandemia>>. Acesso em: 24 jun. 2020

O GLOBO. **Fernando Ferry deixa cargo de secretário de saúde do Rio: 'Tentei resolver os graves problemas'.** O Globo, Rio de Janeiro, 22 jun. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/fernando-ferry-deixa-cargo-de-secretario-de-saude-do-rio-tentei-resolver-os-graves-problemas-24491884>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

OLIVEIRA, K. **Bradesco, Itaú e Santander vão comprar 5 milhões de testes de covid-19.** Agência Brasil, Brasília, 25 mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/bradesco-itaue-santander-vaocomprar-5-milhoes-de-testes-de-covid-19>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **What is the value of civil society in the Covid-19 crisis? Cross-country analysis.** Covid-19 Health System Response Monitor, 05 jun. 2020. Disponível em: <<https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/06/05/what-is-the-value-of-civil-society-in-the-covid-19-crisis/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MOREIRA, B. **Controladores do Magazine Luiza vão doar R\$ 10 mi para tratar doentes da covid-19.** Estadão Conteúdo/UOL, São Paulo, 27 mar. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/03/27/controladores-do-magazine-luiza-va-doar-r-10-mi-para-tratar-doentes-da-covid-19.htm>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

VALE DO RIO DOCE. **Doações de testes rápidos e equipamentos de proteção reforçam combate à Covid-19 no Sul e Sudeste do Pará.** Vale do Rio Doce, 15 mai. 2020. Disponível em: <<http://www.vale.com/brasil/PT/aboutvale/news/Paginas/doacoes-de-testes-rapidos-e-equipamentos-de-protecao-reforcam-combate-a-covid-19-no-sul-e-Sudeste-do-Para.aspx>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

Anexo I – Contratos firmados pelo Ministério da Saúde

A tabela abaixo apresenta os contratos firmados pelo Ministério da Saúde (MS) para aquisição de recursos e insumos para enfrentamento da COVID-19 no período de março a julho de 2020.

Tabela - Contratos do MS para enfrentamento da COVID-19 - março a julho de 2020 – Brasil

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Topmed Assistência à Saúde Ltda.	<u>019/2020</u>	Serviços de TI	Serviço de atendimento pré-clínico ao cidadão baseado em algoritmos clínicos relacionados aos sinais/sintomas do coronavírus, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	144.009.900,00	-	-	
Talktelecom Comércio de Equipamentos de Informática e Serviços Empresariais S/A	<u>020/2020</u>	Serviços de TI	Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de atendimento automatizado por via telefônica, a partir de algoritmo fornecido pela contratante com desfechos variáveis, incluindo o iacionamento para outro número telefônico, com disparo inicial da ligação automática a partir de base de dados da contratante, e plataforma de análise dos dados gerados, para monitoramento alvo de casos da Covid-19, incluindo: 1.1 infraestrutura necessária à operação, com número de canais e estrutura de central telefônica adequada ao volume contratado, com possibilidade de aumento de escala conforme necessidade; 1.2 Software para gerenciamento das chamadas e dos dados gerados a partir das chamadas telefônicas (geradas e recebidas) com classificação por interação e desfecho, integrando às bases de dados solicitadas.	46.800.000,00	-	-	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
S.M. Guimarães Eireli – Quality	<u>40/2020</u>	Álcool	Álcool etílico, tipo hidratado, teor alcoólico 70% (70°gl), apresentação gel – unidade de 500 ml	391.000,00	100.000	3,91	
Ndalabor Indaiá Laboratórios Farmacêuticos Ltda	<u>41/2020</u>	Álcool	Álcool etílico, tipo hidratado, teor alcoólico 70% (70°gl), apresentação gel – unidade de 100 ml	124.000,00	100.000	1,24	
Reagen Produtos para Laboratórios Ltda	<u>42/2020</u>	Insumos	Cloreto de sódio, aspecto físico pó cristalino branco ou cristais incolores – frasco 500 g	51.800,00	200	9,00	
			Suplemento para meio de cultura, tipo penicilina g + estreptomicina – frasco 100 ml		200	250,00	
Joãomed Comércio de Materiais Cirúrgicos S/A	<u>43/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Óculos proteção, material armação policarbonato e nylon, tipo proteção lateral, material proteção policarbonato, tipo lente anti-risco, antiembaçante, cor lente incolor, características adicionais com cordão de segurança, hastes de cor preta, material lente policarbonato	310.000,00	100.000	3,1	
Nacional Comércio Hospitalar S/A	<u>44/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Luva para procedimento não cirúrgico, material nitrile, características adicionais sem pó, esterilidade não esterilizada, modelo sem látex - 4.000.000 unidades de cada tamanho P, M, G	2.280.000,00	12.000.000	0,19	
Futura Distribuidora de Medicamentos e Produtos de Saúde Ltda	<u>45/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Luva para procedimento não cirúrgico, material látex natural íntegro e uniforme, características adicionais lubrificada com pó bioabsorvível - 4.000.000 unidades de cada tamanho P, M, G	2.040.000,00	12.000.000	0,17	
Sales Equipamentos e Produtos de Higiene Profissional Ltda	<u>46/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Sapatilha, material tnt, cor branca, aplicação uso laboratório, características adicionais com elástico, não estéril, aplicação de resina an-, tipo uso descartável, tamanho único	7.000,00	100.000	0,07	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Macmed Soluções em Saúde Ltda	<u>47/2020</u>	Testes	Swab, material haste plástica, tipo ponta em rayon, apresentação embalagem individual em tubo plástico, esterilidade estéril, tipo de uso descartável	36.000,00	100.000	0,36	
Capital Medh Importação, Distribuição e Representação Comercial Ltda	<u>48/2020</u>	Insumos	Tubo laboratório, tipo centrífuga, material polipropileno, tipo fundo, fundo cônico, capacidade 15 ml, acessórios tampa rosqueável, graduação graduado, esterilidade estéril, apirogênico, livre de DNase e RNase, uso descartável	23.400,00	60.000	0,39	
Rocha Lopes Representação e Comércio de Produtos Hospitalares Ltda - Alfa Implantes	<u>49/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Touca hospitalar, material não tecido 100% polipropileno, modelo com elástico em toda volta, sem cor, gramatura cerca de 20 g/m2, tamanho único	1.680.000,00	12.000.000	0,14	
Empresa BRT Medical Comércio de Material Hospitalar Ltda	<u>53/2020</u>	Máscaras	Máscara cirúrgica, material SMS, camadas: 3 camadas c/ dobras, fixação: tiras elásticas, adicional c/ clipe nasal, componentes: filtração de partículas mínima de 95%, esterilidade uso único.	480.000,00	500.000	0,96	
Empresa Farma Supply - MS Bastos Comércio e Representações Ltda	<u>54/2020</u>	Máscaras	Máscara cirúrgica, material SMS, camadas: 3 camadas c/ dobras, fixação: tiras elásticas, adicional c/ clipe nasal, componentes: filtração de partículas mínima de 95%, esterilidade uso único.	2.400.000,00	1.500.000	1,6	
Empresa Descarpac Descartáveis do Brasil Ltda	<u>55/2020</u>	Máscaras	Máscara tripla com tiras, embaladas em cartuchos com 50 unidades, material SMS, camadas: 3 camadas c/ dobras, fixação: tiras elásticas, adicional c/ clipe nasal, componentes: filtração de partículas mínima de 95%, esterilidade uso único, não estéril.	26.100.000,00	13.050.000	2,00	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Empresa ACL Assistência e Comércio de Produtos para Laboratórios Ltda - EPP	<u>56/2020</u>	Insumos	Soro, tipo fetal bovino, aspecto físico: solução estéril.	64.498,80	02	490,90	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 10 mcl		28.800	0,15	
			Tubo laboratório, tipo: centrífuga, material: polipropileno		500	0,89	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 1000 mcl		98.400	0,24	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 200 mcl		175.680	0,20	
Empresa JKLAB Produtos e Soluções para Laboratórios Ltda-EPP	<u>57/2020</u>	Insumos	Solução tampão, características adicionais: livre de DNase e RNase	47.505,72	03	133,00	
			Pipeta, tipo: sorológica, graduação: graduada, capacidade: 5 ml, material: vidro		20	4,40	
			Pipeta, tipo: sorológica, graduação: graduada, capacidade: 10 ml, material: vidro		20	4,40	
			Pipeta, tipo: sorológica, graduação: graduada, capacidade: 25 ml, material: vidro		20	7,70	
			Placa laboratório, tipo: para cultura, material: polietileno		200	8,10	
			Frasco para cultura celular, material: poliestireno		500	8,00	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 20 mcl		105.000	0,39	
Empresa Síntese Biotecnologia Ltda - EPP	<u>58/2020</u>	Insumos	Oligonucleotídeos	2.791,70	04	91,54	
			Reagente analítico, sonda marcada, especialmente preparada, 100 nmol		01	91,54	
			Reagente analítico, sonda marcada, especialmente preparada, 100 nmol		01	2.334,	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Empresa PMH - Produtos Médicos Hospitalares Ltda	<u>59/2020</u>	Insumos	Microtubo, material: polipropileno	234,00	1.000	0,08	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 20 mcl		300	0,30	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 100 mcl		200	0,32	
Reagen Produtos para Laboratórios Ltda	<u>60/2020</u>	Insumos	Suplemento para meio de cultura, tipo: soro fetal bovino, aspecto físico: líquido – frasco 500g	3.223.000,00	4.000	790,00	
			Meio de cultura - célula e tecido, tipo: leibowitz I-15, apresentação: pó, aditivos: com l-glutamina		200	315,00	
3M do Brasil Ltda	<u>61/2020</u>	Máscaras	Respirador sem válvula de exalação, como peça semifacial filtrante para partículas, classe PFF2(s), construído por não tecidos e por meio filtrante composto por microfibras tratadas eletrostaticamente, 2 bandas de elástico para fixação, uma tira de espuma e um grampo de ajuste nasal	1.795.000,00	500.000	3,59	
Chempex Produtos e Equipamentos para Laboratórios Ltda	<u>62/2020</u>	Insumos	Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 200 mcl	419,68	384	0,22	
			Ponteira laboratório, material: polipropileno, capacidade: até 1000 mcl		384	0,30	
			Microtubo, material: polipropileno, capacidade: 2 ml		1.000	0,22	
Empresa Descarpac Descartáveis do Brasil Ltda.	<u>66/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Avental hospitalar, material: SMS, tamanho único, gramatura: cerca de 16g/m2, componente: tiras para fixação, característica adicional: manga longa, punho elástico, esterilidade: uso único, não estéril.	1.484.000,00	742.000	2,00	
Rts rio s/a	<u>73/2020</u>	Leitos	Kits com 10 leitos de UTI adulto/pediátrico de alta complexidade (itens incluídos no kit descritos no contrato)	28.680.000,00	20	239.000	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Farma Supply – MS Bastos Comércio e Representações Ltda	<u>78/2020</u>	Máscaras	Máscara cirúrgica, material sms, camadas 3 camadas c/ dobras, fixação tiras elásticas, adicional c/ clipe nasal, componentes filtração de partículas mínima de 95%, esterilidade uso único	15.760.000,00	8.000,00	1,97	
Prosanis Industria e Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda	<u>80/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Avental hospitalar, material: SMS, tamanho único, gramatura: cerca de 50g/cm2, componente: tiras para fixação, característica adicional: manga longa, punho elástico, esterilidade: uso único, não estéril.	700.000,00	70.000	10,00	
Lifemed Industrial de Equipamentos e Artigos Médicos e Hospitalares S/A	<u>81/2020</u>	Leitos	Kit com 10 leitos de UTI adulto/pediátrico de alta complexidade (itens incluídos no kit descritos no contrato)	60.975.600,00	34	298.900,00	
Descarpack Descartáveis do Brasil Ltda	<u>85/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Touca hospitalar, material não tecido 100% polipropileno, modelo com elástico em toda volta, sem cor, gramatura cerca de 20 g/m2	2.960.000,00	12.000	0,13	
			Luva para procedimento não cirúrgico, material látex natural íntegro e uniforme, características adicionais lubrificada com pó bioabsorvível - 2.000.000 unidades de cada tamanho P, M, G		6.000.000	0,23	
			Sapatilha, material tnt, cor branca, aplicação uso laboratório		100.000	0,20	
Aura Pharma Importação e Exportação de Medicamentos Ltda	<u>86/2020</u>	Máscaras	Máscara cirúrgica, material sms, camadas 3 camadas c/ dobras, fixação tiras elásticas, adicional c/ clipe nasal, componentes filtração de partículas mínima de 95%, esterilidade uso único	41.600.000,00	20.000.000	2,08	
Nova Biotecnologia Ltda-ME	<u>93/2020</u>	Insumos	Água, estéril, apirogênica, livre de DNase e RNase	14.960,00	176	85,00	
Sigma-Aldrich Brasil Ltda	<u>94/2020</u>	Insumos	Oligonucleotídeos, reação de PCR e reagente analítico	1.330.479,96	-	-	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Síntese Biotecnologia Ltda - EPP	<u>95/2020</u>	Insumos	Oligonucleotídeos, reação de PCR, especialmente preparado, escala 250 nmol	15.000,00	12	1.250,00	
Life Technologies Brasil Comércio e Indústria de Produtos para Biotecnologia - Ltda	<u>96/2020</u>	Insumos	Oligonucleotídeos e reagente para PCR	172.232,53	-	-	
Reagen Produtos para Laboratórios Ltda	<u>101/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Touca hospitalar, material não tecido 100% polipropileno, modelo com elástico em toda a volta, sem cor, gramatura 20G/M2	360.000,00	2.000.000	0,18	
S.M. Guimarães Eireli – Quality	<u>102/2020</u>	Equipamentos de proteção individual (EPI)	Óculos de proteção individual	76.000,00	20.000	3,80	
Lima & Pergher Indústria e Comércio S/A	<u>105/2020</u>	Álcool	Álcool etílico, tipo hidratado, teor alcoólico 70% (70gl), apresentação gel	6.680.000,00	1.000.000	6,68	
Santos-Produtos do Brasil (Macau) Companhia de Investimento e de Comércio Ltda (estrangeira) / Bio Ciência Produtos Científicos Ltda	<u>106/2020</u>	Ventiladores	Ventilador pulmonar microprocessado com capacidade de ventilar pacientes adultos e pediátricos	-	15.000	-	Contrato cancelado – importação da China US\$ 195.000.000,00
Global Base Development HK Limited (estrangeira) / 356 Distribuidora, Importadora e Exportadora Eireli	<u>112/2020</u>	Máscaras	Máscara cirúrgica descartável tripla, material SMS, camadas 3 c/ dobras, fixação tiras elásticas, adicional com clip nasal, componentes filtração de partículas mínimas de 95%	691.680.000,00	200.000.000	US\$ 0,33	Importação de Hong Kong - US\$ 132.000.000,00 (razão de USD 1,00 para R\$ 5,24)
			Máscara descartável com filtro, modelo KN95, fixação duplo sistema de tiras elásticas, sem válvula, clip nasal		40.000.000	US\$ 1,65	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Magna med Tecnologia S/A	<u>120/2020</u>	Ventiladores	FLEXIMAG PLUS – Ventilador pulmonar eletrônico neonatal pediátrico adulto	322.550.400,00	740	60.000,00	
			OXYMAG - Ventilador de transporte e emergência, aparelho de ventilação pulmonar para reanimação		5.760	41.140,00	
			BLENDER - Com suporte		5.760	7.150,00	
Intermed Equipamento Médico Hospitalar Ltda	<u>137/2020</u>	Ventiladores	Ventilador pulmonar microprocessado, modelo: IX5	258.000.000,00	4.300	60.000,00	
Dasa Diagnósticos da América S/A	<u>142/2020</u>	Testes	Prestação de serviços de processamento centralizado para exame de detecção do RNA do SARS-COV-2, por RT-PCR em tempo real, em amostras do trato respiratório de pacientes do Sistema Único de Saúde	0,00	2.835.000	0,00	
KTK Indústria Importação, Exportação e Comércio de Equipamentos Hospitalares Ltda.	<u>145/2020</u>	Ventiladores	Ventilador pulmonar modelo servoventilador Carmel	78.000.000,00	300	60,000,00	
			Ventilador pulmonar de emergência modelo Microtak Total		3.000	20.000,00	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Progen Projetos Gerenciamento e Engenharia S/A	<u>150/2020</u>	Leitos	Contratação de empresa especializada para execução de serviços de engenharia consistentes na elaboração de projetos, implantação e manutenção de estruturas hospitalares temporárias com 200 (duzentos) leitos com suporte ventilatório e estruturas temporárias de áreas de apoio, construídas com estrutura pré-fabricada e modular para oferecer atendimento temporário com internação em leitos clínicos a pacientes infectados pelo novo coronavírus (COVID-19) em área urbana plana já previamente preparada e totalmente liberada, na localidade de Mansões Olinda, em Águas Lindas de Goiás/GO. As estruturas hospitalares temporárias e as estruturas temporárias de áreas de apoio serão doravante referidas em conjunto como "Infraestrutura do Hospital de Campanha". 1.1.1. O leito com suporte ventilatório é composto de 1 (um) ponto de oxigênio, 1 (um) ponto de ar comprimido, 1 (um) ponto de sistema de vácuo, 1 cama leito e 1 colchão hospitalar impermeável. Período de vigência de 120 dias de funcionamento do Hospital de Campanha.	10.538.027,52	200	52.690,14	
Leistung Equipamentos Ltda.	<u>151/2020</u>	Ventiladores	Ventilador pulmonar microprocessado adulto pediátrico, marca: Leistung, modelo: Luft3	72.037.000,00	1.200	60.000,00	
			Ventilador pulmonar microprocessado adulto pediátrico e neonatal, Marca: Leistung, Modelo: Pr4-g		02	18.500,00	

Empresa	Contrato*	Objeto	Descrição	Valor Total (R\$)	Qtde	Valor un. (R\$)	Obs.
Weg Drives & Controls – Automação Ltda	<u>179/2020</u>	Ventiladores	Ventilador pulmonar microprocessado WL3	57.000.000,00	950	60.000,00	
Valor total contratos MS (R\$)				1.882.480.249,91			

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Contratos coronavírus.

* Contratos publicados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde até 05 jul. 2020.

Anexo II – Panorama das Doações

Segue abaixo um levantamento das principais doações divulgadas pela mídia nacional no período estudado, organizados por faixa de valores e descritas segundo sua origem, destinação prevista e outros elementos relevantes.

No espectro de doações pecuniárias de valores inferiores a R\$500 mil se inscrevem empresas como Leroy Merlin, Always, GTBuilding, Mineirão-Dahw Brasil e Boticário com valores, em geral, destinados a compra de insumos para unidades hospitalares privadas ou administradas por fundações ou empresas privadas selecionadas segundo critérios não definidos.

Nesta faixa de valores se insere também um fenômeno midiático que ganhou destaque a partir de abril de 2020: lives de artistas, promovidas para arrecadar dinheiro e bens de consumo – como alimentos e itens de higiene pessoal – para distribuição a grupos vulneráveis e unidades assistenciais selecionadas. Artistas populares como Gustavo Lima, Hungria, Léo Santana, Luccas Lucco, Xand Avião, Jorge e Mateus, Villa Mix Esperança, Tíe com Ferrugem e Marília Mendonça passaram a veicular suas imagens com a ideia de compromisso social em uma situação de calamidade pública recebendo em troca um alto índice de visualização de seus perfis nas redes sociais em um momento em que espetáculos presenciais estão proibidos.

Não se tem notícia sobre o desfecho do desafio logístico, assumido por cada equipe de produção, de arrecadar e fazer chegar as doações aos usuários finais. Nem é possível dimensionar a relevância de tais iniciativas para a saúde pública. No entanto, foi registrada pelo menos uma denúncia de canais de transmissão pirata com QR Codes e contas falsas para desvio de dinheiro de doações a lives de artistas (LORENTZ, 2020).

Na faixa de um a cinco milhões de reais, aparecem empresas que atuam no mercado varejista de bens de consumo como Cacau Show, Burger King, Fundação Casas Bahia, Nestlé, Unilever e Lojas Renner; pessoas físicas como Xuxa Meneghel, Luciano Huck e Angélica, que comandaram campanhas de arrecadação, além das fundações controladas por milionários como José Egídio Setúbal e Tide Setúbal. Nesta faixa de doações também é possível encontrar pelo menos uma empresa atuante no varejo do mercado financeiro para pequenos investidores como a Acqua Investimentos e empresas de prestação de serviços hospitalares como a Rede Impar e a Rede D’Or de hospitais que, juntas, doaram R\$4 milhões ao governo do Distrito Federal, além de itens para a montagem de dez leitos de UTI em unidades públicas.

Na faixa de cinco a dez milhões de reais aparecem empresas de maior peso econômico como Bradesco Seguros e Vale do Rio Doce, assim como entidades representativas de setores estratégicos e amplamente superavitários como o Instituto Brasileiro de Petróleo, Gás e Biocombustíveis (IBP) e a Confederação Nacional de Agricultura (CNA).

Entre dez e 150 milhões de reais o cenário se torna mais restrito, mas ainda comporta grupos de pessoas físicas e empresas de elevada capacidade econômica. As famílias Trajano e Garcia doaram juntas R\$10 milhões para a compra de respiradores, equipamentos cardíacos, colchões e travesseiros para equipar abrigos para moradores de rua, e ajuda financeira a hospitais filantrópicos como a Santa Casa de Franca (SP) (MOREIRA, 2020).

Em 23 de março, o governador de São Paulo e os membros do Comitê Executivo do Governo COVID-19 anunciaram a doação por um grupo de cerca de 130 empresários paulistas de R\$96 milhões em dinheiro,

materiais e serviços que seriam empregados no combate à epidemia. Segundo o anúncio oficial, foram doados 345 respiradores e monitores para implantação no Hospital das Clínicas de São Paulo; R\$4 milhões para a compra de equipamentos hospitalares; 100 mil máscaras cirúrgicas no valor de R\$300 mil, além de apoio com logística e serviços da ordem de R\$25 milhões. Também foi doado R\$1 milhão para montagem de um hospital de campanha em parceria com o Hospital das Clínicas da Unicamp, em Campinas, com capacidade para 100 leitos; além da viabilização de dois centros de acolhimento em escolas estaduais de Paraisópolis, na zona sul da capital paulista, com mais de mil leitos para atender pessoas com sintomas de COVID-19 – e R\$1 milhão para apoio a pequenos e microempreendedores. A doação inclui gêneros alimentícios, produtos de limpeza e higiene pessoal além de 1 milhão de litros de solução hidroalcolica a 70%; 150 mil litros de álcool que serão transformados em álcool em gel; e R\$5 milhões em álcool em gel.

Empresas do setor financeiro como MRV-Banco Inter, Fundação Mapfre, Safra, Nubank, XP Investimentos, BTG Pactual e Banco do Brasil doaram entre dez e 55 milhões de reais cada uma – e a Fundação Itaú anunciou uma doação de R\$150 milhões.

Algumas doações se caracterizam por itens relacionados com o setor econômico de atuação dos doadores como os dois mil respiradores anunciados pela Associação Brasileira da Indústria de Máquinas e Equipamentos (ABIMAQ), os 200 anunciados pela Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC) e a oferta de concerto de cinco mil respiradores defeituosos feita pela General Motors do Brasil.

No setor têxtil, os anúncios foram na ordem de um número não especificado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) feito pela Associação Brasileira da Indústria Têxtil e de Confecção (ABIT) e

algumas de suas afiliadas. As doações desse setor presumivelmente se referem a máscaras de tecido para uso da população em geral e não itens de EPI com especificação adequada para uso profissional.

Um dos itens de consumo mais procurados pela população em geral e pelos serviços de saúde para desinfecção de superfícies e das mãos é a solução hidroalcolica a 70%, líquida ou em gel. Empresas do setor químico, cosmético e de produção de cana de açúcar e derivados se comprometeram com a doação de quantidades variadas do produto como 160 mil litros de álcool a 70% pela Odebrecht Agroindustrial (ATVOS); quatro mil litros pela COZAN – RAIZEN e frascos de álcool gel pela Ypióca. Empresas de do setor de produção e distribuição de carne bovina como a MAFRIG se comprometeram com a doação de dez toneladas mensais de álcool gel.

A Vale do Rio Doce e o consórcio Itaú-Bradesco-Santander se comprometeram com a doação de cinco milhões de testes para SARS-CoV-2 cada e a Petrobrás, maior empresa do Brasil sob controle do Tesouro Nacional, com o fornecimento de 600 mil kits de diagnóstico.

A Vale constituiu o seu patrimônio como empresa pública de mineração de recursos estratégicos para o desenvolvimento industrial brasileiro na segunda metade do século XX. Na década de 1990, passou ao controle de grupos econômicos privados, integrando as reservas minerais localizadas em território brasileiro às cadeias globais de valor, controladas por grupos transnacionais. Seu poder econômico e sua rede de relacionamento comercial se estende por diversas regiões do planeta e sua capacidade logística e operacional é superior, em muitos aspectos, à de diversos órgãos do governo brasileiro.

Em 23 de março de 2020 a empresa fez uma chamada pública em colaboração com o Hospital Israelita Albert Einstein e a Rede Mater Dei de Saúde

no valor de US\$1 milhão para empresas, startups, instituições em geral, universidades e profissionais individuais que possuam soluções para o combate à SARS-CoV-2 nas temáticas: "Prevenção e rastreamento de risco", "Triagem e Diagnóstico" e "Monitoramento e Acompanhamento de pacientes", "Cuidados intensivos", além da categoria "Open Challenge", que engloba outros temas. Segundo a convocação, as soluções deveriam ter maturidade necessária para serem implantadas em até 15 dias a contar da aprovação, e ser de baixo custo ou sem custo para o usuário final.

A empresa também realizou a construção de hospital de campanha com cem leitos convencionais em Parauapebas-PA. Outra iniciativa relevante relacionada ao manejo da epidemia foi a colaboração com doações para a construção de um hospital de campanha gerido pela Rede D'Or-São Luiz com 200 leitos para atender pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Parque dos Atletas, na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Além disso, doou 600 toneladas de insumos para o Ministério da Saúde, que se somaram à carga mais cinco milhões de kits comprados por bancos brasileiros com a ajuda logística da empresa na China, país com o qual a Vale mantém uma parceria estratégica de quase cinco décadas. Segundo relato da empresa, até 13 de abril o quantitativo de itens importados era o seguinte: 2,5 milhões de kits de teste rápido, 6.920.800 máscaras convencionais, 945 mil máscaras N95, 850.160 aventais, 216 mil luvas cirúrgicas, 4.500 óculos de proteção (VALE, 2020).

O consórcio Itaú-Bradesco-Santander anunciou em março que iria importar e doar cinco milhões de testes rápidos, além de equipamentos médicos como tomógrafos e respiradores, observando as orientações do Ministério da Saúde e a disponibilidade no mercado (OLIVEIRA, 2020).

A iniciativa da Petrobrás foi bem mais modesta e envolveu a compra de 600 mil testes de bancada e a criação de um grupo multidisciplinar de profissionais de seu centro de pesquisas (CENPES) para avaliar e propor soluções em parceria com universidades, empresas e instituições capazes de ajudar no combate à pandemia. Dois supercomputadores da companhia teriam parte de sua capacidade utilizada para realizar simulações em alta velocidade.

Destacamos a seguir os casos das doações de dois grupos econômicos globais sediados no Brasil: a JBS, do setor de produção de alimentos, e o Banco Itaú, do setor financeiro. Estes dois casos, além de projetar o patamar das doações para a ordem de grandeza dos bilhões de reais, conformam um padrão de articulação com a esfera pública que tem o potencial de instruir uma nova institucionalidade que deve ser objeto de reflexão crítica.

JBS

A JBS é um grupo econômico global com sede na cidade de São Paulo e unidades de negócios espalhadas por pelo menos 15 países. Sua atividade principal é a produção de alimentos *in natura* e processados, mas também atua em setores correlatos como produção de couros, biodiesel, colágeno, envoltórios para embutidos, higiene e limpeza, embalagens metálicas, transportes e soluções em gestão de resíduos.

Sua apresentação institucional, incluindo resultados do segundo trimestre de 2019 (JBS, 2020), informa uma receita anual da ordem de US\$50 bilhões. A Ásia, em especial a China, foi o destino de 46,6% das exportações da JBS em 2019.

O grupo anunciou a doação de um montante de R\$700 milhões para diversos países afetados pela pandemia – R\$400 milhões deste total para o Brasil. Segundo dados da empresa (JBS, 2020a), os recursos seriam distribuídos da seguinte forma:

– R\$330 milhões destinados à construção de hospitais, ampliação de leitos, compra de testes, medicamentos, equipamentos médicos e insumos de higiene, além de doação de alimentos para 17 unidades da federação e 162 municípios;

– R\$50 milhões estariam à disposição de entidades de pesquisa e tecnologia no país com foco em estudos na área de saúde;

– R\$20 milhões para 50 organizações sociais sem fins lucrativos que atendem comunidades vulneráveis no país.

O grupo montou uma coordenação central dos recursos chefiada por Joanita Maestri Karoleski, ex-CEO de uma das empresas do grupo (SEARA Alimentos) e um conselho consultivo para validação dos projetos beneficiados com a seguinte composição: Fernando Andreatta Torelly (CEO do Hcor, que já atuou como superintendente do Hospital Moinhos de Vento, no Rio Grande do Sul, e também foi diretor-executivo do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo); Henrique Sutton de Sousa Neves (diretor geral da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein desde 2006 e ex-presidente Brasil Telecom e da Varig S/A, onde participou de sua recuperação judicial); Maurício Barbosa (fundador e presidente do Conselho da Bionexo, multinacional brasileira de tecnologia digital para a saúde); Mohamed Parrini (CEO do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre); Roberto Kalil Filho (presidente do conselho diretor do InCor do HCFMUSP, diretor da divisão de cardiologia clínica do InCor e diretor-geral do Centro de Cardiologia do Hospital Sírio-Libanês).

Além disso, a empresa montou um comitê social para selecionar o destino dos recursos distribuídos para 50 organizações sociais sem fins lucrativos composto por Antonio Batista da Silva Junior (presidente executivo da Fundação Dom Cabral –

FDC); Carla Duprat (diretora executiva do Instituto InterCement); Carola Matarazzo (diretora executiva do Movimento Bem Maior) e Celso Athayde (fundador da Central Única das Favelas – Cufa).

Para definir e fiscalizar as doações para institutos de ciência e pesquisa foi criado um comitê de ciência e tecnologia com a seguinte composição: José Medina Pestana (professor titular da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e diretor do Hospital do Rim); Pedro Hallal (reitor da Universidade Federal de Pelotas – UFPel); Sidney Klajner (presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e vice-presidente do Conselho da FISESP – Federação Israelita do Estado de São Paulo desde 2016).

ITAÚ

O Banco Itaú anunciou a criação de um fundo de R\$1 bilhão denominado Todos Pela Saúde e voltado para o manejo da epidemia de COVID-19 no Brasil (ITAÚ, 2020). Este fundo é administrado por Paulo Chapchap (diretor-geral do Hospital Sírio Libanês); Maurício Ceschin (diretor presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar entre 2009 e 2012); Eugênio Vilaça Mendes (consultor); Gonzalo Vecina Neto (diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA entre 1999 e 2003); Antônio Dráuzio Varella, (médico); Sidney Klajner (presidente do Hospital Israelita Albert Einstein) e Pedro Ribeiro Barbosa (diretor-presidente do Instituto e Biologia Molecular do Paraná e pesquisador da Fiocruz).

Segundo anúncio do banco, até 16 de abril o fundo havia destinado R\$43 milhões para compra de 800 mil máscaras e 7.146 quilos de álcool gel e outros itens, além de ter doado R\$10 milhões em dinheiro para a construção de hospital da Fiocruz em Manguinhos. Efetuou a compra de 190 respiradores para ambulâncias e doou R\$5 milhões em dinheiro para hospitais de campanha no Pacaembu e no Anhembi. Doou também R\$200 mil para impressão

de dois mil ventiladores mecânicos e para o incentivo à plataforma open source Anestech e Hefesto – também doou R\$1,5 milhão para ampliação da capacidade instalada do Hospital Municipal Moyses Deutsch em dez leitos e destinou R\$1,5 milhão para o hospital de campanha do Grajaú.

Até 16 de abril, o fundo anunciou ter gastado até R\$16,5 milhões para a compra de cestas de alimento e itens de higiene para as seguintes organizações comunitárias: Movimento dos Trabalhadores sem teto do centro de SP; União Educacional e Esportiva Jardim Colombo; União dos Moradores de Heliópolis; Instituto Pró-saber de Paraisópolis; Sociedade Santos Mártires do Jardim Ângela; Instituto Camará de São Vicente-SP; CUFA Mães da Favela; e Redes da Maré do Rio de Janeiro.

Tabelas

Tabela 1 - Recursos alocados para enfrentamento da COVID-19 por órgão receptor de março a junho de 2020.....	11
Tabela 2 – Fontes dos dados utilizadas.....	13
Tabela 3 – Definições dos elementos de despesa utilizados na análise.....	13
Tabela 4 – Recursos liberados para e empenhados pelo Ministério da Saúde de março a junho de 2020.....	15
Tabela 5 – Empenhos realizados pelo Ministério da Saúde por órgão vinculado e elemento da despesa de março a junho de 2020	16
Tabela 6 – Repasses do FNS para custeio de ações contra a COVID-19 por estado e modalidade de repasse de março a junho de 2020	18
Tabela 7 – Distribuição de recursos do FNS para entes selecionados, por mês de março a junho de 2020.....	20
Tabela 8 – Distribuição dos empenhos do estado de São Paulo por Secretaria de janeiro a junho de 2020.....	20
Tabela 9 – Recursos empenhados pela Secretaria de Estado da Saúde do estado de São Paulo no enfrentamento da pandemia, por fonte de recurso de janeiro a junho de 2020.....	21
Tabela 10 – Repasses do FNS ao estado de São Paulo e empenhos de recursos federais para enfrentamento da pandemia de janeiro a junho de 2020	21
Tabela 11 – Valores de contratos/convênios firmados pelo Município de São Paulo, por órgão de março a junho de 2020	22
Tabela 12 – Valores totais contratados pelo município de São Paulo, por elemento de despesa de março a junho de 2020	23
Tabela 13 – Valores contratados pelo estado do Rio de Janeiro para enfrentamento da pandemia, por elemento de despesa de março e abril – em R\$ milhões	24
Tabela 14 – Valores empenhados pelo município do Rio de Janeiro no enfrentamento da pandemia, por órgão de janeiro a junho de 2020 – em R\$ milhões	25
Tabela 15 – Empenhos em saúde para combate à pandemia no município do Rio de Janeiro, por subfunções de saúde e por elementos de despesa de janeiro a junho de 2020	25

Sumário

Nota Técnica II - Reorganização e expansão da oferta hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19: Uma análise das políticas públicas de saúde e da resposta do poder executivo

Antecedentes e expansão da oferta hospitalar no Brasil	55
Resposta central	59
Diretrizes de organização e expansão da Rede.....	63
Transferências a estados e municípios	65
Habilitação de leitos de UTI e apoio à implantação.....	66
Hospitais de campanha	68
Utilização de leitos privados.....	69
Hospitais de pequeno porte	73
Hospitais privados e planos de saúde.....	74
Consolidação de informações e transparência	76
Respostas estaduais e municipais - Rio de Janeiro	77
Reorganização e expansão da rede estadual e municipal	79
Hospitais de Campanha	81
Utilização de leitos privados.....	83
Hospitais federais e universitários.....	85
Respostas estaduais e municipais - São Paulo	86
Reorganização e expansão da rede estadual e municipal	87
Hospitais de Campanha	89
Utilização de leitos privados.....	91
Considerações finais	93
Bibliografia	95

NOTA TÉCNICA II - REORGANIZAÇÃO E EXPANSÃO DA OFERTA HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DA RESPOSTA DO PODER EXECUTIVO

Uma das faces mais dramáticas da pandemia de COVID-19 é o seu potencial de levar os sistemas de saúde ao colapso – e fazê-lo ao ponto a partir do qual não há mais recursos assistenciais para atender a casos graves da doença. Isto pode acarretar maior mortalidade, superlotação de hospitais e enfermarias, mortes em domicílio e sobrecarga extrema dos profissionais de saúde.

Pelo lado da demanda de serviços de saúde, a efetividade das ações de distanciamento social é o principal caminho para evitar a desassistência. Esta medida pode atenuar a velocidade de propagação do vírus e evitar uma explosão de casos graves em um curto espaço de tempo, além de permitir maior tempo de preparação do sistema de saúde.

Pelo lado da oferta, também se fazem necessárias políticas de expansão e reorganização da assistência hospitalar para que se otimize a utilização dos recursos assistenciais e se aumente rapidamente a capacidade de oferta de leitos de internação e terapia intensiva (UTI). Tais medidas passam por diversas dimensões, e vão da definição de linhas de cuidado e fluxo de pacientes infectados ou suspeitos à organização de leitos de retaguarda, passando por medidas de expansão da oferta de leitos de internação e tratamento intensivo. Também é importante a separação física do atendimento de sintomáticos, o fortalecimento das centrais de regulação de urgência e leitos, e o mapeamento permanente de taxas de ocupação de leitos de internação e UTI. Vale lembrar

o monitoramento da utilização de respiradores, a definição de unidades de referência e emergência para infectados e não-infectados, além da suspensão de procedimentos eletivos dentre outras ações (MASSUDA et al., 2020).

Algumas alternativas para ampliação da oferta pública se apresentaram no início da pandemia. A adaptação de estruturas assistenciais existentes para expandir a oferta dentro de cada serviço foi uma delas. A ativação de estruturas assistenciais prontas que dependiam de pequenos reparos ou profissionais para entrarem em funcionamento foi outra. A incorporação de leitos privados no Sistema Único de Saúde (SUS), seja através de editais, acordos e convênios, ou através da requisição administrativa prevista na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei de Emergência Sanitária, foi mais uma. A gestão unificada do acesso a leitos públicos e privados por intermédio do SUS e a construção de estruturas temporárias, como hospitais de campanha, também se mostraram alternativas viáveis.

Além de recursos financeiros adicionais e insumos escassos, tudo isso exigiria um grau de cooperação e articulação sem precedentes, sob a liderança do Ministério da Saúde (MS). A governança pública do SUS envolve responsabilidades de financiamento, gestão e provisão compartilhadas e pactuadas entre os três entes federativos, dentro da lógica da hierarquização, da regionalização e da descentralização, além de uma participação importante do setor privado (PAIM, et al. 2011). Apesar das dificuldades e insuficiências, tais mecanismos e princípios permitiram algum grau de coordenação e governabilidade sobre um sistema de saúde universal, ao longo de seus mais de 30 anos, em um país heterogêneo e continental. E seriam ainda mais imprescindíveis com a necessidade de ações coordenadas e inovadoras na pandemia.

Não foi o que se constatou. Se em muitos casos as relações interfederativas e entre os setores público e privado já eram suscetíveis a conflitos políticos e baixa cooperação, a situação ficou dramática considerando a postura do governo federal com relação às medidas de distanciamento social e ao comando do MS. Tal postura tornou as condições políticas de operação e gestão do sistema de saúde na crise sanitária ainda mais desfavoráveis do que já seriam.

Além deste cenário, gestores de todas as esferas tiveram que lidar com algumas características marcantes da organização da assistência hospitalar e do sistema de saúde. Em primeiro lugar, é uma rede fragmentada. A prestação de serviços pode ser realizado por hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos. Os primeiros atendem apenas ao SUS e se subdividem em diferentes níveis de gestão (municipal, estadual, federal, universitário) e modalidades de administração (administração pública direta, indireta, terceirizada por organizações sociais – OSs, entre outras).

No caso do Rio de Janeiro e de São Paulo, boa parte da rede pública é gerida por OSs, modalidade que tem se espalhado nas últimas décadas por todo o Brasil (VIANA et al., 2016) apesar de controvérsias e falta de evidências quanto a suas vantagens (SODRÉ et al., 2018; RAVIOLI et al., 2018). Existe ainda uma quantidade pequena de hospitais públicos de acesso a algumas clientelas restritas, como no caso dos hospitais militares.

Os hospitais privados, por sua vez, principalmente os filantrópicos, prestam serviços tanto para o SUS quanto para planos de saúde – ou seja, recebem

pagamentos de múltiplas fontes pagadoras, com grande discrepância nos valores de remuneração entre elas. Outros, voltados para setores de alta renda, atendem exclusivamente através de convênios privados e pagamentos particulares. Algumas grandes operadoras de planos de saúde têm ainda rede assistencial própria, mas, no geral, dependem da oferta de prestadores.

Além da fragmentação da rede, há também uma importante segmentação do acesso aos serviços hospitalares. A maior parte da população – 77,2% – recorre diretamente ao SUS, onde o acesso é gratuito e universal. Os outros 22,8%²² de brasileiros clientes de planos de saúde (31,2% no estado do Rio de Janeiro e 45,2% na capital; 37,2% no estado de São Paulo e 46,6% na capital) têm acesso a recursos assistenciais adicionais. Sua abrangência varia de acordo com a capacidade de pagamento, posição no mercado de trabalho, taxa de cobertura das empresas de planos de saúde e a oferta privada em cada cidade e estado.

A lógica de organização da oferta de leitos, portanto, é condicionada por esta divisão social, que impede uma gestão unificada e otimizada dos recursos assistenciais e produz grandes desigualdades no acesso à serviços de saúde. Isto é evidente na distribuição de leitos de UTI. Na média, o Brasil ofertava antes da pandemia cerca 0,91²³ leitos para cada 10.000 habitantes no SUS e 3,38 para a mesma proporção de clientes de planos de saúde. No estado do Rio de Janeiro a diferença era ainda maior: a proporção era 0,99 para 5,21 e na capital, de 1,36 para 5,82. Em São Paulo, a discrepância era um pouco mais branda, na proporção de 1,22 para 2,81 no

²² Calculado a partir da população brasileira do IBGE e do número de beneficiários de planos e seguros de saúde divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2019.

²³ Calculado a partir da população brasileira do IBGE em 2019, do número de beneficiários de planos e seguros de saúde em 2019, e a oferta de leitos de UTI Adulto Tipo I, II e III do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em fevereiro de 2020.

estado e 1,87 para 3,73 na capital. Vale ainda destacar a tendência de diminuição da oferta de leitos verificada no país ao longo da última década, especialmente no setor público (PROADESS, 2019).

Em março, abril e maio de 2020, projeções indicavam que sem medidas de isolamento social, o colapso seria inevitável. Uma delas mostrava que a situação dos leitos seria preocupante quando a taxa de infecção alcançasse 1% da população em um mês, condição na qual cerca de 97% das micror-regiões de saúde estariam operando além da capacidade de leitos de UTI. Sem considerar a oferta de leitos privados, isso seria ainda pior, especialmente nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (NORONHA et al., 2020).

Outra projeção apontava que uma taxa de infecção de 9% em um ano seria suficiente para ocupar a totalidade dos leitos de UTI. Para 25% das regiões, uma taxa de infecção de 5,6% ou menos bastaria (RACHE et al. 2020a). Considerando uma taxa de infecção de 10% em 6 meses, o déficit de leitos de UTI estimado seria de 40.700 – mais do que o total disponível no país (RACHE et al, 2020b). No mês de maio praticamente todos os estados brasileiros estariam em colapso, considerando tanto cenários otimistas e pessimistas (ALMEIDA et al, 2020).

Desde o primeiro caso confirmado da doença no Brasil no dia 25 de fevereiro até o fim de junho, é possível reconhecer que as medidas de distanciamento, mesmo com dificuldades, podem ter evitado que as previsões mais pessimistas se concretizassem. No entanto, não é possível afirmar que o país conseguiu controlar a disseminação do vírus a ponto de evitar a sobrecarga e, em vários casos, o colapso do sistema de saúde.

Em um primeiro momento, isso aconteceu claramente em estados como Amazonas, Ceará, Pernambuco, Pará e Rio de Janeiro, especialmente

nas regiões metropolitanas. Posteriormente, na medida em que a pandemia foi se interiorizando e avançando para estados e regiões menos afetados de início, a situação se repetiu. Muitos outros tiveram surtos mais brandos e/ou conseguiram expandir a rede hospitalar, saindo do pico da pandemia atendendo a todos que necessitaram.

Diante desse cenário, uma pergunta fundamental é: quais foram os resultados das políticas públicas para expansão da oferta assistencial através do Sistema Único de Saúde? Será preciso mais tempo e múltiplos estudos para uma resposta completa, dados os desafios que esta pesquisa envolve.

Em primeiro lugar, se as redes hospitalares pública e privada já eram heterogêneas entre regiões, estados e municípios brasileiros antes da pandemia, também foram diversificadas as respostas nos âmbitos estadual e municipal. A magnitude e o momento dos surtos variaram: alguns tiveram desafios maiores e menor tempo de preparação que outros. Tudo isso torna complexa uma análise comparativa da resposta nacional.

Em segundo lugar, o país tem atravessado este cenário sem informações públicas atualizadas e confiáveis sobre leitos de internação e UTI (SOUSA et al., 2020). Um estudo apontou inconsistência de dados entre bases do Ministério da Saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Portal Leitos e Insumos criado durante a pandemia. Além disso, mostrou que as informações locais sobre leitos e ocupação também são escassas, inconsistentes e não-padronizadas. No fim de maio, apenas cinco estados apresentavam dados sobre o número de leitos de UTI públicos e privados destinados ao tratamento de COVID-19; somente sete disponibilizavam as taxas de ocupação em tempo real. Em um momento que se discutia a flexibilização do distanciamento social, muitas vezes

baseadas em taxas de ocupação de leitos de UTI, as informações públicas não eram confiáveis para fundamentar decisões. E impedem uma avaliação precisa das políticas de expansão de leitos.

Cientes dos enormes desafios e limitações, esta nota técnica tem como objetivo analisar as políticas públicas voltadas para a expansão e reorganização da oferta hospitalar, tendo como cerne as iniciativas do governo federal, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e das prefeituras de suas capitais. Assim, o foco recai sobre a dimensão da expansão da oferta, considerando as informações existentes, ainda que desconstruídas; e como isto se deu, considerando planejamento, processo político, meios utilizados e resultados.

Para tanto, usamos um conjunto diverso de fontes de pesquisa. Para analisar a expansão da oferta, utilizamos dados oficiais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Painel Leitos Insumos do Ministério da Saúde. Para analisar como se deu a resposta no nível central, analisamos o conjunto de portarias, documentos e publicações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de notícias e fatos políticos divulgados por veículos da imprensa e outros dados com-

plementares. Para analisar as estratégias de expansão adotadas nos níveis estaduais e municipais, analisamos o plano de contingência apresentado pelas secretarias de saúde do Rio de Janeiro, de São Paulo e suas capitais; documentos e dados oficiais e fatos políticos reportados na mídia.

Antecedentes e expansão da oferta hospitalar no Brasil

As Tabelas 16 e 17 mostram informações sobre a oferta de leitos de internação e UTI no Brasil entre fevereiro e junho nos estados e capitais de São Paulo e Rio de Janeiro, bem como a distribuição destes recursos entre SUS e não-SUS.

Com relação aos leitos clínicos de internação, observa-se uma concentração nacional da oferta no segmento “não-SUS”, com disparidades mais brandas nos estados e capitais de Rio de Janeiro e São Paulo. Com a pandemia, houve pouca mudança nesta distribuição, mas é possível observar que o incremento de 22.810 leitos clínicos no SUS, 8% a mais do que se tinha no SUS anteriormente, foi o responsável pela ampliação global da oferta. Todavia, em nenhum caso se alterou de forma significativa o padrão de distribuição de leitos públicos e privados.

Tabela 16 - Ampliação de leitos clínicos de internação no contexto da pandemia de COVID-19. Brasil, estados do Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) e Capitais. Fevereiro a junho de 2020

	Brasil	ERJ	MRJ	ESP	MSP
Fevereiro					
Leitos clínicos	426.388	32.736	13.933	90.603	27.847
SUS	294.260	21.108	8.508	52.505	14.422
Não-SUS	132.128	11.628	5.425	38.098	13.425
%SUS	69%	65%	61%	58%	52%
Leitos p/ 10.000 hab.	20,71	18,80	20,22	19,71	22,74
SUS p/ 10.000 hab.	18,04	17,68	22,84	18,27	22,23
Não SUS p/ 10.000 hab.	29,97	21,28	17,03	22,14	23,32

Junho					
Leitos clínicos	448.923	35.979	15.498	95.175	28.850
SUS	317.070	22.849	9.091	57.859	16.213
Não-SUS	131.853	13.130	6.407	37.316	12.637
%SUS	71%	64%	59%	64%	56%
Variação					
	+22.535	+3.243	+1.565	+4.572	+1003
SUS	+22.810	+1741	+583	+5354	+1791
Não-SUS	-275	+1502	+982	-782	-788

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Houve discrepâncias nos estados e capitais do Rio de Janeiro e São Paulo. Nos primeiros meses da pandemia houve um crescimento absoluto similar entre SUS e não-SUS no estado, e um crescimento maior do não-SUS no município. Esse dado chama a atenção, na medida em que não se tem indícios de uma grande expansão de leitos privados. Em São Paulo, capital e estado, observa-se o incremento dos leitos SUS e decréscimo dos leitos não-SUS, o que possivelmente se deve à contratação de leitos privados pelo SUS durante a pandemia.

Com relação às vagas em UTIs, a Tabela 17 mostra que antes da pandemia havia uma grande concentração da oferta de leitos para os clientes de planos e seguros de saúde, o que implica em uma desigualdade de acesso estrutural. A disponibilidade de leitos *per capita* era quase quatro vezes menor no SUS. No Rio de Janeiro, as diferenças são maiores e apenas 30% dos leitos de UTI estavam no setor público em âmbito estadual e 22% na esfera municipal. Em São Paulo a distribuição é um pouco mais equilibrada, mas também com distorções relevante.

Tabela 17 - Ampliação de leitos de UTI no contexto da pandemia de COVID-19. Brasil, estados do Rio de Janeiro e São Paulo e Capitais. Fevereiro a junho de 2020

Fevereiro	Brasil	ERJ	MRJ	ESP	MSP
Leitos UTI (Adulto I, II, III)	30.774	3.978	2.267	8.324	3.353
SUS	14.876	1.175	499	3.506	1.221
Não-SUS	15.898	2.803	1768	4.818	2.132
% SUS	49%	30%	22%	42%	36%
UTI p/10.000 hab	1,46	2,30	3,37	1,81	2,74
SUS p/10.000 hab	0,91	0,99	1,36	1,22	1,87
Não-SUS p/10.000 hab	3,38	5,21	5,82	2,81	3,73
Junho (Painel Leitos)					
Leitos UTI	34.318	4.008	-	9.269	-
SUS	18.564	1.247	-	4.480	-
Não-SUS	15.754	2.761	-	4.789	-
% SUS	54%	31%		48%	
Variação	+3.544	+30	-	+945	-
SUS	+3.688	+72	-	+974	-
Não-SUS	-144	-42	-	-29	-

Junho (CNES)					
Leitos UTI	50.703	6.403	3.512	13.357	5.593
SUS (Adulto I, II e III)	15.122	1.158	499	3.565	1.231
SUS (COVID)	8.517	717	241	2.052	1.041
Não-SUS (Adulto I, II e III)	16.464	3.161	2.009	4.797	2.094
Não-SUS (COVID)	10.600	1.367	763	2.943	1.207
% SUS	46%	29%	21%	42%	41%
Varição	+19.929	+2.425	+1.245	+5.033	+2.240
SUS	+8.763	+700	+241	+2.111	+1.151
Não-SUS	+11.166	+1.725	+1004	+2.922	+1.089
Habilitações UTI MS	8.983	740	241	2.074	1.041

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Painel Leitos e Insumos da SAGE/MS; Portarias de habilitações de leitos de UTI (Anexo I).

A Tabela 17 também deixa claro a inconsistência dos dados do Ministério da Saúde já identificada por outros pesquisadores (SOUSA et al., 2020) e reforça a impossibilidade atual de se avaliar a magnitude da expansão da oferta de leitos de UTI. As diferenças entre o Painel Leitos e o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) são significantes. Todavia, é possível elaborar algumas hipóteses sobre os significados destes dados.

Com relação ao Painel de Leitos e Insumos²⁴, uma primeira observação é que ele não permite uma análise temporal dos dados, já que apenas informa quantidades no momento da última atualização. Mas, quando foi lançado, em abril, os dados sobre oferta pública e privada consultados eram similares aos dados do CNES. A comparação mostra um incremento de 3.688 leitos de UTI no SUS, cerca de 25% a mais do que se tinha antes da pandemia, com estabilidade entre os não-SUS. No Rio de Janeiro, a quantidade de leitos SUS e não-SUS teria se mantido. No estado de São Paulo teria havido um incremento de 974 leitos de UTI no SUS, uma ampliação de 28%. A ferramenta foi desativada no fim de julho, e

substituída por um novo painel com menos informações – e ainda mais impreciso com relação à sua fonte, a seção de leitos da plataforma Localiza SUS²⁵.

Comparando apenas dados do CNES, identifica-se uma ampliação muito maior, de 19.929 leitos em unidades de terapia intensiva (UTI), um incremento global de 65%. Todavia, é importante fazer algumas ressalvas sobre estes dados, pois alteram drasticamente sua interpretação e confiabilidade. Em primeiro lugar, o dado não permite analisar como se deu a expansão, na medida em que não diferencia o que são leitos novos, decorrentes de expansão, temporários ou não, e o que são leitos que já existiam e foram habilitados para COVID-19.

Em segundo lugar, chama a atenção que mais da metade da ampliação seriam de leitos não-SUS. É muito pouco provável que tenha havido tamanha ampliação de leitos privados para clientes de planos de saúde – ao menos não houve nenhum grande movimento por parte das empresas e hospitais que justifiquem expansão de tal magnitude. Além disso, os leitos privados de UTI não precisam ser obrigatoriamente cadastrados no CNES como leitos para trata-

²⁴ LOCALIZA SUS – Painel de Leitos e Insumos. Disponível em: <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel_leitos.php>.

²⁵ Localiza SUS. Disponível em: <<https://localizasus.saude.gov.br/>>.

mento de COVID-19, nem há qualquer estímulo ou obrigação normativa para tal.

De acordo com o Wiki CNES do Ministério da Saúde²⁶, a presença de leitos Não-SUS também pode significar “leitos utilizado no âmbito do SUS, mas que não foram habilitados pelo Ministério da Saúde”. Assim, é mais provável que os 10.660 leitos de UTI não-SUS para COVID-19 sejam, na verdade, leitos de UTI de estados e municípios (novos ou antigos) que solicitaram habilitação e não foram atendidos. Quando a solicitação de habilitação é feita, o leito é incluído no CNES como leito existente, mas permanece como não pertencente ao SUS enquanto não é habilitado. Uma consequência seria que os números do CNES subestimam a expansão no SUS e superestimam a expansão de leitos privados. Assim, o incremento de 19.929 leitos para COVID-19 seria relativo ao total solicitado pelos demais entes federativos, e menos da metade havia sido atendido pelo Ministério da Saúde (MS) no fim de junho de 2020.

Uma terceira observação importante traz ainda mais dúvidas sobre os dados do CNES. Quando se analisa os dados desagregados dos leitos pertencentes ao SUS, observa-se que os Leitos de UTI para COVID-19 têm um incremento de 8.517 vagas, número próximo da quantidade de habilitações efetuadas pelo MS – o que se repete nos estados e capitais de São Paulo e Rio de Janeiro. Todavia, os leitos de UTI tipo I, II e III tradicionais se mantêm praticamente no patamar de fevereiro. Considerando ser logicamente impossível que ao menos parte dos leitos de UTI do SUS existentes anteriormente não tenham sido utilizados para

COVID-19, deduzimos que há uma forte possibilidade de que o MS, ao habilitar uma nova modalidade de leitos, tenha duplicado no sistema os registros de leitos já existentes e foram custeados para a pandemia, sendo registrados tanto como leito de UTI tipo I, II ou III quanto como leito de UTI para COVID-19.

Isso iria na contramão da orientação do próprio Ministério da Saúde na nota informativa nº 190/2020 da Secretaria de Atenção Especializada (SAES)²⁷, que indica que os leitos habilitados para COVID-19 deveriam ser desabilitados de sua modalidade antiga. Caso isso fosse feito, seria esperada uma diminuição de parte dos leitos de UTI tipo I, II e III quando ocorresse a habilitação de um leito já existente para COVID-19 – o que não se verificou, como mostra a Tabela 2.

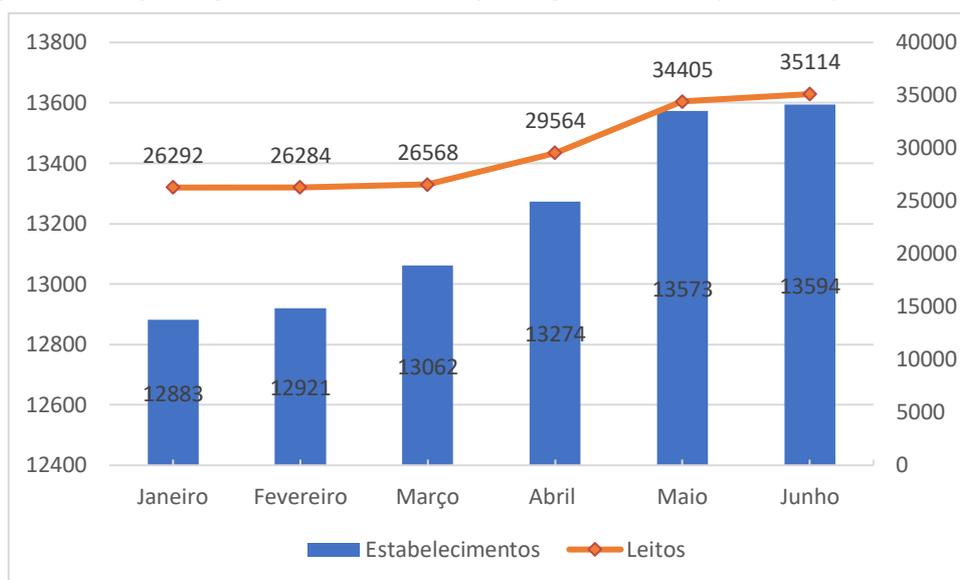
Outro dado possivelmente enviesado é o da expansão do número de hospitais gerais e de leitos nestes estabelecimentos, o que é um indicador da ampliação da infraestrutura durante a pandemia (Figura 1). Observamos um incremento de 8.822 leitos em hospitais gerais – número que se aproxima da quantidade de habilitações do MS. Percebemos, também a criação de 711 novos estabelecimentos. Os dados coincidem com o que mostra o painel de monitoramento de habilitações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)²⁸, que indica que, no fim de junho, 704 estabelecimentos haviam sido habilitados para receber custeio de leitos de UTI pelo MS.

²⁶ WIKISAÚDE. CNES – Principais conceitos. Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos>.

²⁷ Nota informativa nº 190/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS. Disponível em: <<https://portalquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2020/June/01/NOTA-INFORMATIVA-N---190-2020-CGAHD-DAHU-SAES-MS.leitosdeUTI.pdf>>.

²⁸ Leitos SRAG/UTI COVID-19 | Monitoramento de Habilitações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>>.

Figura 1 - Hospitais gerais e leitos em hospitais gerais, Brasil, janeiro a junho de 2020



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Os dados sobre leitos de UTI do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) são inconsistentes, pois os números não refletem o que o indicador deveria de fato apontar (vagas SUS e não-SUS). São, também, pouco confiáveis, pois não permitem um dimensionamento real da expansão ocorrida no Brasil e em cada estado e município. No caso dos leitos SUS, os dados representam apenas as habilitações do MS. No caso dos não-SUS, induzem a interpretação equivocada de que a capacidade de internação privada se expandiu mais que a pública, diminuindo e subestimando a expansão real de leitos no SUS. Em ambos os casos, os números podem ainda estar em parte duplicados, com leitos registrados em modalidades tradicionais de UTI e também como UTI COVID-19.

Caso haja uma duplicação, configura-se uma falha técnica do MS que pode ter desorganizado os dados sobre leitos complementares do CNES. É algo grave, dado que este é o principal banco de dados nacional sobre infraestrutura em saúde. Atualmente não existem bancos de dados confiáveis para avaliar a magnitude da expansão da oferta hospitalar durante a crise sanitária. Faltam informações acuradas

tanto sobre a rede SUS como sobre o setor privado, que incluam dados locais de estados e municípios atualizados, que permitam uma análise do que foi aberto em estruturas temporárias, o que foi adaptado de estruturas existentes, e o que já existia e foi apenas habilitado pelo Ministério da Saúde.

Ainda que a expansão da rede assistencial seja difícil de mensurar, a ampliação é fato pouco questionável em termos nacionais. Todavia, para responder se ela foi suficiente, efetiva, e ocorreu no tempo correto, é preciso fazer uma análise abrangente das políticas adotadas pelos diferentes níveis de governo, bem como da coordenação entre elas.

Resposta central

As Tabelas 18 e 19 listam as principais ações institucionais e iniciativas do Ministério da Saúde (MS) que tratam da assistência hospitalar durante a pandemia de COVID-19 entre os meses de fevereiro a junho de 2020. A primeira mostra portarias e normas. A segunda elenca documentos, publicações, boletins, notas técnicas, protocolos, e bancos de dados disponibilizados pelos órgãos.

O período analisado é marcado por três diferentes gestões do Ministério da Saúde: a de Luiz Henrique Mandetta, a de Nelson Teich e a de Eduardo Pazuello, que atravessaram diferentes fases da pandemia. Durante este período, a instância que deveria liderar uma resposta a nível nacional esteve no centro da crise política instaurada no país. Isto certamente influenciou diretamente o funcionamento do MS na crise e, conseqüentemente, a resposta no âmbito da assistência hospitalar.

A análise das ações permite identificar nuances de cada gestão, mas buscamos enfatizar principalmente os resultados globais da gestão do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) durante a pandemia. É possível afirmar que muitas políticas propostas não tiveram sucesso – foram desarticuladas, tiveram pouca coordenação, pouca coerência entre si e pouco planejamento. Permaneceram ainda lacunas em temas sobre os quais o MS se absteve de implementar. A falta de informações sistematizadas e consistentes também foi marcante. Mesmo o que se concretizou de fato – como o custeio de leitos de UTI – aconteceu de forma lenta e com grandes disparidades entre estados.

De modo geral, as ações se dividem em cinco

grupos principais. O primeiro é composto por documentos oficiais com orientações para a reorganização e expansão da rede hospitalar do SUS no contexto da pandemia. O segundo são ações de financiamento da oferta pública através de transferências e habilitações de leitos de UTI. A terceira se refere à normatização e subsídio a alternativas de expansão da rede, como hospitais de campanha, hospitais de pequeno porte e utilização de leitos privados. A quarta se concentra nas medidas voltadas para o setor privado, considerando planos e seguros de saúde e hospitais filantrópicos. Por último, destacamos a consolidação de informações e transparência. Analisaremos cada um destes itens nas sessões seguintes.

Abordamos a oferta direta de serviços através da rede hospitalar federal do Ministério da Saúde – que também integra suas ações – na sessão sobre a resposta do Rio de Janeiro, onde toda estrutura hospitalar federal está instalada.

Tabela 18 - Portarias do Ministério da Saúde relativas à assistência hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19, de 1º de fevereiro de a 1º de julho de 2020 – Valores totais em R\$

Portaria	Data	Descrição	Valor
Nº 1.666	01/07	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros a entes federativos para enfrentamento da emergência sanitária.	13.800.000.000
Nº 1.587	19/06	Institui a força tarefa de fundamentação para coordenar a aquisição distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos; manutenção/fortalecimento dos serviços hospitalares, habilitação de leitos de UTI na pandemia	-
Nº 521	16/06	Inclui leito e habilitação de suporte ventilatório pulmonar no CNES e diária na Tabela SUS para atender pacientes com COVID-19	-
Nº 1.521	15/06	Autoriza a habilitação de leitos de suporte ventilatório pulmonar para atender pacientes com COVID-19	-
Nº 1.514	15/06	Define critérios para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar (hospital de campanha) no âmbito da pandemia de COVID-19	-
Nº 1.448	29/05	Dispõe sobre a transferência da segunda parcela do auxílio financeiro às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos.	1.660.000.000
Nº 1.393	21/05	Dispõe sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no controle do avanço da pandemia de COVID-19	340.000.000
Nº 1.231	18/05	Prorroga para o ano de 2020 o prazo para apresentação de contas referentes a 2019 no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - Proadi-SUS	-
Nº 1124	07/05	Estabelece regras excepcionais para transferências de recursos do Bloco de Custeio da Média e Alta Complexidade por 120 dias. Suspende metas quantitativas e qualitativas, garantindo repasses na integralidade	-
Nº 774	09/04	Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) a estados, e municípios para ações e serviços relacionados à COVID-19	3.944.360.944
Nº 758	09/04	Define registro obrigatório de internações por COVID-19 em estabelecimentos públicos e privados prestadores do SUS	-
Nº 662	01/04	Estabelece regras de forma excepcional para transferências de recursos do Bloco de Custeio – Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) – por 90 dias	-
Nº 568	26/03	Autoriza a habilitação de leitos de UTI adulto e pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19	1.600 por leito UTI/dia
Nº 561	26/03	Autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte (HPP) para cuidados prolongados no combate à COVID-19	6.000 por leito habilitado
Nº 245	24/03	Inclui procedimento na Tabela SUS e altera o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) para permitir o registro de ações relativas ao enfrentamento da COVID-19	-

Nº 480	23/03	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinado às ações de saúde para o enfrentamento da COVID 19	600.000.000
Nº 414	18/03	Autoriza habilitação e locação de até 2.540 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrico para atendimento de pacientes com COVID-19	1.600 por leito UTI/dia
Nº 237	18/03	Inclui leitos e procedimentos na Tabela SUS para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19	-
Nº 395	16/03	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das ASPs de média e alta complexidade para Estados e DF, destinados ao custeio de ações de saúde para o enfrentamento da COVID-19	424.154.750

Fonte: Sistema de Legislação da Saúde (SLegis) do Ministério da Saúde (MS); portarias relacionadas à COVID-19 compiladas e divulgadas no site do MS. Elaboração própria.

Tabela 19 – Documentos, publicações, bancos de dados, notas técnicas e informativos do Ministério da Saúde a respeito da reorganização e expansão da assistência hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19 entre fevereiro e junho de 2020

Tipo	Título	Órgão	Mês
Nota Técnica	Orientações técnicas sobre o leito de suporte ventilatório pulmonar (LSVP)	MS	Junho
Nota Informativa	Nº 190/2020 – Aborda questões sobre leitos clínicos COVID/SRAG, habilitação de leitos de UTI e LSVPs	MS/ SAES	Junho
Protocolo	Orientações para manejo de pacientes com COVID-19	MS	Junho
Banco de Dados	Localiza SUS – leitos	MS	Junho
Nota Técnica	Orientações complementares sobre os hospitais de campanha durante a pandemia de COVID-19	Anvisa	Maio
Banco de Dados	Gestão de leitos	MS	Maio
Notas Informativa	Nº 161/2020 – eSUS notifica – censo hospitalar de internações por COVID-19	MS/ SAES	Maio
Nota Informativa	Nº 135/2020 – Censo hospitalar de internações por COVID -19	MS/SAES	Maio
Protocolo	Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 – versões 1 a 4	SCTIE/ MS/ Hospital Oswaldo Cruz/ PROADI	Abril e Maio
Protocolo	Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada	MS/SAES	Abril
Nota Técnica	Orientações gerais sobre Hospital de Campanha durante a pandemia SARS-CoV-2	Anvisa	Abril
Banco de Dados	Painel leitos e insumos	MS/ SAGE	Abril
Publicação	Plano de resposta hospitalar à COVID-19	Sírio-Libanês/ Conasems/ Conass/ PROADI/ MS	Abril

Fluxograma	Fluxograma para atendimento e detecção precoce de COVID-19 em unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas e unidade hospitalar não definida como referência	MS/ SAES	Março
Fluxograma	Fluxograma atendimento e detecção precoce de COVID-19 em hospital de referência para indivíduos por demanda espontânea	MS/ SAES	Março
Fluxograma	Fluxo de atendimento no hospital de referência para paciente referenciado de outros serviços de saúde	MS/ SAES	Março
Nota Informativa	Nº 83/2020 – Orientações para plano de contingência estadual de COVID-19	SAES/ MS	Março
Publicação	Plano de contingência nacional para infecção humana por COVID-19	COE/ SVS/ MS	Fevereiro

Fonte: Documentos disponibilizados no site do MS.

Diretrizes de organização e expansão da Rede

O primeiro documento que inclui diretrizes para a rede hospitalar e para ação do MS durante a pandemia de COVID-19 é o plano de contingência lançado logo no início de fevereiro de 2020. Este documento aponta que a partir da fase de emergência de saúde pública, quando o primeiro caso é registrado, caberia ao Ministério apoiar a organização da rede de atenção para atender ao aumento de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Também caberia ao MS apoiar a adaptação e ampliação de leitos, reativação de áreas obsoletas ou a contratação emergencial de leitos – e em caso de surtos, orientar a rede quanto à disponibilidade de leitos de UTI para atender as demandas de casos graves. Também seria papel do Ministério da Saúde garantir a proteção a trabalhadores nos serviços públicos e privados. O documento também orienta que estados e municípios deveriam incluir informações sobre a organização da rede hospitalar em seus planos de contingência. Neste momento, o MS definiu hospi-

tais de referência para tratamento de COVID-19 em cada unidade da federação a partir de indicação das secretarias estaduais de saúde²⁹.

A partir de março, foram divulgados orientações e documentos de apoio para organização interna dos serviços e manejo clínico das doenças. De início, se focavam no fluxo de pacientes com suspeitas de COVID-19 em postos de urgência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e unidades hospitalares de referência estabelecidas nos estados para a pandemia. No fim do mês também passaram a ser divulgados protocolos clínicos de manejo da doença. Restam dúvidas sobre qual foi, efetivamente, a capilaridade e penetração destas diretrizes no cotidiano dos serviços – se foram de fato adotadas e se tiveram divulgação adequada.

Outro documento divulgado foi o *Plano de Resposta Hospitalar ao COVID-19*, no fim do mês de março de 2020, visando orientar a ampliação da capacidade interna dos hospitais frente à emergência. O documento indica uma série de medidas que vão da centralização de decisões e da gestão em gabinetes de crise à desmarcação de cirurgias eletivas, passando

²⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Novo coronavírus: veja lista de hospitais que serão referência no Brasil. Disponível em: <<https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46249-novo-coronavirus-veja-lista-de-hospitais-que-serao-referencia-no-brasil>>. Acesso em: 01/08/2020

pela reorganização do atendimento, dos espaços e das equipes, e pela expansão em até 20% da capacidade de atendimento. O Ministério da Saúde assumiu o plano, elaborado por um projeto do Hospital Sírio-Libanês e financiado pelo PROADI-SUS.

No período, as portarias nº 237 e nº 245 incluíram procedimentos hospitalares relacionados ao atendimento de casos confirmados e suspeitos de COVID-19 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema Nacional de Informação Hospitalar (SIH/SUS). A portaria nº 237 incluía diária (ou autorização de internação hospitalar – AIH) de R\$1.600 por leito de UTI adulto e pediátrico para COVID-19 que seriam habilitados e financiados pelo MS. A nº 245 incluía tratamento de infecção pelo novo coronavírus com diária (AIH) de R\$1.500.

No dia 9 de abril, uma coordenação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) circulou orientações para elaboração dos planos de contingência estaduais através da nota informativa nº 83/2020. A nota recomendava que os leitos para COVID-19 deveriam ser concentrados em hospitais de referência para reduzir a exposição de profissionais e otimizar recursos humanos. Sugeria também utilizar espaços ociosos e estruturas pré-existentes como primeira opção, além de esgotar leitos de UTI em prédios edificadas para então prever a construção de hospitais de campanha. O documento propunha também que hospitais especializados (oncológicos, maternidades) não deveriam atender pacientes com COVID-19. O documento apontava que deveria haver dois leitos clínicos abertos para cada leito de UTI, e que cada unidade deveria ter, no mínimo, cinco leitos de UTI por equipe – sendo dez a doze leitos por equipe a quantidade ideal. Apesar de relevantes, estas informações tiveram pouca visibilidade e não foram

incluídas em documentos estruturados ou em diretrizes gerais sobre a reorganização da oferta hospitalar.

Em meados de junho de 2020 o Ministério da Saúde regulamentou os hospitais de campanha e criou uma modalidade nova de leitos associada a eles, os leitos de suporte ventilatório pulmonar (LSVP), que também passariam a ser habilitados. Esta portaria e outras notas incluíam recomendações sobre as estratégias de expansão da rede hospitalar, mas apenas como uma sugestão sem grande detalhamento. No dia 18 de junho, um novo documento com orientações clínicas de manejo de pacientes incluiu indicações mais explícitas sobre o papel de cada tipo de serviço da rede de atenção à saúde nos casos de COVID-19. Atentava ao público de cada tipo de estabelecimento, procedimentos e exames possíveis, profissionais necessários e desfechos esperados. Ainda assim, era um documento carente de detalhamento.

Também neste período a portaria nº 1.587/2020 instituiu a força tarefa de fundamentação. Era composta por representantes de diversas secretarias e departamentos do MS com objetivo de estabelecer critérios objetivos para aquisição e distribuição de insumos e equipamentos, habilitação de leitos de UTI e fortalecimento dos serviços hospitalares.

Até julho não havia sido apresentado um plano efetivo de resposta nacional abrangente e fundamentado, que envolvesse parâmetros de diagnóstico, planejamento e gestão da resposta hospitalar em cada ente federativo e no país como um todo. Faltava um plano que considerasse o setor público e privado, com visão sistêmica sobre a área da saúde, com estimativas de necessidades sobre a pandemia, fontes de informações confiáveis e atualizadas, além de parâmetros para organização do acesso e expansão da rede.

As ações do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se mostraram pouco articuladas entre si e com os demais entes federativos – muitas fracassaram ou foram implementadas de forma extemporânea. O foco se deu no financiamento direto dos demais entes federativos e de estabelecimentos públicos e privados, sem o cuidado com a organização do acesso e da oferta, ou com a definição de parâmetros e estratégias para orientar a resposta em estados e municípios. Além disso, houve silêncio e ausência do poder público em questões sensíveis, como a utilização de leitos privados e o papel dos leitos clínicos na resposta à pandemia.

De modo geral, ficou a cargo de cada secretaria estadual e municipal de saúde elaborar as principais políticas, estratégias e ações concretas relativas a expansão e organização da assistência hospitalar. Isto resultou numa resposta nacional fragmentada e heterogênea, pouco cooperativa, sem planejamento sistêmico orientado e conduzido pelo MS, que seria capaz de operacionalizar o que foi proposto em linhas vagas pelo plano de contingência.

Certamente o hiato produzido pelas seguidas trocas de ministros e equipes técnicas foi um dos fatores determinantes para que isso ocorresse, mas não o único. Opções equivocadas e medidas insuficientes atravessaram, de maneiras diferentes, todas as gestões do Ministério da Saúde na crise sanitária.

Transferências a estados e municípios

Do ponto de vista do financiamento de ações de média e alta complexidade para estados e municípios, a ampliação dos recursos para enfrentamento da COVID-19 foi a principal medida do MS, acompanhada da flexibilização de regras para transferência de recursos “fundo a fundo”, do governo federal para os fundos estaduais e muni-

cipais da saúde. Os critérios para distribuição dos recursos entre entes federativos e aplicação em diferentes dimensões do sistema de saúde foram, na maioria das vezes, pouco claros e inespecíficos. Sem maiores direcionamentos do MS sobre como aplicar os recursos emergenciais na crise sanitária, estados e municípios tiveram grande autonomia para fazê-lo.

A primeira grande transferência estabelecida foi no dia 16 de março, através da portaria nº 395/2020. O valor foi de R\$424 milhões em parcela única, dois reais *per capita*, destinado à organização dos planos de contingência estaduais. Os recursos foram oriundos da medida provisória (MP) nº 924/2020. A portaria nº 480/2020 destinou mais R\$600 milhões para os estados, cuja distribuição interna ficou a cargo das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), sendo que cada município deveria receber no mínimo dois e no máximo cinco reais *per capita*.

No dia 9 de abril, a portaria nº 774 destinou mais R\$3.944.360.944,06 para estados e municípios com recursos oriundos de mais créditos extraordinários da MP nº 940/2020. Estes valores foram destinados ao conjunto de ações relacionadas à COVID-19: atenção primária e especializada, vigilância em saúde, e assistência farmacêutica. Para os entes federativos gestores de serviços de alta e média complexidade, foram destinados 1/12 do limite financeiro anual. Para os demais, foi disponibilizado o piso da atenção básica equivalente ao mês de fevereiro de 2020.

Com relação à flexibilização de regras para repasse de recursos para outros entes federativos, a primeira medida foi a portaria nº 662 de primeiro de abril. As transferências – que normalmente se dão de forma regular obedecendo a valores fixos por produção estabelecidos no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) – passaram a ser feitas com base na média da produção aprovada no segundo semestre de 2019.

Na mesma direção, no dia 7 de maio outra norma foi publicada. A portaria nº 1.124/2020 suspendeu a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do SUS, garantindo repasses integrais por 120 dias. Ambas as medidas tinham como objetivo evitar a descontinuidade do financiamento e do atendimento em estabelecimentos prestadores, em função da diminuição da produção assistencial de outros agravos que levaria a uma queda na remuneração global.

Operacionalizando o que foi aprovado pelo congresso nacional na lei 13.995/2020 no início de maio³⁰, o Ministério da Saúde regulamentou a transferência de R\$2 bilhões para estados e municípios, destinados especificamente para hospitais filantrópicos inseridos nos planos de contingência. O recurso foi transferido em duas parcelas – a primeira, normatizada pela portaria nº 1.338/2020 do dia 21 de maio. A segunda e maior parcela, definida pela portaria nº 1.448/2020, levou em consideração dados de incidência de COVID-19, número de leitos SUS das instituições filantrópicas, e valores de produção ambulatoriais de média e alta complexidade em 2019. O critério de rateio foi a distribuição proporcional ao número de leitos cadastrados nos planos estaduais.

Não houve menção de que os recursos deveriam ser empregados na aquisição de medicamentos, suprimentos, insumos e produtos hospitalares, algo definido em lei. Também não se mencionou que deveriam ser empregados na aquisição de equipamentos e realização de pequenas reformas e adaptações físicas para aumento da oferta de leitos de UTI, bem como na contratação e no pagamento de profissionais de saúde necessários para atender à demanda adicional da COVID-19.

A última transferência de grande magnitude aconteceu no início do mês de julho, sob a gestão de Eduardo Pazuello. A portaria nº 1.666 do dia primeiro estabeleceu critérios para a transferência de R\$13,8 bilhões, que já haviam sido liberados como crédito extraordinário pelo governo nas MPs nº 924, 940, 947, 969, 976 de 2020. Os recursos poderiam ser destinados para atenção primária e especializada, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, aquisição de suprimentos, insumos e produtos hospitalares, e custeio do procedimento de tratamento de infecção pelo novo coronavírus – COVID-19 (AIH). Para municípios, os recursos foram divididos por faixa populacional, valores de produção de média e alta complexidade em 2019 e valores relativos ao Piso de Atenção Básica (PAB) de 2019. Para estados foram distribuídos de acordo com dados populacionais, números de leitos de UTI registrados nos planos de contingência, e taxa de incidência de COVID-19 por 100 mil habitantes.

Habilitação de leitos de UTI e apoio à implantação

A mais significativa das ações implementadas pelo MS foi o auxílio financeiro temporário durante três meses para custeio de leitos de UTI exclusivos para COVID-19 em todo o país – inicialmente com diária de R\$800, mas logo dobrada para R\$1.600 (portarias MS nº 237, 414 e 568 de 2020). Os recursos poderiam ser utilizados tanto para financiar leitos já existentes quanto novos leitos abertos na expansão. O objetivo inicial era financiar cerca de 2.540 UTIs, com uma primeira etapa que envolveria a locação de 540 kits de instalação rápida de UTIs e a habilitação de 2.000 leitos de UTI para custeio. O critério estabelecido para destinação dos leitos, ainda que sem grande detalha-

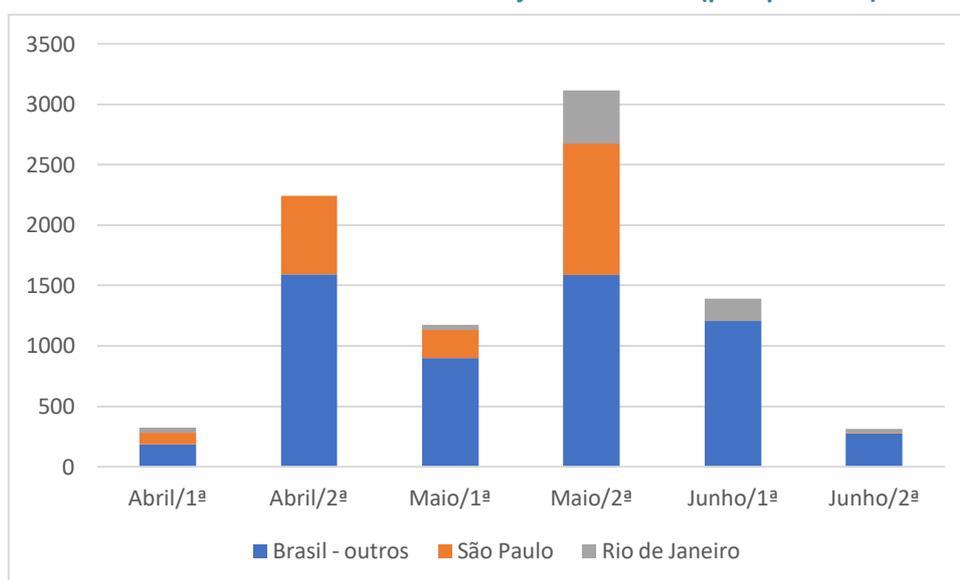
³⁰ IMPRENSA NACIONAL. Diário Oficial da União - Lei Nº 13.995, de 5 de maio de 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.995-de-5-de-maio-de-2020-255378351>>.

mento, seria a solicitação por gestores locais, que deveria estar em consonância com as necessidades de seus territórios.

A Figura 2 mostra a evolução das habilitações nas portarias listadas no Anexo 1. A implementação se iniciou de forma lenta. Até 16 de abril, data da saída do ministro Mandetta – e quando a rede hospitalar de estados como Rio de Janeiro, Pernambuco, Ceará e Amazonas começava a entrar em colapso –, haviam sido habilitados apenas 322 leitos para tratamento de COVID-19. A soma dos recursos des-

tinados até este momento era de R\$47 milhões. O ritmo se acelerou desde então, mas apenas no dia 4 de maio ultrapassou-se a meta inicial de 2.540 leitos. Até a saída do ministro Teich, no dia 16 de maio, foram mais 3.488 leitos habilitados ao custo de cerca de R\$503 milhões. Com Pazuello, a quantidade de habilitações continuou a crescer rapidamente até dez de junho, com redução do ritmo até o fim do mês. Ao final do período, foram habilitados 8.983 leitos ao custo de R\$1,29 bilhão.

Figura 2 - Habilitações de leitos de UTI para tratamento de COVID-19 pelo Ministério da Saúde entre abril e junho de 2020 (por quinzena)



Fonte: Portarias de habilitação de leitos de UTI COVID-19 publicadas pelo MS (Anexo I)

Considerando que o SUS tinha 14.876 leitos de UTI, a quantidade financiada pelo MS foi expressiva – e representou cerca de 60% do total de leitos de tratamento intensivo anteriores à pandemia. Contando com a expansão de novos leitos, é possível que muitos não tenham sido implementados a tempo. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde mostram que havia 8.517 leitos de UTI para COVID-19 no SUS e 10.600 não-SUS em junho. É possível que esta última parcela abranja solicitações de habilitações não atendidas, e não leitos de clientes de planos saúde. Isso indicaria que menos da metade dos pedidos teriam sido atendidos.

A distribuição e velocidade de implantação das habilitações variou consideravelmente entre estados e municípios, sem que o Ministério tenha estabelecido critérios claros de priorização ou de necessidades. Estados com alta mortalidade e surtos graves como Amazonas e Rio de Janeiro demoraram a ser atendidos, enquanto outros em estágios anteriores da epidemia receberam recursos prontamente. Ainda que parte deste quadro tenha responsabilidade dos entes locais envolvidos, fica clara a desorganização e a falta de parâmetros técnicos e transparentes na implementação das habilitações pelo MS.

Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), no início de julho foram custeados leitos em 704 estabelecimentos, sendo 415 da administração pública, 240 de entidades privadas sem fins lucrativos e 49 de empresas. Entre os leitos habilitados, 48,6% foram para a gestão municipal, 45,4% para a gestão estadual e o restante para a gestão dupla, o que mostra um aparente equilíbrio na distribuição entre entes federativos. Todavia, houve casos extremos onde quase a totalidade dos leitos foi habilitada no âmbito municipal (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Piauí, Mato Grosso, Goiás) ou, ao contrário, em nível estadual (Pará, Amazonas, Acre, Alagoas, Amapá, Pará, Rondônia).

As diferenças podem refletir tanto o perfil institucional e abrangência heterogênea da rede pública em cada estado, como também as diferentes respostas sanitárias dos governos locais – ou, ainda, questões políticas envolvendo governo federal e governos locais.

Outro recurso fundamental para expansão de vagas em UTI foi a aquisição de respiradores, cuja situação é abordada em profundidade em outra nota técnica desta publicação. Até 18 de maio³¹, o MS havia distribuído 861 leitos – número que foi insuficiente nos estados que enfrentaram os primeiros surtos. Em junho, a situação mudou. Segundo o Painel de Leitos e Insumos, no dia 2 de junho 2.651 leitos foram distribuídos, e, no início de

julho, outros 6.410 o foram. Também foi marcante a escassez de anestésicos e sedativos necessários no manejo de pacientes graves com COVID-19, relatado por praticamente todas as secretarias estaduais em junho, conforme apontado pelo CONASS³².

Hospitais de campanha

Com relação aos hospitais de campanha, a postura do Ministério da Saúde até meados de maio foi bastante vaga. Ainda em março, a ANVISA forneceu orientações técnicas dos requisitos e recomendações para implementação de estruturas de atendimento temporárias. No mês de abril, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) circulou a nota informativa nº 83/2020 afirmando que só deveria ser acionada quando esgotadas outras possibilidades. Na prática, coube a cada estado e município construir as medidas que julgassem adequadas para o momento.

O governo federal também se envolveu na construção de um hospital de campanha, mas não insistiu em outras iniciativas próprias. O primeiro foi anunciado no dia 7 de abril em Água Lindas (GO), após pedido do governo estadual. Com 200 leitos, sendo 10 de UTI, foi pessoalmente inaugurado pelo presidente no dia 5 de junho³³. O valor do contrato, com duração de quatro meses, foi de R\$10 milhões, e seria de responsabilidade do governo estadual a operação, equipamentos, insumos e recursos humanos³⁴.

³¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde entrega mais 304 ventiladores pulmonares. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46900-ministerio-da-saude-entrega-mais-304-respiradores-pulmonares>>.

³² CANSIAN, N. Estados relatam falta de sedativos em UTIs, e ministério promete compra emergencial. Folha de São Paulo, São Paulo, 18 jun. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/06/estados-relatam-falta-de-sedativos-em-utis-e-ministerio-promete-compra-emergencial.shtml>>.

³³ VERDÉLIO, A. Bolsonaro inaugura hospital de campanha para covid-19 em Águas Lindas. Agência Brasil, Brasília, 05 jun. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/politica/noticia/2020-06/bolsonaro-inaugura-hospital-de-campanha-para-covid-19-em-aguas-lindas>>.

³⁴ PAINEL FOLHA. Propagandeado por Bolsonaro, hospital de campanha de Goiás está fechado por burocracia do governo federal. Folha de São Paulo, São Paulo, 01 mai. 2020. Disponível em:

Um segundo hospital, anunciado no dia 11 de abril para Manaus, seria destinado exclusivamente ao atendimento de populações indígenas, porém não foi entregue³⁵.

O tema só começou a ganhar mais destaque em pronunciamentos e ações do MS no fim de maio – e ainda assim, de forma dúbia. No dia 25, em entrevista coletiva³⁶, o secretário-executivo afirmou que os hospitais de campanha deveriam ser a última opção para expandir a oferta hospitalar, devendo ser precedida pela adaptação de estruturas assistenciais existentes, reativação de leitos e contratação de leitos privados. Além disso, os hospitais de campanha deveriam abrigar apenas leitos de baixa e média complexidade, servindo de retaguarda para unidades de referência para COVID-19 com leitos de UTI.

Também foi anunciada uma nova modalidade de custeio do MS para hospitais de campanha: leitos de suporte ventilatório pulmonar, com diária de R\$478,72. A nova diretriz só se concretizou em norma no dia 15 de junho, com a publicação das portarias nº 1.514, 1.521 e 521, mais de quatro meses depois de decretada a emergência em saúde pública – e depois de os hospitais de campanha terem sido amplamente empregados no Brasil, com maior ou menor sucesso. No início de julho, finalmente o Ministério divulgou documentos com

orientações técnicas sobre estruturas temporárias e a nova modalidade de leitos, em um momento quando os primeiros estados afetados já começavam a desmontar suas estruturas.

Utilização de leitos privados

Um assunto quase ignorado pelo Ministério da Saúde foi a necessidade de normatização, regulamentação e financiamento da utilização de leitos de hospitais privados e planos de saúde para ampliar a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se pode dizer que isto era algo novo para o SUS na pandemia. Apesar de a lei 13.969/2020 incluir a possibilidade da requisição administrativa de bens e serviços, isto também já estava previsto na lei nº 8080/9090 e na própria Constituição Federal, e já acontecia em situações pontuais, principalmente através de ações judiciais.

Vale lembrar que a contratação de prestadores e hospitais é algo realizado corriqueiramente pelas instâncias gestoras do SUS nos estados e municípios, através de editais públicos e convênios.

Em 16 de março, o secretário-executivo do MS afirmou que, se necessário, o SUS poderia se utilizar do dispositivo previsto na lei de emergência sanitária e requisitar leitos privados para utilização nos casos de COVID-19³⁷. Isto foi reafirmado em abril pelo então ministro Mandetta³⁸, mas não se desdobrou em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/05/propagandeado-por-bolsonaro-hospital-de-campanha-de-goias-esta-fechado-por-burocracia-do-governo-federal.shtml>>.

³⁵ MARQUES, P. Governo do AM pede do Ministério da Saúde implantação de novo hospital de campanha com 400 leitos. G1 Amazonas, 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/22/governo-do-am-pede-do-ministerio-da-saude-implantacao-de-novo-hospital-de-campanha-com-400-leitos.ghtml>>.

³⁶ GOVERNO DO BRASIL. Saúde define regras e financiamento para Hospitais de Campanha. Brasília, 26 mai. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/05/saude-define-regras-e-financiamento-para-hospitais-de-campanha>>.

³⁷ VARGAS, M. Governo estuda requisitar leitos da rede privada para atender ao SUS. UOL/Estadão Conteúdo, São Paulo, 16 mar. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/03/16/governo-estuda-requisitar-leitos-da-rede-privada-para-atender-ao-sus.htm>>.

³⁸ UOL. Ministério exalta SUS, mas admite que poderá usar leitos da rede privada. São Paulo, 03 abr. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/03/ministerio-exalta-sus-mas-admite-que-podera-usar-leitos-da-rede-privada.htm>>.

iniciativas concretas. O ministro Teich evitou qualquer ação neste sentido. Apenas anunciou que iria discutir o tema com a ANS e declarou ser contra a requisição administrativa, entendida erroneamente como uma “tomada”, mas a favor da negociação entre público e privado³⁹. O ex-ministro não buscou orientar ou regulamentar a questão, ou intermediar um diálogo nacional sobre o tema, mesmo enquanto diversos estados viviam situações de filas de espera de dias na rede pública com leitos de UTI ociosos na rede privada.

Nos meses de abril e maio, o tema passou a ser intensamente discutido por diversas instâncias do poder público e pela sociedade civil. No Supremo Tribunal Federal, dois processos tramitaram, ambos sob a relatoria do ministro Ricardo Lewandowski. O primeiro foi a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 671/2020, protocolada pelo PSOL em 31 de março e elaborada por juristas da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). O argumento era que o SUS deveria assumir integralmente a gestão de hospitais e profissionais de saúde públicos e privados, a fim de garantir o acesso igualitário aos serviços por meio de uma fila única. Caso contrário, seriam desrespeitados preceitos constitucionais como o direito à vida e à dignidade humana. Lewandowski negou seguimento à ação alegando já existirem normas que viabilizam a requisição administrativa de bens e serviços por parte do poder executivo, e que uma decisão do judiciário nesse sentido extrapolaria sua competência.

O segundo processo é a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6362/2020⁴⁰ protocolada em 2 de abril pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde) e que conta com apoio da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed). As entidades questionaram a constitucionalidade do dispositivo da requisição administrativa da Lei de Emergência Sanitária. Buscando dificultar a utilização do recurso por estados e municípios, argumentam que a requisição não deveria ser feita sem autorização da União e sem que os recursos públicos tenham se esgotado. Em junho, a procuradoria geral da república se posicionou pela improcedência da ação⁴¹, que não foi julgada.

No dia 22 de abril, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou ao Ministério da Saúde e às secretarias municipais e estaduais que coordenassem a alocação dos recursos assistenciais existentes através do SUS. Isso incluiria leitos privados, equipamentos, e profissionais que deveriam ser requisitados pelos gestores quando houvesse necessidade. No dia 12 de maio, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou uma nota técnica recomendando que a utilização de leitos privados, mediante contratação ou requisição, deveria ter prioridade frente a alternativas como hospitais de campanha. Segundo o CNJ, a medida tem previsão legal e deveria ser adotada quando a capacidade pública estivesse esgotada e os prestadores se recusassem a aderir aos editais públicos.

³⁹ UOL. Ministro diz que uso de leitos privados pelo SUS não pode ser por imposição. São Paulo, 06 mai. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/06/teich-uso-de-leitos-privados-no-sus-sera-por-cooperacao-e-nao-por-tomada.htm>>.

⁴⁰ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. ADI 6362. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>>.

⁴¹ POMPEU, A. Para Aras, requisição administrativa de bens de saúde por gestores locais é constitucional. Jota, 03 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.jota.info/stf/do-supremo/pgr-requisicao-administrativa-03062020>>.

O Consórcio Nordeste e a Confederação Nacional de Municípios também recomendaram que a regulação do acesso a todos os leitos de UTI públicos e privados fosse unificada e coordenada pelos estados através de suas centrais de regulação. O acesso deveria levar em conta critérios técnicos, clínicos e sanitários, com o objetivo de ampliar a oferta pública e organizar o acesso da população aos serviços de forma universal e igualitária. Instituições científicas, entidades da sociedade civil e movimentos sociais também se manifestaram na mesma direção⁴².

No dia 26 de maio, o Senado Federal aprovou por unanimidade o projeto de lei 2324/2020⁴³, buscando regulamentar a questão. A proposta dispõe sobre o uso compulsório de leitos privados pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de SRAG ou COVID-19. Obriga a informação diária da taxa de ocupação de leitos públicos e privados ao órgão de regulação estadual, e delimita que o uso compulsório de leitos privados mediante indenização deve se dar em serviços com menos de 85% de ocupação. O PL também prevê que o recurso deve ser precedido de negociação com o setor privado e chamamento público para contratação. A proposta seguiu para câmara dos deputados e não foi votada até julho de 2020.

Mesmo com a repercussão do tema e diante do colapso de vários estados, a inação se manteve na gestão de Eduardo Pazuello. Apesar de ter admitido que a contratação de leitos privados era preferível aos hospitais de campanha, regulamentou estes e

manteve o silêncio e a falta de diretrizes sobre a utilização dos leitos privados pelo SUS e sobre a possibilidade de organização de uma fila única. Coube à ANS sair em defesa dos interesses do setor regulado e encerrar expectativas de que alguma instância central do sistema de saúde trabalharia na direção de uma solução construtiva.

A Agência se posicionou em duas oportunidades. A primeira, através da nota técnica Nº 4/2020⁴⁴, do dia 21 de maio, assinada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial, em resposta à solicitação de posicionamento por parte do MS. A segunda foi um posicionamento do conjunto da diretoria, no dia 26 de maio⁴⁵. Conforme analisado em outra ocasião pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS-USP) e pelo Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES-UFRJ), a agência rechaçou os dispositivos constitucional e legal que permitem o uso de leitos privados durante a pandemia (GEPS/GPDES, 2020b). Sob premissas equivocadas, considerou que o compartilhamento da capacidade pública e privada ameaçaria a segurança jurídica do setor de saúde suplementar, aumentaria a inadimplência, inviabilizaria o cumprimento de contratos e a realização de outros tratamentos, além de prejudicar a manutenção da estabilidade econômica e financeira do mercado. Também alegaram que os hospitais privados chegariam a uma alta taxa de ocupação.

⁴² CAMPANHA VIDAS IGUAIS. Disponível em: <<https://www.vidasiguais.com.br/>>.

⁴³ SENADO FEDERAL. Projeto de Lei nº 2324, de 2020. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141756>>.

⁴⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Processo Nº: 33910.010106/2020-60 Nota técnica Nº 4/2020/ASSNT-DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES. Congresso em Foco/UOL. Disponível em: <https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/06/76499_Nota-T%C3%A9cnica-04.pdf>.

⁴⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Processo Nº: 33910.010106/2020-60 e Voto Nº 11/2020/DIGES. Congresso em Foco/UOL. Disponível em: <https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/06/76499_Voto-11.pdf>.

As alegações contradizem os dados divulgados pela ANS em boletins e, mais detalhadamente, na nota técnica nº 12/2020⁴⁶. Os dados mostram que a taxa de ocupação geral dos leitos destinados a planos de saúde era de cerca de 69% em fevereiro e diminuiu com a pandemia para os procedimentos tradicionais. Em maio e junho, a ocupação de leitos de UTI foi de cerca de 60% a 65% tanto para COVID-19 quanto para outros agravos. Em maio, 59% dos leitos de UTI foram reservados à pandemia. A inadimplência também caiu, e a sinistralidade despencou de 78% para 59%, uma baixa histórica. Em outras palavras, com a desmarcação dos procedimentos eletivos e manutenção dos valores das mensalidades, os planos de saúde melhoraram seu desempenho econômico. Ainda que nos estados mais gravemente atingidos e com menor infraestrutura hospitalar possa ter ocorrido pontualmente e brevemente a lotação das UTIs privadas, de modo geral manteve-se capacidade ociosa.

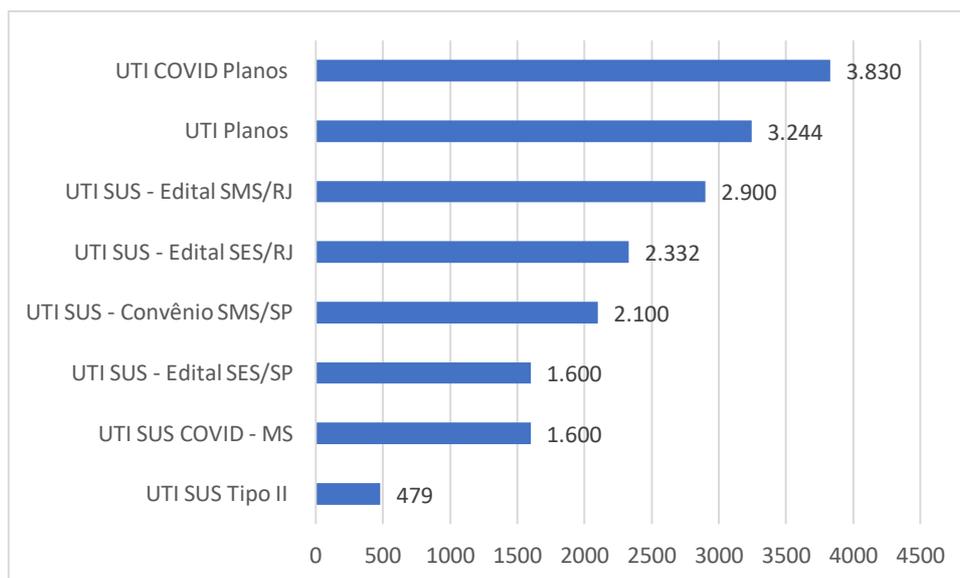
Outro assunto que também passou into-cado foram os valores de remuneração a prestadores pela diária de leitos de UTI (Figura 3). No mês de maio, observa-se que o valor de pagamento definido na Tabela SUS é muito baixo, R\$479 por diária. Apesar de os valores financiados em habilitações do MS serem bem superiores (R\$1.600), ainda assim estão muito distantes dos valores pagos por uma diária de UTI por planos de saúde em hospitais privados, que em maio variavam entre R\$ 3.244 e R\$3.823.

Mesmo com o incremento realizado por governos locais, visando ampliar a oferta de vagas pela incorporação de leitos privados através de editais e convênios, os valores ainda não atingiram a média paga pelos planos – o que tampouco foi alvo de uma política regulatória que facilitasse sua

utilização pelo SUS. Considerando que muitos hospitais privados e filantrópicos prestam serviços tanto para o SUS quanto para planos de saúde, é evidente que a diferença de remuneração foi um dos empecilhos para a utilização de leitos privados pelo SUS.

⁴⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Processo Nº: 33910.013199/2020-84 e Nota Técnica Nº 12/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_12_Boletim_COVID.pdf>.

Figura 3 - Valores de diárias de leitos de UTI no Brasil, no Rio de Janeiro e em São Paulo, em maio de 2020



Fonte: UTI SUS – Valor Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; UTI SUS COVID – portaria nº 568/2020 do MS; UTI Planos, Boletim Covid-19 Saúde Suplementar (ANS); Editais e convênios específicos e secretarias municipais e estaduais de saúde.

Esta situação teve algumas consequências. Para os estados e municípios que consideraram ou optaram pela contratação de leitos privados, coube a cada um complementar as diárias com valores próprios e escolher o melhor caminho para viabilizar a alternativa. A estratégia adotada também variou: alguns optaram pela abertura de editais, outros realizaram acordos diretos com prestadores e, em casos mais pontuais e isolados, houve requisição administrativa. Tudo aconteceu, no entanto, sem que o MS conduzisse ou intermediasse nacionalmente algum tipo de discussão ou negociação para a cessão remunerada de leitos privados ao SUS.

Ainda que não seja possível dimensionar qual a extensão da expansão de leitos do SUS a partir da utilização da capacidade privada, é possível afirmar que a alternativa foi subutilizada na pandemia – seja pelas ausências do MS, seja pela timidez na adoção de medidas do tipo por estados e municípios. A fila única não chegou a ser implementada e a requisição administrativa foi residualmente utilizada, mesmo nas situações de colapso, o que manteve a desigual-

dade de acesso a leitos de UTI entre SUS e planos de saúde, relegando ao segundo plano uma das principais alternativas de expansão da rede pública.

Hospitais de pequeno porte

Outra medida estabelecida pela portaria nº 561 do dia 26 de março foi a autorização para a habilitação temporária e custeio de leitos em hospitais de pequeno porte (31 a 49 leitos) para cuidados prolongados dos pacientes oriundos dos leitos clínicos e de UTI dos hospitais definidos nos planos de contingência estaduais. Os estabelecimentos disponibilizariam a totalidade dos leitos para a central de regulação estadual, e os contemplados receberiam R\$6 mil por leito. A requisição da habilitação deveria ser feita pelos gestores locais e estaduais.

Houve habilitações de 179 leitos em cinco municípios a um custo de R\$3,2 milhões de reais, pelas portarias nº 1.237 e nº 1.377 de 2020. No entanto, não houve orientações técnicas sobre a utilização dos hospitais de pequeno porte durante a

pandemia. De modo geral, o MS não estabeleceu políticas claras sobre a inserção dos leitos intermediários e de baixa complexidade na resposta hospitalar nacional. O Ministério divulgou fluxos de atendimento, mas sem diretrizes explícitas de planejamento, oferta e financiamento.

Hospitais privados e planos de saúde

Houve ainda medidas importantes voltadas para a proteção das maiores empresas e garantia de liquidez para os mercados, mas sem contrapartidas assistenciais claras ou bem definidas. Conforme abordado em nota técnica (GEPS e GPDES, 2020^a), o governo federal abriu uma linha de crédito de R\$2 bilhões para empresas da saúde através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), para que fossem criados três mil leitos de UTI, adquiridos cinco mil monitores e 15 mil respiradores⁴⁷. Também foram liberados através da Caixa Econômica R\$2 bilhões em crédito com juros reduzidos adicionais para as Santas Casas e hospitais filantrópicos, atendendo a demanda das instituições e deputados da Frente Parlamentar das Santas Casas⁴⁸. Porém, não há informações sobre como estes recursos foram aplicados e se cumpriram seus objetivos.

Em junho, o BNDES lançou mais um pacote de R\$2 bilhões para capital de giro voltado para grandes hospitais privados e laboratórios. A justificativa foi de que a ociosidade dos serviços na pandemia tinha levado a uma grande queda de receitas e foi destinada para empresas com acima de R\$300 milhões de faturamento anual⁴⁹.

Com relação à ANS, um primeiro grupo de medidas foram relativas à postergação de coberturas assistenciais através da desmarcação de procedimentos eletivos e ampliação dos prazos de atendimento, que se mantém. No dia 16 de abril, numa espécie de *mea culpa*, a ANS fez questão de esclarecer que a ampliação dos prazos não significava que as operadoras deveriam parar de atender⁵⁰. Também se flexibilizaram os prazos de envio de informações por parte das empresas, e se recomendou a adoção de estratégias de atendimento remoto, telemedicina e canais de atendimento específicos para esclarecimentos sobre a COVID-19.

⁴⁷ BNDES. Programa BNDES de Apoio Emergencial ao Combate da Pandemia do Coronavírus. Disponível em: <<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/produto/programa-apoio-emergencial-coronavirus/>>.

⁴⁸ CAIXA NOTÍCIAS. Coronavírus: CAIXA adere à linha de financiamento de folha de MPE. Disponível em: <<https://caixanoticias.caixa.gov.br/noticia/20678/caixa-adere-a-linha-de-financiamento-de-folha-pagamento-para-micro-e-pequenas-em-presas>>.

⁴⁹ CASEMIRO, L. Com pandemia, BNDES lança linha de R\$2 bilhões para capital de giro de hospitais. Rio de Janeiro, 08 jun. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/com-pandemia-bndes-lanca-linha-de-2-bilhoes-para-capital-de-giro-de-hospitais-24467794>>.

⁵⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Alerta da ANS: cuidados com a saúde não podem parar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5479-alerta-da-ans-cuidados-com-a-saude-nao-podem-parar>>.

A Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), a Confederação Nacional de Saúde (CNS) e outras entidades passaram pressionar a ANS para que autorizasse a retomada da remarcação de procedimentos eletivos, para que os recursos do fundo garantidor fossem liberados diretamente para os prestadores privados sob a alegação de que em meio à pandemia os hospitais privados estariam com grande capacidade ociosa e taxas de ocupação baixas, o que segundo eles poderia levar a uma situação de insolvência das empresas^{51,52}.

O diagnóstico foi incorporado pelo discurso do então ministro Teich, que no dia 22 de abril preocupava-se que o risco da queda de movimento nos hospitais privados colocasse em xeque a sobrevivência destes no pós-crise⁵³. As mesmas entidades se mostraram contrárias à possibilidade de utilização pelo SUS da capacidade ociosa dos hospitais privados^{54,55}. A remarcação das cirurgias eletivas foi liberada pela ANS no dia 9 de junho⁵⁶, já apontando para uma retomada da “normalidade” em um momento de avanço dos casos, de forma descoordenada dos momentos da pandemia vivido em cada local.

Também houve uma tentativa de aporte de recursos financeiros para planos de saúde através da flexibilização da liberação de até 20% do montante do fundo garantidor da saúde suplementar (FGS), regulamentado pela ANS. De início, o Ministério anunciou que seriam R\$5 bilhões, depois esse montante passou para R\$15 bilhões, quase 30% do fundo, conforme anunciado no dia 9 de abril⁵⁷. A medida foi justificada como uma forma de garantir liquidez às empresas. Além do acesso aos recursos, as operadoras ficariam desobrigadas de manter ativos garantidores para ressarcimento ao SUS até o fim do ano, além da redução da margem de solvência e flexibilização das exigências para movimentação dos ativos garantidores.

As poucas contrapartidas apresentadas seriam de que as empresas deveriam assinar um termo de compromisso garantindo a renegociação de contratos, a preservação da assistência a beneficiários de planos individuais, coletivos e coletivos por adesão com menos de 30 beneficiários e pagamento regular a prestadores de serviços. No entanto, as principais representantes dos planos de saúde, a FenaSaúde, a Abramge e a Unimed questionaram a exigência da

⁵¹ CAMAROTTO, M. Com leitos ociosos, hospitais privados pedem à ANS liberação de cirurgias eletivas. Valor Econômico, São Paulo, 14 abr. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/15/com-leitos-ociosos-hospitais-privados-pedem-a-ans-liberacao-de-cirurgias-eletivas.ghtml>>.

⁵² CNSAÚDE. Comunicado sobre o uso de ativos garantidores. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/comunicado-sobre-o-uso-de-ativos-garantidores/>>.

⁵³ LEITÃO, M. Teich defende “saúde” de hospitais privados e causa incômodo no ministério. Revista Veja, São Paulo, 23 abr 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/matheus-leitao/teich-defende-saude-de-hospitais-privados-e-causa-incomodo-no-ministerio/>>.

⁵⁴ NEVES, H. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? NÃO. Folha de São Paulo, São Paulo, 18 abr. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-nao.shtml>>.

⁵⁵ Documento: “Leitos para o combate à COVID-19 Uma Proposta da Confederação Nacional da Saúde (CNSaúde) e suas Federações, da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE). 28 de abril de 20120

⁵⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS restabelece prazos máximos de atendimento da RN nº 259. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5576-ans-restabelece-prazos-maximos-de-atendimento-da-rn-n-259>>.

⁵⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS flexibiliza uso de mais de R\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores. 09 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5475-ans-flexibiliza-uso-de-mais-de-r-15-bilhoes-em-garantias-financeiras-e-ativos-garantidores>>.

agência em manter o atendimento aos inadimplentes e recusaram a utilização dos recursos do fundo garantidor por isso^{58, 59}, e, além disso, pediram o cancelamento de multas da ANS. A ação fracassou: apenas nove de 730 operadoras aderiram, o que representa menos de 1% do total de clientes⁶⁰.

Consolidação de informações e transparência

Outra falha categórica na resposta do MS foi a organização, sistematização e divulgação de informações. Depois de diversas tentativas, passados mais de quatro meses desde o início da pandemia, houve um verdadeiro apagão de dados confiáveis, atualizados e transparentes relativos a leitos de internação e UTI. Os dados do Ministério sobre leitos de UTI são incoerentes entre si e com os dados estaduais, sendo que o monitoramento das taxas de ocupação não saiu do papel e não há meios de se avaliar de forma consistente a dimensão da expansão e reorganização hospitalar no país durante a pandemia.

A primeira iniciativa foi o Painel Leitos e Insumos, ainda na gestão do ministro Mandetta. Lançada no dia 2 de abril, a plataforma divulga a quantidade de leitos de UTI/SUS e não-SUS em cada estado, os leitos locados (*kits* para instalação rápida de leitos de UTI) e os leitos de UTI habilitados pelo MS. Não há indicação da evolução temporal desse processo ou informações sobre leitos clínicos. Em meados de julho, a

plataforma foi retirada do ar.

A portaria nº 758, de nove de abril, definiu o registro obrigatório de internações decorrentes de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 em estabelecimentos públicos e privados que prestam serviço ao SUS, o que foi chamado pelo governo federal de censo hospitalar. Os hospitais deveriam informar o número de internações de pacientes em leitos clínicos em enfermaria e/ou leitos intensivos (UTI), o número de altas hospitalares (saídas), e a quantidade de leitos clínicos em enfermaria e/ou leitos intensivos (UTI) existentes no estabelecimento de saúde disponíveis para COVID-19. A portaria considera ainda infração sanitária grave ou gravíssima a não notificação, e informa que estes dados agregados seriam publicados e atualizados pelo poder público. Os hospitais privados que prestam serviços exclusivamente para planos de saúde não foram incluídos.

No dia 11 de abril⁶¹, o então secretário-executivo disse que poderia recorrer à polícia federal caso a informação não fosse disponibilizada pelos prestadores privados: “não é possível que o Ministério da Saúde possa ficar acompanhando uma situação tão grave como essa sem a informação precisa para tomar as medidas necessárias”. Todavia, a promessa de um censo hospitalar⁶² para acompanhar a estrutura disponível e sua ocupação não foi efetiva. No de

⁵⁸ CASEMIRO, L, CAVALCANTI, G. Planos de saúde avaliam abrir mão de R\$ 15 bi para não assumir compromisso de atender inadimplentes. O Globo, Rio de Janeiro, 10 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/planos-de-saude-avaliam-abrir-mao-de-15-bi-para-nao-assumir-compromisso-de-atender-inadimplentes-24363729>>.

⁵⁹ VARGAS, M. Planos de Saúde resistem a atender inadimplentes e querem reverter multas com a ANS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 abr. 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,planos-de-saude-resistem-a-atender-inadimplentes-e-querem-reverter-multas-com-a-ans,70003277722>>.

⁶⁰ KOIKE, B. Apenas 9 operadoras, menos de 1% do setor, aderem ao programa de ajuda da ANS. Valor Econômico, São Paulo, 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/28/apenas-9-operadoras-menos-de-1percent-do-setor-aderem-ao-programa-de-ajuda-da-ans.ghtml>>.

⁶¹ <https://oglobo.globo.com/sociedade/numero-dois-da-saude-diz-que-pf-podera-ir-hospitais-que-nao-informarem-dos-de-leitos-de-uti-1-24366228>

⁶² <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46730-censo-hospitalar-comeca-a-ser-realizado-para-internacoes-de-coronavirus>

14 de maio, já no fim da gestão do ministro Teich, apenas um terço dos estabelecimentos haviam respondido, e o MS não chegou a aplicar as sanções previstas nem mostrou intenção em fazê-lo⁶³.

No dia 19 de maio, já na gestão Pazuello, foi divulgada uma nota informativa com orientações para prestadores de como preencher os dados de ocupação hospitalar no sistema de notificação e-SUS. A pasta também lançou uma plataforma (www.gestaoleitos.saude.gov.br) com informações de ocupação obtidas no censo hospitalar, mas não foi divulgada publicamente ou visibilizada no site e nas falas ministeriais. Talvez em função da grande inconsistência dos dados e da baixa adesão dos estabelecimentos – o que na prática tornou a ferramenta pouco útil.

Os principais sistemas de informações do Ministério da Saúde sobre infraestrutura e produção assistencial – o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) – também passaram a registrar dados sobre os leitos de UTI para COVID-19 e produção hospitalar dos procedimentos relacionados. Como já demonstrado, os dados apresentados pelo MS de “Leitos UTI Adulto COVID - SUS” se referem apenas aos leitos habilitados do MS, excluindo outros leitos para COVID-19 mantidos por estados e municípios considerados não-SUS. Pode, ainda, haver uma duplicação na quantidade de alguns leitos, habilitados para COVID-19 e simultaneamente registrados como leitos de UTI I, II e III tradicionais. Em meio à pandemia, há uma grande chance de que a principal base de dados sobre infraestrutura de saúde no país tenha sido desorganizada.

Em junho de 2020, mais uma plataforma é

lançada pelo Ministério da Saúde, a Localiza SUS (www.localizasus.saude.gov.br). Entre os novos sistemas está o Painel de Leitos, com foco exclusivo na habilitação de leitos pelo MS, com algumas informações sobrepostas ao primeiro painel lançado e outras que pouco acrescentam, sem fonte de dados discriminadas e novamente sem possibilidade de análise temporal.

Vale destacar ainda a ausência significativa do tema dos leitos de internação e UTIs nos boletins epidemiológicos, inclusive durante os momentos onde diversos estados atravessavam a situação de colapso. Na grande maioria não há sequer menção ao tema. No sexto boletim, de três de abril, o MS informa que monitora leitos da rede pública e privada e recomenda para autoridades locais que se monitore a ocupação de leitos. No sétimo e no oitavo boletim, de seis e nove de abril, reconhece-se, sem maior detalhamento, que os leitos de UTI e internação não estão devidamente estruturados e nem existem em número suficiente para a fase aguda da epidemia.

O sétimo boletim associa o manejo das estratégias de distanciamento à ocupação dos leitos de UTI. No boletim nº 11, de 17 de abril, o plano de avaliação de risco para orientar mudanças nas medidas de distanciamento social leva em consideração incidência da COVID-19 e ocupação de leitos de UTI. A partir da gestão Teich, o tema desaparece definitivamente das publicações. Nos meses de junho e julho, a falta de dados confiáveis de ocupação hospitalar contrastou com a opção de diversos estados e municípios em usar o indicador para flexibilização do distanciamento social. O MS se manteve em silêncio sobre este assunto.

Respostas estaduais e municipais - Rio

⁶³ <https://noticias.uol.com.br/colunas/constanca-rezende/2020/05/14/dados-do-ministerio-da-saude-so-abrangem-um-terco-dos-hospitais.htm>

de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro teve um dos primeiros e mais intensos surtos de COVID-19 no país. No início de julho já eram cerca de 11.500 mortes, sendo mais de 6.600 só na capital. Entre os estados brasileiros, era o terceiro com mais mortes por milhão de habitantes: cerca de 615, atrás apenas do Ceará e Amazonas (CUNHA JR *et al.*, 2020). Ainda que a alta mortalidade não se explique apenas por problemas de atendimento, a escassez e desigualdade de acesso de leitos de internação e terapia intensiva certamente amplificaram as consequências da doença. Durante os meses de abril, maio e junho, o estado viveu um longo período de colapso do sistema de saúde – especialmente na região metropolitana da capital –, acompanhado pelo caos político e administrativo que dificultou a preparação, expansão e reorganização da rede hospitalar.

A falta de informações públicas abrangentes de acompanhamento da taxa de ocupação de leitos de UTI no estado e no município permitem poucas conclusões a partir deste indicador. Os dados da secretaria estadual consideram apenas os hospitais incluídos na regulação estadual, e não incluem os dados de municípios e do setor privado. Já os do município consideraram apenas a rede pública sob sua responsabilidade.

Dados do painel de monitoramento da Secretaria Estadual de Saúde⁶⁴ mostram que já no dia 18 de abril, data do primeiro registro divulgado, a fila de espera para um leito de UTI era de 125 pessoas e, para enfermaria, de 172. Também são desta data os

primeiros relatos na imprensa da escassez de vagas na rede municipal do Rio de Janeiro⁶⁵. No estado a situação só se estabilizou em meados de junho quando a fila de espera foi zerada no dia 12⁶⁶. O tempo de espera para uma UTI chegou ao pico em 4 de maio, quando cada novo paciente precisava aguardar uma média de 5,26 dias. O indicador só estabilizou abaixo de um dia também em junho.

As falhas na resposta do poder público no âmbito da assistência hospitalar contribuíram decisivamente para que muitas mortes evitáveis ocorressem. Além de problemas históricos anteriores nas redes hospitalares estadual, municipal e federal, houve falta de coordenação e cooperação entre os entes federativos, planejamento equivocado, com momentos e decisões que beiraram a omissão e a negligência. As diversas ações não apenas falharam em expandir efetivamente a capacidade hospitalar de atendimento para COVID-19, mas desorganizaram e fragilizaram ainda mais a rede hospitalar do estado e a gestão pública do SUS.

Tudo isso foi permeado e influenciado por graves problemas políticos. De início, houve embate direto entre governador e presidente. Posteriormente, com o avanço de investigações sobre esquemas de corrupção entre organizações sociais (OSs), houve problemas com fornecedores e secretaria estadual de saúde. Os escândalos envolvendo fraudes na compra de respiradores e na construção de hospitais de campanha levaram à demissão do ex-secretário Edmar Santos no dia 18 de maio, envolvido com o governador Wilson Witzel em denúncias graves. O

⁶⁴ GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Painel Coronavírus COVID-19. Disponível em: <<http://pai-nel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>>.

⁶⁵ MAGALHÃES. L. Coronavírus: Rio já tem fila de espera em UTIs da rede pública. Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 17 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/coronavirus-rio-ja-tem-fila-de-espera-em-utis-da-rede-publica-1-24377301>>.

⁶⁶ UOL/ESTADÃO CONTEÚDO. Rio zera fila de leitos para covid, mas mortes seguem em alta. 12 jun. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/06/12/rio-zera-fila-de-leitos-para-covid-mas-mortes-seguem-em-alta.htm>>.

sucessor ficou pouco mais de um mês até pedir demissão no dia 22 de junho sem apresentar soluções.

Reorganização e expansão da rede estadual e municipal

O planejamento para organização da rede hospitalar do Rio de Janeiro tem como referência a deliberação nº 6.118 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 16 de abril, que pactuou com os municípios o plano de contingência da secretaria estadual e definiu os hospitais e leitos municipais, estaduais e federais de referência para o enfrenta-

mento à pandemia (Tabela 20). Foram previstos 4.939 leitos, sendo 2.208 de UTI e 2.717 de internação. Dos hospitais estaduais e municipais que já existiam ou se expandiram, seriam reservados 1.168 leitos de UTI e 857 leitos de internação. Os demais seriam oriundos de hospitais de campanha, responsáveis principalmente pelas novas vagas em UTIs. O planejamento não inclui leitos municipais financiados exclusivamente com recursos próprios.

Tabela 20 – Plano de reorganização e expansão da oferta hospitalar pública no Estado do Rio de Janeiro, 16 de abril de 2020 (leitos existentes convertidos para COVID-19, leitos expansão COVID-19 em hospitais existentes, leitos em hospitais de campanha e editais)

Regional	Int. COVID	UTI COVID
Metropolitana I	1584	1322
Metropolitana II	350	305
Centro Sul	0	58
Baía Ilha Grande	129	30
Médio Paraíba	140	107
Baixada Litorânea	104	105
Norte	216	184
Noroeste	54	21
Serrana	140	76
Total	2.717	2.208

Fonte: Deliberação CIB-RJ Nº 6.118, de 16 de abril de 2020. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Ano XLVI – Nº74, terça-feira, 28 de abril de 2020.

Todavia, pouco saiu do papel. Antes da pandemia, o estado do Rio possuía 1.175 leitos de UTI no SUS e 2.803 destinados a planos de saúde, além de 21.011 leitos de enfermaria públicos e 11.445 privados, segundo dados do CNES. No dia 23 de junho, o Painel de Leitos e Insumos do MS mostrava apenas 1.247 leitos de UTI para o SUS, o que indica que poucas ações se concretizaram (ainda que não seja possível confirmar totalmente a validade dos dados ministeriais).

Um dos problemas que a secretaria estadual enfrentou foi a dificuldade para incorporar leitos municipais e federais que resistiam à inclusão no plano estadual de resposta. A deliberação nº 6.159 da CIB de 27 de abril definiu que todos os leitos habilitados e contratados para atendimento a pacientes com COVID-19 – bem como leitos já existentes e aptos nas redes municipal, estadual e federal – seriam exclusivamente regulados pela Central Estadual de Regulação (CER). No entanto, autorizou que novos

leitos mantidos e construídos com recursos próprios por municípios poderiam ser mantidos na regulação local. O plano de contingência foi atualizado dia 14 de maio com a deliberação nº 6.181 da CIB.

A habilitação dos leitos de UTI custeados pelo MS no estado foi lenta. Até o fim de maio, um dos meses mais graves da epidemia no estado, o Ministério da Saúde só havia habilitado 113 leitos de UTI. Apenas no dia 28 foram habilitados outros 410. Ao final de junho, 710 leitos foram habilitados, praticamente todos sob gestão municipal, em um momento de diminuição dos casos. Não se sabe de quem foi a responsabilidade pela demora, se decorrente de incompetência do estado na solicitação do auxílio, da relação conflituosa entre governo federal e estadual durante a pandemia, ou se foram questões internas do Ministério da Saúde.

Parte da expansão da rede estadual existente se baseou em contratos aditivos de expansão com organizações sociais que já prestam serviços à rede hospitalar estadual e municipal. É o que aconteceu, por exemplo nos hospitais Zilda Arns⁶⁷, em Volta Redonda, e Anchieta, na capital⁶⁸. No caso da

prefeitura do Rio, a iniciativa de maior destaque de expansão da rede própria foi o Hospital Ronaldo Gazola em Acari, administrado pela empresa pública Rio Saúde. Segundo a prefeitura, o hospital seria ampliado progressivamente até chegar a 381 leitos, 200 deles de UTI⁶⁹, porém no dia 18 de maio eram apenas 150 vagas de internação e 80 de UTI⁷⁰. Também houve a expansão de 65 leitos de UTI distribuídos em outros hospitais municipais⁷¹.

As dificuldades de todos os níveis de gestão não se relacionam apenas a expandir a rede, mas também de manter o que já existia funcionando. No fim de abril, logo no início do período de colapso do sistema de saúde, a imprensa noticiou cerca de 1840 leitos impedidos por falta de pessoal e equipamentos: 472 deles impedidos na rede da prefeitura, 196 no estado, 823 na rede federal e 349 em hospitais universitários⁷². No estado, os problemas com as OSs também atingiram serviços que tiveram contratos não renovados ou suspensos⁷³, ou ainda gestão transferida para a Fundação Estadual, com atrasos de repasses e pagamentos de salários⁷⁴. Em julho, as atividades do Hospital Adão Pereira Nunes foram

⁶⁷ Edital SUBEXEC 04/2020

⁶⁸ Edital SUBEXEC 01/2020

⁶⁹ PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio abre mais 10 novos leitos de UTI no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, referência para tratar covid-19. 16 abr. 2020. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/cidade/prefeitura-do-rio-abre-mais-10-novos-leitos-de-uti-no-hospital-municipal-ronaldo-gazolla-referencia-para-tratar-covid-19/>>.

⁷⁰ G1. Hospitais do Riocentro e Ronaldo Gazolla têm déficit de quase 200 leitos de UTI. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/videos/t/todos-os-videos/v/hospitais-do-riocentro-e-ronaldo-gazolla-tem-deficit-de-quase-200-leitos-de-uti/8560957/>>.

⁷¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Plano de Abertura de Leitos SRAG da Rede Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2d19b481-d202-43b8-a8a7-e07174fadf36>>.

⁷² GALDO, R. Coronavírus: apesar do colapso da saúde, município do Rio tem 1840 leitos públicos fechados. O Globo, Rio de Janeiro, 30 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/coronavirus-apesar-do-colapso-da-saude-municipio-do-rio-tem-1840-leitos-publicos-fechados-24402403>>.

⁷³ ALTINO, L. Em meio à pandemia, três mil profissionais de saúde estão com salários atrasados após suspensão de repasses do governo do Rio. O Globo, Rio de Janeiro, 23 jun. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/em-meio-pandemia-tres-mil-profissionais-de-saude-estao-com-salarios-atrasados-apos-suspensao-de-repasses-do-governo-do-rio-1-24494803>>.

⁷⁴ CASTRO, N. Profissionais de nove unidades de saúde do RJ estão com salários atrasados. O Globo, Rio de Janeiro, 23 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/23/profissionais-de-unidades-de-saude-do-rj-estao-com-salarios-atrasados.ghtml>>.

suspensas pela organização social que administrava o hospital⁷⁵. No município, a empresa municipal Rio Saúde teve grandes dificuldades para contratar pessoal para hospitais de campanha e da rede federal.

Hospitais de Campanha

Com relação aos hospitais de campanha e modulares (Tabela 6), o estado anunciou no início do março⁷⁶ a construção de 1.800 leitos a serem entregues no fim de abril. A modalidade usada pelo governo estadual para viabilizar seis hospitais de campanha (Maracanã, Duque de Caxias, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Campos, Casimiro de Abreu) foi através de organizações sociais (OSs) para construir e gerir as estruturas por seis meses. Em contratação emergencial⁷⁷, selecionou o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas) para construir e gerir 1.400 leitos, em um contrato no valor de R\$836 milhões, R\$139 milhões mensais. Outros dois hospitais seriam construídos pelo governo estadual: em Nova Friburgo⁷⁸, região serrana, com 100 leitos; em Nova Iguaçu, expansão do Hospital Modular, com 300 leitos, 120 de UTI⁷⁹.

O imbróglio envolvendo a construção dos hospitais começou em abril, quando os prazos iniciais de entrega começaram a ser postergados. Após a exoneração de dois subsecretários ligados ao processo de contratação emergencial, aumentaram as suspeitas de fraudes no processo de seleção. Em maio, um deles foi preso e vinculou diretamente o secretário de saúde Edmar Santos ao caso, que foi exonerado no dia 18 pelo governador Wilson Witzel⁸⁰. Ao longo dos meses de maio e junho, investigações revelaram esquemas ilícitos na Secretaria Estadual, que levaram à abertura de um processo de *impeachment* contra o governador e a prisão de Edmar⁸¹.

No início de junho, o novo secretário Fernando Ferry afastou a OS Iabas da construção, administração e gestão dos hospitais de campanha e a responsabilidade foi repassada para a Fundação Estadual de Saúde. Apesar de críticas aos contratos anteriores, manteve a promessa de inauguração das unidades atrasadas, ainda que com menor tamanho. Após um estudo interno indicando que os cinco hospitais que

⁷⁵ G1 RIO. OS Iabas anuncia suspensão de atividades no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, no RJ. 15 jul. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/15/os-iabas-anuncia-suspensao-de-atividades-no-hospital-estadual-adao-pereira-nunes-no-rj.ghtml>>.

⁷⁶ CORREA, D. Rio terá mais 1.800 leitos em hospitais de campanha até final de abril. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 31 mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/rio-tera-mais-1800-leitos-em-hospitais-de-campanha-ate-final-de-abril>>.

⁷⁷ SEABRA, C., NOGUEIRA, I. Responsável por hospitais de campanha em RJ e SP tem histórico de má gestão. Folha de São Paulo, São Paulo, 08 abr. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/responsavel-por-hospitais-de-campanha-em-rj-e-sp-tem-historico-de-ma-gestao.shtml>>.

⁷⁸ CORSON, J. Nova Friburgo, RJ, vai receber hospital de campanha para tratamento do coronavírus. G1, Rio de Janeiro, 08 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/regiao-serrana/noticia/2020/04/08/nova-friburgo-rj-vai-receber-hospital-de-campanha-para-tratamento-do-coronavirus.ghtml>>.

⁷⁹ ROSAS, R. Rio inicia obras de hospital de campanha em Nova Iguaçu. Valor Econômico, Rio de Janeiro, 15 abr. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/04/15/rio-inicia-obras-de-hospital-de-campanha-em-nova-iguacu.ghtml>>.

⁸⁰ ALTINO, L. et al. Edmar Santos sai da Secretaria de Saúde em meio a denúncias de fraude na compra de respiradores. O Globo, Rio de Janeiro, 17 mai. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/edmar-santos-sai-da-secretaria-de-saude-em-meio-denuncias-de-fraude-na-compra-de-respiradores-24431827>>.

⁸¹ CRISTINE, M. Ex-secretário Edmar Santos é suspeito de liderar esquema de irregularidades na Saúde. O Globo, Rio de Janeiro, 10 jul. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/ex-secretario-edmar-santos-suspeito-de-liderar-esquema-de-irregularidades-na-saude-24525505>>.

faltavam não seriam concluídos, pediu demissão⁸². Os únicos inaugurados foram o hospital do Maracanã (50 UTIs e 120 enfermarias, menos da metade do total previsto), no dia 9 de maio⁸³, e o de São Gonçalo, no dia 18 de junho (20 leitos de UTI e 20 de internação)⁸⁴. Os de Nova Iguaçu chegaram a ficar prontos, mas não foram inaugurados porque a rede não mais estava saturada⁸⁵.

Tabela 21 - Planejamento de expansão através de hospitais de campanha e modulares no estado do Rio de Janeiro.

Hospital	Município	Tipo	Gestão	Leitos Int.	Leitos UTI	Entrega*
Maracanã	Rio de Janeiro	Campanha	E	240	160	Maio (parcial)
Parque Olímpico	Rio de Janeiro	Campanha	E	150	50	Maio
Leblon	Rio de Janeiro	Campanha	E	100	100	Maio
Riocentro*	Rio de Janeiro	Campanha	M	400	100	Maio (parcial)
Santa Cruz*	Rio de Janeiro	Campanha	M	100	0	Cancelado
Clube Mauá	Duque de Caxias	Campanha	E	120	80	Não entregue
Aeroclube	Nova Iguaçu	Campanha	E	180	120	Não entregue
Alberto Torres	São Gonçalo	Campanha	E	120	80	Junho/parcial
Centro	Campos	Campanha	E	60	40	Cancelado
Hospital Regional	Casimiro de Abreu	Campanha	E	60	40	Cancelado
Fiocruz	Rio de Janeiro	Novo	F	0	200	Maio
Expansão Modular	Nova Iguaçu	Novo	E	270	30	Não entregue
SESI	Nova Friburgo	Campanha	E	60	40	Não entregue
TOTAL				1860	1.040	

Fonte: Deliberação CIB-RJ Nº 6.118, de 16 de abril de 2020. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Ano XLVI – Nº74, terça-feira, 28 de abril de 2020. *Informações obtidas na imprensa (não incluídos no plano estadual pactuado na CIB).

Outros dois hospitais de campanha do estado tiveram a construção financiada pela iniciativa

⁸² O GLOBO. Fernando Ferry deixa cargo de secretário de Saúde do Rio: “Tentei resolver os graves problemas”. Rio de Janeiro, 22 jun. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/fernando-ferry-deixa-cargo-de-secretario-de-saude-do-rio-tentei-resolver-os-graves-problemas-24491884>>.

⁸³ G1 RIO DE JANEIRO. Hospital de campanha no Maracanã para pacientes com Covid-19 é inaugurado. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/09/hospital-de-campanha-no-maracana-para-pacientes-com-covid-19-e-inaugurado.ghtml>>.

⁸⁴ G1 RIO DE JANEIRO. Secretário de Saúde do RJ diz que espera uma 2ª onda de contaminação pelo coronavírus após flexibilização. Rio de Janeiro, 18 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/18/hospital-de-campanha-de-sao-goncalo-e-inaugurado-com-mais-de-um-mes-e-meio-de-atraso.ghtml>>.

⁸⁵ O DIA. Hospitais de Campanha e Modular de Nova Iguaçu ficam na retaguarda. Rio de Janeiro, 08 jul. 2020. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/o-dia-na-baixada/2020/07/5947327-hospitais-de-campanha-e-modular-de-nova-iguacu-ficam-na-retaguarda.html>>.

privada⁸⁶. O primeiro deles, no Leblon, com cem leitos de UTI e outros cem de internação, foi inaugurado com apenas 30 leitos⁸⁷, mas concluído em meados de maio. Foi custeado por um grupo de empresas que incluem Rede D'Or, Bradesco Seguros, Lojas Americanas, Banco Safra e Instituto Brasileiro de Petróleo, Gás e Biocombustíveis (IBP), com investimento de R\$45 milhões (com R\$25 milhões vindos da Rede D'Or) e prazo de cessão de quatro meses. O segundo, no Parque dos Atletas, na Barra da Tijuca, com 200 leitos, sendo 50 de UTI, foi inaugurado dia 11 de maio com cem leitos, e chegou à capacidade total no dia 22 de maio⁸⁸. Os financiadores do investimento de R\$50 milhões são Rede D'Or, Sul América Seguros, fundo Mubadala, da Vale do Rio Doce, Banco BV, Procter & Gamble, Qualicorp, Stone e Movimento União Rio.

A prefeitura do Rio de Janeiro construiu um hospital de campanha no Riocentro, na Barra da Tijuca, com capacidade de 500 leitos (cem de UTI) ao custo de R\$8 milhões, com apoio do governo federal e das forças armadas⁸⁹, gerido pela empresa pública Rio Saúde. Foi inaugurado em maio com cem leitos⁹⁰, e no início de julho chegou a 75% da capacidade prevista. O hospital com leitos de internação previsto para Santa Cruz não saiu do papel.

De modo geral, tanto a prefeitura quanto o governo estadual, por meio de organizações sociais

ou empresas e fundações públicas, tiveram grandes dificuldades para contratação de profissionais com salários baixos e precários, e para adquirir respiradores para as novas unidades. No início de julho, foi preciso lidar com um novo problema: o que fazer com os hospitais de campanha que não ficaram prontos a tempo no momento mais agudo da pandemia, e que começaram ficar vazios.

Utilização de leitos privados

A utilização de leitos privados para expandir a rede pública foi uma medida pouco explorada no Rio de Janeiro, e, quando foi tentada, não foi bem sucedida. A principal iniciativa do estado foi a abertura de uma chamada para mil leitos de internação e outros mil de UTI de prestadores privados, no dia 9 de abril⁹¹. Os valores médios de remuneração por diária foram R\$1.143,17 e R\$2.331,67, respectivamente – bem acima do que geralmente é pago no SUS e pelo próprio MS na pandemia. Todavia, a iniciativa fracassou e pouco mais de 10% das vagas foram preenchidas, segundo informações obtidas com funcionários da secretaria. A prefeitura também publicou um edital para contratação de mil leitos de

⁸⁶ PLATONOW, V. Rio terá mais dois hospitais de campanha com ajuda de empresas. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 13 abr. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/rio-tera-mais-dois-hospitais-de-campanha-com-ajuda-de-empresas>>.

⁸⁷ CORRÊA, D. Rio inaugura hospital de campanha em parceria com a iniciativa privada. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 25 abr. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/rio-inaugura-hospital-de-campanha-em-parceria-com-iniciativa-privada>>.

⁸⁸ NITAHARA, A. Rio vai receber terceiro hospital de campanha para covid-19. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 08 mai. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/rio-vai-receber-terceiro-hospital-de-campanha-para-covid-19>>.

⁸⁹ O DIA. 'Hospital de campanha no RioCentro fica pronto esta semana', diz secretário. Rio de Janeiro, 14 abr. 2020. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2020/04/5899581—hospital-de-campanha-no-riocentro-fica-pronto-esta-semana---diz-secretario.html>>.

⁹⁰ ABDALA, V. Prefeitura do Rio inaugura leitos no hospital de campanha no Riocentro. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 01 mai. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/prefeitura-do-rio-inaugura-leitos-no-hospital-de-campanha-no-riocentro>>.

⁹¹ Editais 05/2020 e 06/2020 da SUBEXEC/SES RJ

UTI privados no dia 23 de abril⁹², com remuneração de R\$1.600 mais R\$1.500 adicionais para tratamento de COVID-19.

Ambos os editais não estavam incluídos nas previsões do plano de contingência. A baixa adesão aos editais pode estar relacionada aos valores de remuneração oferecidos. Apesar de serem superiores aos valores pagos tradicionalmente pela tabela SUS, ainda ficaram abaixo do que se paga a prestadores na rede privada, onde a diária média no Brasil era de quase R\$ 3.900 reais. Mas também não deve ser descartada uma deliberada não adesão de prestadores, mesmo quando tinham capacidade ociosa.

Vale destacar que 70% dos leitos de UTI do estado eram destinados aos planos de saúde antes da pandemia. Durante o mês de maio, a taxa de ocupação dos hospitais privados esteve acima de 85% e chegou a um pico de 93%⁹³, segundo a Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro (AHERJ). No entanto, a rede privada teve período de saturação bem menor que a rede pública e não chegou à situação de colapso. Não houve acompanhamento ou divulgação sistemática da ocupação dos hospitais privados pelo poder público e os dados

informados por hospitais privados são pouco confiáveis, o que deixa dúvidas sobre quanto da capacidade privada foi de fato utilizada na pandemia.

Com o fracasso dos editais e o baixo interesse de prestadores privados, a alternativa da utilização de leitos privados acabou ignorada, apesar de recomendações da Fiocruz⁹⁴, da UFRJ⁹⁵ e do Ministério Público do Rio de Janeiro⁹⁶ indicando a necessidade de se unificar a regulação do acesso aos leitos de UTI. A possibilidade de requisição administrativa foi descartada pelo prefeito Marcelo Crivella ainda em abril. O governador Wilson Witzel ventitou a possibilidade no dia 8 de maio, quando chegou a avisar entidades representativas de hospitais privados que publicaria um decreto nessa direção⁹⁷, o que não aconteceu. O secretário Ferry chegou a cogitar⁹⁸ a contratação de leitos privados em substituição dos hospitais de campanha que não estavam prontos, mas a ideia também se efetou.

Em audiência pública na assembleia legislativa, uma ex-subsecretária afirmou que o planejamento técnico previa inicialmente a ativação de todos os leitos da rede pública, seguida pela contratação de leitos privados e, apenas em último caso, hospitais de

⁹² PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio publica edital para contratação de mil leitos de UTI na rede privada. 23 abr. 2020. Disponível em: <<https://prefeitura.rio/saude/prefeitura-do-rio-publica-edital-para-contratacao-de-mil-leitos-de-uti-na-rede-privada/>>.

⁹³ ALVES, R., BARREIRA, G. Ocupação de UTI na rede privada do Rio cai para 75%, mas médicos temem 'retomada'. G1, Rio de Janeiro, 09 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/09/ocupacao-de-uti-na-rede-privada-do-rio-cai-para-75percent-mas-medicos-temem-retomada.ghtml>>.

⁹⁴ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A evolução da Covid-19 no estado do Rio de Janeiro: desafios no enfrentamento da crise sanitária e humanitária relacionada à pandemia. Rio de Janeiro, 06 mai. 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u91/relatorio_distanciamentosocial.pdf>.

⁹⁵ UFRJ. UFRJ recomenda *lockdown* no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 08 mai. 2020. Disponível em: <<https://ufrj.br/noticia/2020/05/08/ufrj-recomenda-lockdown-no-estado-do-rio-de-janeiro>>.

⁹⁶ CARDOSO, M. Rede privada de saúde no Rio está com 90% dos leitos de UTI ocupados. O Dia, Rio de Janeiro, 10 mai. 2020. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2020/05/5913602-rede-privada-de-saude-no-rio-esta-com-90-dos-leitos-de-uti-ocupados.html#foto=1>>.

⁹⁷ CORREA, D. Governo do Rio entrega segundo hospital de campanha. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 09 mai. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/governo-do-rio-entrega-segundo-hospital-de-campanha>>.

⁹⁸ SARAIVA, A. Witzel diz que fila de UTI caiu de 1,5 mil para 308 no Rio de Janeiro. Valor Econômico, Rio de Janeiro, 25 mai. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/05/25/witzel-diz-que-fila-de-uti-caiu-de-15-mil-para-308-no-rio-de-janeiro.ghtml>>.

campanha – porém sem a utilização de OS⁹⁹. Em outras palavras, é possível que um dos motivos pelos quais os leitos privados não foram utilizados tenha sido os interesses particulares envolvidos na construção dos hospitais de campanha.

De fato, a alternativa poderia ter salvado inúmeras vidas. Com uma diária hipotética de R\$2.500 por leito de UTI, seria possível indenizar a requisição de todos os cerca de 2.700 leitos de UTI privados do estado ao custo de R\$210 milhões mensais. A título de comparação, no contrato inicial do estado com a OS labas, estavam previstos R\$836 milhões distribuídos em quatro meses.

Hospitais federais e universitários

A rede de hospitalar federal do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro engloba seis hospitais e três institutos com mais de 2.500 leitos, muitos de alta complexidade e com respiradores. Todavia, a situação durante a pandemia foi bastante crítica. O Hospital Federal de Bonsucesso desativou um prédio utilizado para transplantes com 250 leitos em 27 de março e informou que seriam abertos 233 leitos de UTI para COVID-19, o que não ocorreu. Além disso, nenhum dos hospitais federais atendia casos de COVID-19, apesar de terem desmarcado cirurgias eletivas – e havia uma deficiência significativa no quadro de profissionais¹⁰⁰.

Ações do Ministério Público e da defensoria pública¹⁰¹ cobraram medidas sobre a crise de recursos humanos e materiais e sobre a inserção dos leitos federais na regulação estadual, que também havia sido solicitada pelo governo estadual. No dia 23 de abril, uma decisão da justiça federal determinou a disponibilização dos leitos livres dos hospitais federais para a rede estadual¹⁰². A decisão também exigia informações sobre o número de leitos em todos os hospitais da rede e pedia esclarecimentos ao MS sobre a carência no quadro profissional, o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs), e sobre as unidades hospitalares móveis do exército brasileiro.

No dia 28 de abril¹⁰³, o MS informou que cederia os leitos dos hospitais federais, mas não como referência para tratamento de COVID-19 – estariam apenas na retaguarda do conjunto da rede. E que a prefeitura do Rio de Janeiro, em acordo com o MS, contrataria pessoal para o Hospital de Bonsucesso e do Fundão através da empresa municipal Rio Saúde. No início de maio, havia mais de mil leitos bloqueados na rede por falta de profissionais. No auge da pandemia, o Instituto Nacional de Traumatologia (INTO), unidade de excelência, tinha várias alas vazias. Diversas unidades sequer foram organizadas internamente

⁹⁹ UOL/AGÊNCIA BRASIL. Em depoimento, ex-subsecretária do Rio aponta irregularidades na Saúde. São Paulo, 09 jul. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-brasil/2020/07/09/em-depoimento-ex-subsecretaria-do-rio-aponta-irregularidades-na-saude.htm>>.

¹⁰⁰ PINTO, P. Defensoria Pública aponta inoperância do Ministério da Saúde na covid-19. Poder 360, Brasília, 08 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/defensoria-publica-aponta-inoperancia-do-ministerio-da-saude-na-covid-19/>>.

¹⁰¹ MPF/RJ. Informe n.2 - 24/03/2020 a 06/4/2020. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/INFORME%20%20OF%20SAUDE%20COVID.pdf>>.

¹⁰² CALLEGARI, C. Coronavírus: Justiça federal determina repasse em 48 horas de leitos em hospitais federais para pacientes de outras unidades. O Globo, Rio de Janeiro, 23 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/2272-coronavirus-justica-federal-determina-repasse-em-48-horas-de-leitos-em-hospitais-federais-para-pacientes-de-outras-unidades-24389091>>.

¹⁰³ FURTADO, T. Coronavírus: Hospitais federais do Rio não terão leitos exclusivos para pacientes de COVID-19 da rede pública. O Globo, Rio de Janeiro, 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/coronavirus-hospitais-federais-do-rio-nao-terao-leitos-exclusivos-para-pacientes-de-covid-19-da-rede-publica-24398042>>.

para isolar pacientes com suspeita de COVID-19, tratando-os junto a pacientes outros diagnósticos¹⁰⁴.

No fim do mês, os contratos temporários de mais de 4.100 funcionários estiveram prestes a expirar, mas foram prorrogados através de medida provisória (MP) por mais seis meses. Mesmo com a falta de profissionais, foram demitidas cerca de 400 pessoas¹⁰⁵. O caos administrativo do MS na rede federal, que se arrasta há anos, comprometeu seriamente a resposta à pandemia no estado.

Nos hospitais universitários, a ampliação da rede contou principalmente com doações privadas. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por exemplo, o maior esforço de expansão do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho partiu da mobilização de R\$10 milhões em doações de um grupo de empresas para abertura de 60 leitos de UTI, que aguardam a contratação de profissionais pela prefeitura para funcionar¹⁰⁶. No caso do Hospital Pedro Ernesto, vinculado à UERJ, a viabilização de dez dos novos leitos foi através de doações¹⁰⁷, mas a meta de abrir 120 leitos de UTI no fim de abril também não

foi cumprida por falta de equipamentos. O hospital destinou 60 leitos para COVID-19¹⁰⁸.

Contudo, uma das boas notícias foi a inauguração, em 19 de maio, de um hospital da Fiocruz com 195 leitos de alta complexidade para COVID-19, que permanecerão como legado para a rede após a pandemia sob responsabilidade do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. O valor da obra foi de R\$140 milhões e a contratação de pessoal se deu através da Fiotec, fundação de apoio da Fiocruz^{109, 110}.

Respostas estaduais e municipais - São Paulo

O estado de São Paulo foi um dos primeiros e maiores epicentros da doença. No fim de junho, eram cerca de 15 mil mortos e quase de 290 mil casos confirmados¹¹¹. Durante o mês de maio, a região metropolitana enfrentou a saturação da capacidade

¹⁰⁴ JORNAL NACIONAL. Leitos de hospitais federais do RJ estão parados por falta de profissionais da saúde. Rio de Janeiro, 09 mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/05/09/leitos-de-hospitais-federais-do-rj-estao-parados-por-falta-de-profissionais-da-saude.ghml>>.

¹⁰⁵ SISTON, R. Profissionais da rede federal são demitidos. O Dia, Rio de Janeiro, 06 jun. 2020. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2020/06/5928130-profissionais-da-rede-federal-sao-demitidos.html#foto=1>>.

¹⁰⁶ HOSPITAL UNIVERSTÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. Coronavírus: Mais leitos para atender a população. UFRJ, Rio de Janeiro, 23 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1545-coronavirus-mais-leitos-para-atender-a-populacao>>.

¹⁰⁷ UERJ. Hupe abre novos leitos de CTI para tratamento de pacientes infectados com coronavírus. Rio de Janeiro, 03 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.uerj.br/noticia/hupe-abre-leitos-de-cti-para-tratamento-de-pacientes-infectados-com-coronavirus/>>.

¹⁰⁸ AZEVEDO, A. Falta de equipamentos impede abertura de vagas no Pedro Ernesto para pacientes com COVID-19. O Globo, Rio de Janeiro, 01 mai. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/falta-de-equipamentos-impede-abertura-de-vagas-no-pedro-ernesto-para-pacientes-com-covid-19-1-24405753>>.

¹⁰⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde destina R\$ 144 milhões para construção de Centro Hospitalar na Fiocruz. Brasília, 27 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46615-saude-destina-r-144-milhoes-para-construcao-de-centro-hospitalar-na-fiocruz>>.

¹¹⁰ FIOCRUZ. Fiocruz constrói novo centro hospitalar e investe em ensaios clínicos com OMS. Rio de Janeiro, 27 mar. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-constroi-novo-centro-hospitalar-e-investe-em-ensaios-clinicos-com-oms>>.

¹¹¹ RODRIGUES, A., MENON, I. SP fecha junho com 15 mil mortes por Covid, dentro do avanço previsto, diz governo de SP. Folha de São Paulo, São Paulo, 01 jul. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/07/sp-fecha-junho-com-15-mil-mortes-e-fica-dentro-da-previsao-diz-governo-de-sp.shtml>>.

hospitalar, beirando o colapso¹¹². Todavia, já no início de junho o sistema de saúde foi considerado fora de risco por autoridades sanitárias¹¹³, parte em função do sucesso na execução de uma estratégia de ampliação da oferta hospitalar.

A expansão foi de fato significativa. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, distintos das fontes oficiais do MS, no início de julho havia cerca de nove mil leitos de UTI SUS do estado, muito mais do que os cerca 3.500 de antes da pandemia e do que havia sido previsto inicialmente no plano de contingência de abril. O sucesso na expansão de leitos foi também um dos argumentos que subsidiaram as opções de reabertura mesmo com o crescimento de internações¹¹⁴ – como se o avanço da crise sanitária pudesse ser compensado com a expansão de leitos.

Ainda assim, no mês de junho a interiorização da pandemia preencheu todos os leitos de UTI em municípios como Campinas, Ribeirão Preto, Sorocaba, São José do Rio Preto e Rio Claro, mesmo que a rede estadual não tenha chegado a um momento simultâneo de saturação total¹¹⁵. A abertura acelerada levou várias cidades do interior a retroceder nos seus planos de reabertura em função

da alta ocupação hospitalar.

É difícil analisar precisamente qual foi a tendência geral de ocupação no estado e na capital, já que os dados da prefeitura consideravam apenas os hospitais sob gestão municipal e contratualizados, sem incluir leitos privados e estaduais. Já a secretaria estadual apresenta dados globais somente para leitos de UTI destinados à COVID-19, e não é possível acompanhar a evolução temporal ou a distribuição entre leitos SUS e não-SUS. Ambos tiveram iniciativas para coleta de informações de ocupação dos hospitais¹¹⁶ – assim é possível que haja informações mais detalhadas e precisas que não foram divulgadas.

Reorganização e expansão da rede estadual e municipal

O plano de contingência da secretaria estadual¹¹⁷ de 3 de abril elenca as medidas prevista para organização da rede hospitalar: suspensão de cirurgias eletivas, destinação de leitos clínicos e de UTI para COVID-19, aceleração do processo de habilitação de novos leitos clínicos em hospitais existentes e hospitais de campanha, e que em caso extremo leitos de internação serão adaptados para receber pacientes que necessitem de terapia intensiva.

A deliberação da Comissão Intergestora Biparte-

¹¹² BOND, L. Sistema de saúde em São Paulo pode entrar em colapso em 15 dias. Agência Brasil, São Paulo, 17 mai. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2020-05/sistema-de-saude-em-sao-paulo-pode-entrar-em-colapso-em-15-dias>>.

¹¹³ UOL. São Paulo não teve mortes por colapso do sistema de saúde, diz Gabbardo. São Paulo, 05 jun. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/05/sao-paulo-nao-teve-mortes-por-colapso-do-sistema-de-saude-diz-gabbardo.htm>>.

¹¹⁴ GOMES, R. Doria ignora alta de internações em UTI e diz ‘estar pronto’ para segunda onda de covid-19. Rede Brasil Atual, São Paulo, 15 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/06/internacoes-uti-doria-sao-paulo/>>.

¹¹⁵ TOMAZELA, J. Lotados, hospitais no interior de SP já recusam novas internações. Estado de São Paulo, São Paulo, 18 jun. 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,lotados-hospitais-no-interior-de-sp-ja-recusam-novas-internacoes,70003336623>>.

¹¹⁶ RIBEIRO, T. Decreto obriga hospitais públicos e privados de SP a informar lotação das UTIs. Agora São Paulo, São Paulo, 16 abr. 2020. Disponível em: <<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/04/decreto-obriga-hospitais-publicos-e-privados-de-sp-a-informar-lotacao-das-utis.shtm>>.

¹¹⁷ SECRETARIA DE SAÚDE DE SP. Plano de contingência do estado de São Paulo para infecção humana pelo novo coronavírus – SARS-CoV-2. São Paulo, abr. 2020. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/versao_final_finalplano_de_contigencia_03_04_rev_3.pdf>.

(CIB) nº 25 de 2020¹¹⁸ explicita a organização da rede em quatro categorias. A primeira é de hospitais exclusivos para COVID-19. A segunda, de hospitais não-COVID-19, que por suas características não devem receber encaminhamentos. A terceira categoria é de hospitais destinados preferencialmente à COVID-19, que sejam referência para encaminhamento pela regulação, mas mantendo o atendimento de outras especialidades. A última categoria é de hospitais preferencialmente não-COVID-19 – que em princípio não receberão pacientes com a doença, mas poderão ser acionados em caso de esgotamento da rede.

No anexo do plano de contingência há um detalhamento da expansão e organização da assistência hospitalar no estado, incluindo as redes estadual e municipal (Tabela 22). Em sua atualização do dia 24 de abril¹¹⁹, consta a destinação de 10.176 leitos clínicos para tratamento exclusivo da COVID-19 via SUS, sendo 4.164 já existentes na rede mais 6.012 de expansão. Destes leitos, 3.568 estão em hospitais de campanha e os demais em hospitais prestadores do SUS, públicos e privados.

Com relação aos leitos de UTI, foram anunciados 3.835, sendo 1.062 deles reservados para COVID-19 – além de uma expansão de 2.773 novos leitos (459 em hospitais de campanha e os demais em hospitais públicos e privados que já faziam parte da rede SUS, custeados com recursos do MS). A secretaria estadual de saúde também informou que havia outros 1.765 leitos de UTI de expansão, a depender da viabilização de novos equipamentos e

de recursos humanos.

Observamos que a estratégia do estado de SP passou, principalmente, pela utilização ou adaptação dos leitos já existentes na rede pública e privada e uma quantidade menor em hospitais de campanha, que serviram como leitos de baixa complexidade, acompanhamento e triagem. Posteriormente, também foram contratados leitos privados, que também não estão neste planejamento.

Tabela 22 - Planejamento de expansão e reorganização da assistência hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para COVID-19, em 24 de abril de 2020

¹¹⁸ DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Nota Técnica CIB - Orientações para construção da grade de referência de urgência e emergência no contexto da COVID-19. São Paulo, 08 abr. 2020. Disponível em: <<http://sis-tema4.saude.sp.gov.br/gpad/arquivos/deliberacao-55631.pdf>>.

¹¹⁹ GOVERNO DE SP. Mapa de leitos COVID-19. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage-new/outros-destaques/covid-19/delib_cib_planilha_covid_09_04_2020.pdf>.

Regional	Clínicos/ SUS	Clínicos/ COVID	Clínicos/ ex- pansão	UTI SUS	UTI CO- VID	UTI adulto expan- são MS	UTI adulto ex- pansão
Grande SP	6044	1522	3577	1714	612	1454	1078
Araçatuba	385	166	266	50	-	30	49
Araraquara	427	164	23	72	43	36	2
Baixada San- tista	574	102	720	142	41	203	18
Barretos	286	90	16	55	-	46	-
Bauru	1134	348	126	141	41	57	79
Campinas	1273	556	319	281	150	399	110
Franca	302	44	26	44	-	30	-
Marília	690	204	90	133	-	85	32
Piracicaba	369	50	42	111	-	66	2
P. Prudente	523	203	80	70	25	20	25
Registro	60	-	70	9	-	10	-
Ribeirão Preto	650	156	61	106	48	92	62
S. João B. Vista	402	-	163	44	-	40	83
S. J. Rio Preto	891	208	199	208	60	125	58
Sorocaba	750	-	98	121	-	34	-
Taubaté	875	351	136	186	42	122	133
Total	15.635	4.164	6.012	3.487	1.062	2.773	1.765
		Total Covid: 10.176			Total Covid: 3.835		

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage-new/outros-destaques/covid-19/delib_cib_planilha_covid_09_04_2020.pdf. Acesso em 25/04/2020

Com relação à habilitação de vagas por parte do Ministério da Saúde, dos 2.773 leitos de UTI solicitados até dia 23 de abril, somente 94 haviam sido habilitados¹²⁰. No entanto, em 28 de maio já eram 2.074, número que se manteve até o fim de junho. Isto quer dizer que as habilitações cresceram

rapidamente no mês de maior dificuldade. Outro

fator que permitiu a expansão da rede em tempo hábil foi a aquisição bem sucedida de respiradores, diferente de diversos estados que não conseguiram. Até oito de junho a secretaria estadual havia entregue¹²¹.

Hospitais de Campanha

Quanto aos hospitais de campanha (Tabela 23), o

¹²⁰ GOVERNO DE SP. Em conferência com Ministro da Saúde, SP reforça pedido à habilitação de leitos de UTI. São Paulo, 30 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.portaldenoticias.saude.sp.gov.br/em-conferencia-com-ministro-da-saude-sp-reforca-pedido-a-habilitacao-de-leitos-de-uti/>>.

¹²¹ GOVERNO DE SP. Doria acompanha triagem de 650 novos respiradores importados. São Paulo, 07 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/sala-de-imprensa/release/doria-acompanha-triagem-de-650-novos-respiradores-importados/>>.

plano de contingência estadual previa 27 unidades, a maioria sob gestão municipal, totalizando 4.027 leitos – 459 deles em UTIs. Ou seja, cerca de 90% dos leitos em hospitais de campanha são de internação para casos de média e baixa complexidade. A maior parte tem menos de cem leitos, possuem poucas vagas de UTI (entre 5 e 20) ou mesmo nenhuma. A estratégia adotada no estado foi a de priorizar o atendimento dos casos graves nos hospitais públicos, enquanto os hospitais de campanha

serviram como retaguarda. Outra diferença é que a maior parte das iniciativas é de responsabilidade das gestões municipais.

Dez dos hospitais de campanha possuem mais de cem leitos, a maior parte na região metropolitana e no município de SP. Um concentra quase metade dos leitos de internação da modalidade de campanha (Complexo do Anhembi em São Paulo – 1700), e dois hospitais são específicos para alta complexidade (Vila Brasilândia e Antônio Carlos – 270 leitos de UTI).

Tabela 23 - Planejamento de expansão da rede hospitalar através de hospitais de campanha no estado de São Paulo, 24 de abril de 2020

Hospital	Município	Gestão	Leitos Int.	Leitos UTI	Entrega
Guarulhos	Guarulhos	M	70	10	Abril
Pedro Dell Antonia	Santo André	M	160	20	Abril
Estádio Bruno Daniel	Santo André	M	110	10	Abril
UFABC	Santo André	M	90	10	Maio
São Caetano do Sul	S. C. do Sul	M	100	10	Abril
Cotia	Cotia	M	36	6	Abril
Pacaembu	São Paulo	M	200	10	Abril
Anhembi	São Paulo	M	1700	70	Abril
V. Brasilândia – Exp.	São Paulo	M	0	150	Maio
Bela Vista – Exp.	São Paulo	M	0	120	Abril
Ibirapuera	São Paulo	E	268	0	Maio
Consórcio DRS	Penápolis	M	20	10	Maio
Guarujá	Guarujá	M	50	0	Maio
Peruíbe	Peruíbe	M	22	0	Maio
Falcão	Praia Grande	M	90	0	Abril
Quietude	Praia Grande	M	11	0	Abril
Rodrigão	Praia Grande	M	88	0	Abril
UPA Central	Santos	M	56	5	Maio
UPA Leste	Santos	M	41	5	Abril
Unimed	Santos	M	25	0	Abril
Vitória	Santos	M	110	17	Maio
AFIP	Santos	M	26	0	Abril
Campinas	Campinas	M	108	0	Maio
Ourinhos	Ourinhos	M	50	0	Abril
Santa Marta	Mogi Guaçu	M	37	0	Abril
Jacareí	Jacareí	M	0	6	Maio
Total: 26 hospitais			3.568	459	

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, *idem* tabela 5. Datas das entregas obtidas em veículos de comunicação nacionais e locais.

Muitos dos hospitais de campanha foram viabilizados através de contratação de organizações

sociais. No Pacaembu, o Hospital Albert Einstein, no Anhembi a labas e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Destacamos a ausência de direitos trabalhistas nos contratos de profissionais de saúde, sem garantia de afastamento em caso de adoecimento e contratações através de pessoa jurídica ou sociedade, com práticas de quarteirização^{122, 123}.

Outro exemplo também foram as parcerias com o setor privado e doações, ainda que pouco representativas dentro do total. Em Santos, a Amil/United Health cedeu em termo de comodato o Hospital Vitória para a prefeitura de Santos até o fim de dezembro de 2020. O custeio ficará sob responsabilidade da prefeitura. Isso também foi feito com o Hospital Saint Vivant, em Sumaré¹²⁴. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP recebeu doações de R\$24 milhões de empresas para abrir cem novos leitos de UTI¹²⁵. Parte dos outros R\$97 milhões arrecadados pela prefeitura também foram

destinados para equipamentos e abertura de novos leitos de UTI¹²⁶.

Utilização de leitos privados

A utilização de leitos privados foi a última alternativa acionada pelos governos municipal e estadual de São Paulo para expansão da rede. A prefeitura tomou a dianteira neste sentido e, no dia 24 de abril¹²⁷, anunciou o primeiro convênio para contratação de 60 leitos no Hospital da Cruz Vermelha, e 20 de UTI a uma diária de R\$2.100. Na mesma semana também fechou um acordo com o Hospital da Universidade Santo Amaro (Unisa). No dia 29 de abril, a câmara dos vereadores aprovou o projeto de lei 260/2020 que, assinado por 53 vereadores, incluiu uma série de propostas. Entre elas, autorizava a prefeitura a realizar a requisição administrativa de leitos ociosos da rede particular durante a pandemia¹²⁸.

No dia 4 de maio¹²⁹, o prefeito anunciou a conclusão de um inventário dos leitos privados da

¹²² AMÂNCIO, T. Hospitais montados para Covid-19 não dão garantias caso trabalhador adoça. Folha de São Paulo, São Paulo, 08 abr. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/hospitais-montados-para-covid-19-nao-dao-garantias-caso-trabalhador-adoeca.shtml>>.

¹²³ DOLCE, J. Médicos do Hospital de Campanha do Anhembi foram contratados sem saber num esquema suspeito de fraude. Agência Pública, Rio de Janeiro, 21 jul. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/07/medicos-do-hospital-de-campanha-do-anhembi-foram-contratados-sem-saber-num-esquema-suspeito-de-fraude/>>.

¹²⁴ KOIKE, B. Dona da Amil cede três hospitais a pacientes da rede pública com covid-19. Valo Econômico, Rio de Janeiro, 30 abr. 2020. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2020/04/30/dona-da-amil-cede-trs-hospitais-a-pacientes-da-rede-pblica-com-covid-19.ghtml>>.

¹²⁵ ESTADÃO CONTEÚDO/EXAME. Doria anuncia mais 100 leitos de UTI no HC para pacientes com coronavírus. São Paulo, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/doria-anuncia-mais-100-leitos-de-uti-no-hc-para-pacientes-com-coronavirus/>>.

¹²⁶ GOVERNO DE SP. Governo de São Paulo anuncia mais R\$ 97 milhões em doações de empresas. São Paulo, 30 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sao-paulo-anuncia-mais-r-97-milhoes-em-does-de-empresas/>>.

¹²⁷ G1. Prefeitura de SP vai usar leitos de Hospital da Cruz Vermelha para atendimento a pacientes com coronavírus. São Paulo, 24 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/24/prefeitura-de-sp-vai-usar-leitos-de-hospital-da-cruz-vermelha-para-atendimento-a-pacientes-com-coronavirus.ghtml>>.

¹²⁸ CALEJO, M. Câmara de SP aprova, em definitivo, PL com medidas sociais e de saúde contra o coronavírus. Câmara Municipal de São Paulo, São Paulo, 29 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.leg.br/blog/camara-de-sp-aprova-em-definitivo-pl-com-medidas-sociais-e-de-saude-contra-o-coronavirus/>>.

¹²⁹ AMORIM, S., MARTINS, E. Prefeitura de SP ameaça ocupar leitos em hospitais privados mesmo sem acordo com rede particular. O Globo, Rio de Janeiro, 04 mai. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/prefeitura-de-sp-ameaca-ocupar-leitos-em-hospitais-privados-mesmo-sem-acordo-com-rede-particular-24409201>>.

cidade, que indicava que nos 247 hospitais privados paulistanos havia mais de quatro mil leitos, sendo 3.970 em 107 unidades e outros 255 em 140 hospitais. A meta anunciada foi a de contratar 800 leitos, cerca de 20%. Também mencionou a possibilidade de realizar a requisição administrativa caso não se chegasse a um acordo com os prestadores. No dia 6 de maio a prefeitura publicou um decreto que autorizava à Secretaria Municipal de Saúde requisitar leitos privados quando esgotadas as negociações com prestadores privados¹³⁰. No dia 8 de maio foi anunciado um convênio com onze hospitais¹³¹: Hospital do Rim; Beneficência Portuguesa; Hospital Oswaldo Cruz; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Isabel; Hospital São Luiz Gonzaga; Santa Casa de Santo Amaro; Hospitais Leforte; Hospital Santa Cruz; além dos outros dois com os quais já se tinha fechado acordo.

Na ocasião, o prefeito afirmou que ao final expansão seria de 1.550 leitos de UTI na rede municipal, além de outros dos cerca de 570 já existentes no momento. No dia 12 foi publicada no diário oficial do município a chamada pública nº 004/2020 da Secretaria Municipal de Saúde¹³², com a indicação de contratação de cem leitos de UTI privados a uma diá-

ria de R\$2.100 reais, com contrato válido por 90 dias.

Na prática, a utilização de leitos privados foi bem menos extensa do que o anunciado. No site da prefeitura¹³³ constam apenas quatro contratos emergenciais (Hospital São Cristóvão, com cinco leitos de UTI; Notre Dame Intermédica, com dez; Hospital Santa Isabel, 20 leitos de UTI; e Hospital Oswaldo Cruz, outros 20), além de dois convênios (Hospital Alvorada Taquaritinga/Next Butantã, com 16 leitos de UTI; Hospital da Cruz Vermelha com 20 leitos de UTI e 40 de internação).

Segundo boletins epidemiológicos da secretaria municipal, o total de leitos de UTI para COVID-19 na rede municipal era de 893 no dia 28 de maio¹³⁴ e chegou a cerca de 1.200 no início de junho, mas não se expandiu além disso e oscilou em torno dessa faixa até julho¹³⁵. O mesmo aconteceu com os leitos contratualizados, que atingiram cerca 200 no início de junho e não foram mais expandidos.

É possível que a contratação de leitos privados não tenha seguido avançando em função da redução do número de casos e da estabilização de ocupação de leitos na região metropolitana. Caso a demanda continuasse a crescer, haveria espaço para incorporação de mais leitos. No início de julho, a renovação dos contratos de aluguel passou a ser uma

¹³⁰ G1. Prefeitura de SP estabelece protocolo de prioridade para leito de UTI em caso de ocupação total pelo coronavírus. São Paulo, 06 mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/06/prefeitura-de-sp-estabelece-protocolo-de-prioridade-para-leito-de-uti-em-caso-de-ocupacao-total-pelo-coronavirus.ghtml>>.

¹³¹ VIEIRA, B., FIGUEIREDO, P. Prefeitura de SP fecha parceria com 11 hospitais privados para alugar leitos que receberão pacientes de Covid-19. G1, São Paulo, 08 mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/08/prefeitura-de-sp-fecha-parceria-com-11-hospitais-privados-para-alugar-leitos-que-receberao-pacientes-de-covid-19.ghtml>>.

¹³² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP. Edital de chamamento. São Paulo, 11 mai. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Edital_de_Chamamento_11_05_2020.pdf>.

¹³³ CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Contratos Emergenciais e Pregões COVID-19. São Paulo, atualizado em 11 set. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/controladoria_geral/transparencia_covid19/index.php?p=295874>

¹³⁴ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP. Boletim diário COVID-19, edição 63. São Paulo, 28 mai. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/20200528_boletim_covid19_diariov2.pdf>.

¹³⁵ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP. Boletim diário COVID-19, edição 97. São Paulo, 01 jul. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/20200701_boletim_covid19_diario.pdf>.

dúvida¹³⁶. Se por um lado a demanda havia diminuído, a não renovação da utilização de leitos privados diminuiria a oferta e aumentaria a taxa de ocupação, o que poderia atrapalhar os planos de reabertura.

Em âmbito estadual, uma das primeiras vezes que o assunto apareceu em declarações de autoridades foi no dia 17 de abril¹³⁷, quando o secretário estadual de saúde descartou a requisição administrativa, mas informou que havia tratativas em curso com representantes do setor privado para que os hospitais privados recebessem pacientes vindos do SUS. Mudando o tom, em entrevista no dia 9 de maio o governador João Doria afirmou que uma alternativa do governo estadual para ampliar leitos de UTI – caso as habilitações do MS demorassem – seria a requisição administrativa de leitos privados¹³⁸.

No dia 20 de maio, em um momento em que a região metropolitana de São Paulo beirava o colapso, o governo do estado publicou um edital¹³⁹ para contratação de 4.500 leitos, 1.500 deles de UTI. A remuneração seria de R\$1.600 pela diária de vagas em tratamento intensivo – o que custaria R\$432 milhões –, e de R\$1.500 para cinco dias ou mais de leitos clínicos, com previsão de gasto de R\$162 milhões. Apesar de não haver dados públicos sobre quantos leitos privados foram contratados, é possível que estes tenham sido parte importante da expansão da rede no mês de junho.

Considerações finais

A situação anterior à pandemia já indicava que

haveria dificuldades para a rápida expansão da assistência hospitalar em função de características históricas como a fragmentação, heterogeneidade e insuficiência da rede, subfinanciamento e desigualdade na distribuição de recursos assistenciais estratégicos (como leitos de UTI) entre SUS e planos de saúde entre estados e regiões.

A maior responsabilidade sobre a organização da rede hospitalar no contexto da pandemia coube a estados e municípios, com uma participação tímida, distante e questionável do MS, antes e depois das trocas de ministros. No centro da crise política, a resposta do Ministério da Saúde durante a crise sanitária foi marcada pela falta de coordenação – potencializada pelas tensões promovidas pelo presidente, por iniciativas pontuais, insuficientes, desarticuladas, e, em alguns casos, fracassadas ou ausentes. As ações mais relevantes foram a transferência direta de recursos para estados e municípios, subsídios ao setor privado e o auxílio no custeio de leitos de UTI, mas ainda assim com critérios pouco claros de alocação de recursos e lentidão na execução.

Entre as falhas, chama atenção a ausência de diretrizes de planejamento para orientar a estratégia de expansão da rede hospitalar em nível nacional. A falta de transparência e de dados confiáveis deixa o país em uma situação na qual não existem informações atualizadas e confiáveis sobre a quantidade de leitos reservados para COVID-19 e sobre a disponibilidade e ocupação de leitos no setor público

¹³⁶ BERGAMO, M. Prefeitura de SP estuda destino para 580 leitos vazios de Covid-19. Folha de São Paulo, São Paulo, 08 jul. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/07/prefeitura-de-sp-estuda-destino-para-580-leitos-vazios-de-covid-19.shtml>>.

¹³⁷ ESTADÃO CONTEÚDO/EXAME. Governo de SP cogita transferir pacientes com covid-19 da capital. São Paulo, 17 abr. 2020. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/governo-de-sp-cogita-transferir-pacientes-com-covid-19-da-capital/>>.

¹³⁸ PEREIRA, F. Doria: as pessoas ficarão em casa "porque a morte vai chegar mais perto". UOL, São Paulo, 09 mai. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/09/doria-pessoas-ficarao-em-casa-porque-a-morte-vai-chegar-mais-perto.htm>>.

¹³⁹ Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP), Volume 130, Número 96, 20 de maio de 2020

e no privado. O descaso com a rede de hospitais federais do Rio de Janeiro causou grandes transtornos para a organização da rede hospitalar do estado. A ausência de posicionamento e ações sobre a utilização de leitos privados contribuiu para que a alternativa fosse subutilizada no país, mesmo nos locais onde havia leitos privados ociosos e o setor público estava em colapso.

O descompasso entre os setores público e privado na pandemia ficou mais evidente nas intervenções da ANS que, desarticuladas do MS e do SUS e voltadas para proteger o setor regulado, não visaram contribuir na resposta à crise sanitária. Sua principal iniciativa, a liberação de R\$15 bilhões do fundo garantidor para que empresas expandissem suas redes e não rejeitassem o atendimento de inadimplentes, fracassou categoricamente. A flexibilização de prazos de atendimento e desmarcação de eletivas reforçou tanto a ociosidade de prestadores quanto a retenção de demandas pelos planos de saúde, sem que a capacidade de atendimento dos hospitais privados fosse redirecionada para o combate à pandemia. Estes, por sua vez, foram socorridos com empréstimos e recursos públicos.

O retorno aos atendimentos eletivos em junho, após pressão de prestadores, ocorreu independentemente da pandemia, da saturação do sistema de saúde e das medidas de distanciamento de cada localidade. Baseada em premissas errôneas, a preocupação com a situação financeira das empresas de planos de saúde – que melhorou na pandemia – se sobressaiu às buscas por alternativas para salvar vidas e otimizar a utilização dos recursos hospitalares públicos e privados. Reverberando o discurso empresarial, a agência se colocou como obstáculo para utilização e gestão unificada de leitos privados pelo SUS.

Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, principalmente suas capitais e regiões metropo-

litanas, estiveram desde o início da pandemia entre os principais epicentros da COVID-19. Porém, as estratégias e a efetividade das respostas dos governos locais foram distintas, assim como os resultados.

No estado de São Paulo, a estratégia utilizada destinou hospitais de campanha como retaguarda e/ou triagem de casos de COVID-19, com a expansão na alta complexidade apoiada principalmente na expansão da rede existente com melhores distribuição e organização, abrangendo tanto hospitais privados prestadores, hospitais públicos de administração direta e hospitais administrados por organizações sociais. Além disso, houve um maior protagonismo dos municípios na expansão da oferta para tratamento de COVID-19 em leitos existentes e hospitais de campanha, e uma atuação mais articulada e coordenada entre secretarias estadual e municipais de saúde – ainda que o acesso às redes estadual e municipal da capital não tivessem gestão e acesso unificados.

A expansão da rede foi bem sucedida e significativa, mas não evitou que no mês de maio houvesse grande saturação dos serviços e que diversas cidades do interior tenham atingido o limite de sua capacidade. Outro ponto de destaque foi a negociação e contratação de leitos privados pela prefeitura e pelo governo do estado, como última alternativa. Em um momento crítico, a ação proporcionou grande espaço para crescimento da rede, que não chegou a ser totalmente utilizada quando autoridades entenderam que a expansão já era suficiente para comportar a demanda. Portanto, a extensão foi parcial e não significou uma gestão unificada dos recursos públicos e privados ou redução da segmentação do acesso, ainda que tenha sido importante para ampliação da oferta de vagas no SUS.

No Rio de Janeiro, a preparação da rede hospitalar encontrou obstáculos como a desorganização dos hospitais da rede federal, a grande

quantidade de leitos inativos nestes e também em âmbito municipal e estadual, e a lentidão para habilitações de leitos de UTI pelo MS. Também houve menor articulação entre iniciativas de estado e municípios, e dificuldades para contratação de profissionais e aquisição de respiradores. Todo este quadro é, em parte, consequência de um processo prévio de precarização e terceirização das redes estadual e municipal, fortemente afetadas por cortes a partir da crise econômica de 2015 e por gestões sem continuidade, imersas em crises e escândalos seguidos. Tais situações levaram a um quadro onde a dificuldade em manter os leitos existentes funcionando parece ter sido tão grande quanto a de expandir a rede, somadas a falhas e omissões de gestores de todos os níveis.

A opção de basear a estratégia de expansão nos hospitais de campanha mostrou-se equivocada em função do alto custo e do fracasso da implementação. Os interesses particulares na utilização de recursos públicos emergenciais, ao que tudo indica, teriam orientado a escolha do poder público e tiveram como consequência a desassistência e mortes evitáveis. Além disso, foram um empecilho para que a utilização de leitos privados fosse realizada, mesmo quando havia capacidade ociosa nos hospitais privados, que por sua vez não aderiram aos editais abertos pela prefeitura e pelo estado. No Rio de Janeiro, faz-se necessária uma profunda reflexão sobre os resultados do modelo das organizações sociais, introduzido nos anos 2000 e que, governo após governo, tem se mostrado mais um caminho de uso particularista de recursos públicos do que uma solução eficiente para a gestão pública do SUS, para os profissionais de saúde e cidadãos.

Bibliografia

ALMEIDA, JFF et al. Previsão de disponibilidade de leitos nos estados brasileiros e Distrito Federal em função da pandemia de Sars-CoV-2 - situação de leitos SUS e não-SUS. Nota Técnica LABDEC/NESCON/UFMG n°7. 2020

A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância fundamental do Sistema Único de Saúde, bem como a necessidade de seu fortalecimento, qualificação e expansão. No entanto, ainda não estão claros quais serão os desdobramentos para seu futuro. A julgar pelas políticas adotadas até aqui, reformas estruturantes que tenham como objetivo garantir o direito universal à saúde, reduzir as desigualdades de acesso e reverter a privatização e precarização do SUS permanecerão fora do radar da sociedade brasileira.

Do ponto de vista da expansão da oferta hospitalar também é obscuro qual será o legado das medidas adotadas durante a crise sanitária. Os resultados mostram que, apesar da ausência de dados confiáveis, de fato houve uma expansão significativa de leitos no SUS, revertendo momentaneamente uma tendência histórica de diminuição da oferta pública, ainda que haja grandes variações entre estados e municípios. Todavia, a segmentação e as disparidades entre setores público e privado permaneceram intocadas. Enquanto muitos hospitais temporários são desativados, pairam dúvidas sobre se, sem novos recursos em 2021, estados e municípios conseguirão consolidar o esforço de expansão realizado na pandemia – ou se a oferta retornará aos patamares anteriores à crise sanitária.

CUNHA JR et al. Progresso da COVID-19 no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro: 27ª Semana Epidemiológica do Calendário 2020 (28/06/2020 aa 04/07/2020). COVID-19: Observatório Fluminense, Relatório nº 9, 2020.

GEPS e GPDES. As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e oportunismo. Nota Técnica nº 1, 2020.

GEPS e GPDES. Documento da ANS contém erros. Nota Técnica nº 2, 2020.

MARINHO A. A proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. IPEA, Nota Técnica Diset nº 65, 2020.

MASSUDA et al. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. Nota Técnica nº 6. IEPS, 2020.

NORONHA K et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários Cad. Saúde Pública 2020; 36(6):e00115320

PAIM, J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet 2011; 377(9779):1778-1797.

PORTELA M 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. Nota Técnica n. 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020.

PROADESS. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Boletim Informativo, no 4. Rio de Janeiro: ICICT, Fiocruz.

RACHE B et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica nº 3. IEPS, 2020ª

RACHE B et al. Para Além do Custeio: Necessidades de Investimento em Leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da COVID-19. Nota Técnica nº 7. IEPS, 2020b

RAVIOLI et al. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). Cad. Saúde Pública 2018; 34(4):e00114217

SODRÉ et al. Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec, 2018.

SOUSA T et al. Leitos de UTI Covid-19: lacunas, inconsistência e disparidades marcam os dados apresentados pelo governo federal e pelos estados. Rede Solidária de Pesquisa, Boletim nº 9, 2020.

VIACAVA et al. Distribuição geográfica dos recursos disponíveis para atenção à COVID-19 em Regiões de Saúde e municípios do Rio de Janeiro. Nota técnica - COVID-19, no 1, maio/2020, no 4. Rio de Janeiro: ICICT, Fiocruz.

VIACAVA et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Cienc Saude Coletiva. 23(6):1751-1762, 2018

VIANA et al. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Gadelha et al. (orgs.), Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

Anexo III

Portarias de habilitação de leitos de UTI em estados e municípios para custeio pelo Ministério da Saúde, de março a junho de 2020

Valores totais em R\$

PORTARIA	DATA	DESTINATÁRIO	LEITOS	VALOR
Nº 1.693	03/07	Estado de Santa Catarina e municípios	112	16.128.000
Nº 1.692	03/07	Estado do Rio de Janeiro e municípios	22	3.168.000
Nº 1.671	02/07	Estado de Goiás e municípios	41	5.904.000
Nº 1637	25/06	Estado do Paraná e município de Umuarama	-2	-843.586
Nº 1.635	25/06	Estado do RJ e município de São João de Meriti	30	4.320.000
Nº 1.631	24/06	Estado da Bahia	264	38.016.000
Nº 1.630	24/06	Estado do Piauí e município de Teresina	30	4.320.000
Nº 1.629	24/06	Estado de Santa Catarina e municípios	46	6.624.000
Nº 1.601	23/06	Estado de Rondônia e município de Jaru	5	720.000
Nº 1.556	17/06	Estado de MG e município de Sto. A. do Monte	10	1.440.000
Nº 1.555	17/06	Estado de MG e município de Santos Dumont	10	1.440.000
Nº 1.554	17/06	Estado do Mato Grosso e municípios	-89	-12.816.000
Nº 1.541	17/06	Estado de São Paulo e município de Jau	10	1.440.000
Nº 1.535	12/06	Estado de Roraima	10	1.440.000
Nº 1.534	12/06	Estado do Rio de Janeiro	59	8.496.000
Nº 1.533	12/06	Estado de Roraima e município de Boa Vista	5	720.000
Nº 1.530	10/06	Estado da Paraíba e município de Campina Grande	25	3.600.000
Nº 1.529	10/06	Estado do MS e município de Nova Andradina	-10	-1.440.000
Nº 1.516	09/06	Estado de Minas Gerais e municípios	328	47.232.000
Nº 1.508	08/06	Estado do Rio de Janeiro e municípios	111	14.400.000
Nº 1.505	08/06	Estado da Bahia e município de Serrinha (BA)	10	1.440.000
Nº 1.504	08/06	Estado de Rondônia	15	2.160.000
Nº 1.503	08/06	Estado de Pernambuco	284	40.896.000
Nº 1.502	08/06	Estado do Rio Grande do Sul e municípios	314	45.216.000
Nº 1.495	03/06	Estado do Piauí	10	1.440.000
Nº 1.494	04/06	Estado do ES e município de Venda N. Imigrante	9	1.296.000
Nº 1.481	03/06	Estado do Acre	20	2.880.000
Nº 1.479	03/06	Estado do Ceará e município de Fortaleza	-10	-1.440.000

Nº 1.474	03/06	Estado do Piauí e municípios	105	15.120.000
Nº 1.473	03/06	Estado do Rio Grande do Norte e municípios	56	8.064.000
Nº 1.472	03/06	Estado do Piauí e município de Teresina	53	2544.000
Nº 1.471	03/06	Estado do Rio de Janeiro e municípios	17	2.448.000
Nº 1.470	03/06	Estado da Bahia e município de Salvador	77	11.088.000
Nº 1.469	03/06	Estado de Alagoas	5	720.000
Nº 1.457	03/06	Torna Sem Efeito a Portaria nº 1.243/GM/MS	-251	-36.144.000
Nº 1.427	27/05	Estado do Rio de Janeiro e municípios	410	59.040.000
Nº 1.426	27/05	Estado do Espírito Santo e municípios	77	11.088.000
Nº 1.425	27/05	Estado da Paraíba e município de João Pessoa	63	9.072.000
Nº 1.424	27/05	Estado de São Paulo e municípios	426	61.344.000
Nº 1.396	22/05	Estado da Bahia e municípios	26	3.744.000
Nº 1.395	22/05	Distrito Federal	95	13.680.000
Nº 1.385	20/05	Estado de Minas Gerais e município de Uberlândia	20	2.880.000
Nº 1.384	20/05	Estado de Santa Catarina e municípios	125	18.000.000
Nº 1.379	20/05	Municípios no Estado do Rio de Janeiro	26	3.744.000
Nº 1.376	20/05	Estado da Bahia	21	3.024.000
Nº 1.375	20/05	Estado de Mato Grosso do Sul	10	1.440.000
Nº 1.364	19/05	Municípios no Estado de Mato Grosso do Sul	77	11.088.000
Nº 1.361	19/05	Estado do Pará	20	2.880.000
Nº 1.360	19/05	Estado do Ceará e município de Iguatu	10	1.440.000
Nº 1.359	19/05	Estado de Pernambuco e município de Recife	84	12.096.000
Nº 1.358	19/05	Estado do Pará e município de Ananindeua.	-20	-2.880.000
Nº 1.280	18/05	Estado do Rio Grande do Sul e municípios.	270	34.848.000
Nº 1.270	18/05	Estado da Bahia e município de Salvador	46	6.624.000
Nº 1.269	18/05	Estado do Rio de Janeiro e município de Quissamã	5	720.000
Nº 1.266	18/05	Estado de São Paulo e municípios	660	95.040.000
Nº 1.265	18/05	Municípios, no Estado do Piauí	32	4.608.000
Nº 1.245	18/05	Estado do Pará e municípios	270	40.896.000
Nº 1.244	18/05	Estado do Rio Grande do Sul	10	1.440.000
Nº 1.243	18/05	Estado do Rio Grande do Norte	251	36.144.000
Nº 1.240	18/05	Estado do Maranhão e municípios	128	18.432.000
Nº 1.239	18/05	Estado de Mato Grosso e municípios	250	36.000.000

Nº 1.238	18/05	Estado do Ceará e municípios	202	29.088.000
Nº 1.236	18/05	Municípios de Cáceres e Tangará da Serra, MT	13	1.872.000
Nº 1.235	18/05	Estado de Alagoas e município de Arapiraca.	10	1.440.000
Nº 1.211	12/05	Município de Corumbá no Estado de MS	10	1.440.000
Nº 1.208	12/05	Município de T. de Freitas no Estado da Bahia	5	720.000
Nº 1.206	12/05	Estado do Paraná e municípios	443	63.792.000
Nº 1.121	06/05	Estado de MS e município de Paranaíba	10	1.440.000
Nº 1.120	06/05	Estado do Tocantins	42	6.048.000
Nº 1.118	06/05	Estado do Amapá	22	3.168.000
Nº 1.117	06/05	Estado do Rio de Janeiro, município V. Redonda	19	2.736.000
Nº 1.116	06/05	Estado do Rio de Janeiro, município de Niterói	23	3.312.000
Nº 1.111	05/05	Estado do Ceará, município de Fortaleza	20	2.880.000
Nº 1.109	05/05	Est. AM, GO, ES, MA, DF, MT, PE, AP, RO SE	120	17.280.000
Nº 1.093	04/05	Estado de MG, município de Coronel Fabriciano	5	720.000
Nº 1.092	04/05	Estado do Rio G. do Norte e município de Natal	90	12.960.000
Nº 1.091	04/05	Estado de PE e município de Jaboatão Guararapes	10	1.440.000
Nº 1.089	04/05	Estado de São Paulo e municípios	234	33.696.000
Nº 1.088	04/05	Estado da Paraíba e municípios	77	11.088.000
Nº 1.087	04/05	Estado do Piauí, município de Picos	6	864.000
Nº 1.086	04/05	Estado do Piauí e município de Teresina	25	3.600.000
Nº 1.085	04/05	Estado da Paraíba	5	720.000
Nº 1.046	29/04	Estado do Amazonas	184	26.496.000
Nº 1.045	29/04	Estado de Santa Catarina e municípios	175	25.200.000
Nº 1.042	29/04	Estado de Alagoas e municípios	27	3.888.000
Nº 1.014	24/04	Estado e municípios de Goiás	139	20.016.000
Nº 1.013	24/04	Estado e municípios de Alagoas	112	16.128.000
Nº 1.011	24/04	Estado de Pernambuco	246	35.424.000
Nº 928	23/04	Estado do Acre	10	1.440.000
Nº 927	23/04	Estado do MS e município N. Andradina	18	2.592.000
Nº 926	23/04	Estado do Pará e município de Ananindeua	32	4.608.000
Nº 925	20/04	Estado do MS e município de Chapadão S.	5	720.000
Nº 924	20/04	Estado de MS e município de Três Lagoas	15	2.160.000
Nº 903	20/04	Estado do Ceará e município de Fortaleza	180	25.920.000

Nº 902	20/04	Municípios do Estado de Minas Gerais	30	4.380.000
Nº 901	20/04	Estado de Santa Catarina e municípios	52	7.592.000
Nº 900	20/04	Estado do Piauí	10	1.460.000
Nº 899	20/04	Estado de Sergipe e municípios	44	6.424.000
Nº 898	20/04	Estado de São Paulo e municípios	650	93.600.000
Nº 896	20/04	Estado do MS e município de Sidrolândia	5	720.000
Nº 895	20/04	Estado do MS e município de Costa Rica	7	1.022.000
Nº 894	20/04	Estado do Maranhão e municípios	100	14.600.000
Nº 893	20/04	Municípios de MS, PE, PA, PR, RN, SC	100	14.600.000
Nº 865	17/04	Estado da Bahia. Parcela Única	50	7.300.000
Nº 861	17/04	Estado de RO e município de Ariquemes e Vilhena	51	7.446.000
Nº 858	17/04	Distrito Federal	80	11.680.000
Nº 816	15/04	Estado de São Paulo e município de Taubaté	14	2.044.000
Nº 815	15/04	Estado do Espírito Santo	68	9.928.000
Nº 812	14/04	Estado de São Paulo	20	2.920.000
Nº 803	14/04	Estado do Rio de Janeiro	30	4.380.000
Nº 797	14/04	Estado da Bahia	40	5.840.000
Nº 796	14/04	Estado do Rio Grande do Sul	10	1.460.000
Nº 795	13/04	Estado de São Paulo	60	8.760.000
Nº 794	13/04	Estado do Piauí e município de Teresina	20	2.920.000
Nº 793	13/04	Estado do Piauí e município de Picos	10	1.460.000
Nº 792	13/04	Estado de Minas Gerais e município de Belo Horizonte	20	2.920.000
Nº 660	01/04	Estado do RS e município de Canoas	20	2.920.000
Nº 658	01/04	Estado do Rio de Janeiro	10	1.460.000
TOTAL			8.983	1.280.

Tabelas

Tabela 16 - Ampliação de leitos clínicos de internação no contexto da pandemia de COVID-19. Brasil, estados do Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) e Capitais. Fevereiro a junho de 2020	55
Tabela 17 - Ampliação de leitos de UTI no contexto da pandemia de COVID-19. Brasil, estados do Rio de Janeiro e São Paulo e Capitais. Fevereiro a junho de 2020	56
Tabela 18 - Portarias do Ministério da Saúde relativas à assistência hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19, de 1º de fevereiro de a 1º de julho de 2020 – Valores totais em R\$.....	61
Tabela 19 – Documentos, publicações, bancos de dados, notas técnicas e informativos do Ministério da Saúde a respeito da reorganização e expansão da assistência hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19 entre fevereiro e junho de 2020	62
Tabela 20 – Plano de reorganização e expansão da oferta hospitalar pública no Estado do Rio de Janeiro, 16 de abril de 2020.....	79
Tabela 21 - Planejamento de expansão através de hospitais de campanha e modulares no estado do Rio de Janeiro.	82
Tabela 22 - Planejamento de expansão e reorganização da assistência hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para COVID-19, em 24 de abril de 2020	88
Tabela 23 - Planejamento de expansão da rede hospitalar através de hospitais de campanha no estado de São Paulo, 24 de abril de 2020	90

Figuras

Figura 1 - Hospitais gerais e leitos em hospitais gerais, Brasil, janeiro a junho de 2020.....	59
Figura 2 - Habilitações de leitos de UTI para tratamento de COVID-19 pelo Ministério da Saúde entre abril e junho de 2020 (por quinzena).....	67
Figura 3 - Valores de diárias de leitos de UTI no Brasil, no Rio de Janeiro e em São Paulo, em maio de 2020.....	73

Sumário

Nota Técnica II - Respiradores ou ventiladores mecânicos na pandemia

Quantidade existente no Brasil	105
Insucesso nas tentativas de importação	105
Ações para aumentar a quantidade de respiradores disponíveis	106
Estímulo ao aumento da produção nacional	106
ANVISA: medidas regulatórias para ampliar a produção nacional e a oferta de equipamentos	106
Conserto de aparelhos.....	107
Compras nacionais e valores	107
Centralização das compras de respiradores fabricados por empresas nacionais pelo Ministério da Saúde e tentativas de compras pelos estados	111
Rio de Janeiro	112
São Paulo	115
Pesquisa e desenvolvimento de novos modelos nacionais: inovações em tempo recorde para atender à pandemia.....	117
Utilização de respiradores por mais de um paciente	118
Considerações finais: a quantidade de respiradores é ou foi suficiente?	118
Referências	120

NOTA TÉCNICA III - RESPIRADORES OU VENTILADORES MECÂNICOS NA PANDEMIA

Estima-se que 14% das pessoas que contraem COVID-19 evoluem para uma hospitalização que requer oxigenoterapia. Outros 5% evoluem para casos mais críticos e necessitam de tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI). Destes, a maior parte necessita de ventilação mecânica para respirar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; 2020b).

O respirador ou ventilador mecânico, indicado nos casos graves da doença quando surgem dificuldades respiratórias, auxilia o paciente a inspirar e expirar ao levar uma mistura de ar e oxigênio aos pulmões por um tubo colocado através da boca e na traqueia. O paciente é sedado e o tubo é conectado ao ventilador, que empurra o ar para os pulmões – com a concentração de oxigênio, pressão e ritmo determinados a partir das condições respiratórias do paciente (AGRELA, 2020; VIDALE, 2020).

Existem dois grandes grupos de ventiladores indicados para tratamento da síndrome respiratória grave (SRAG) causada pela COVID-19: um é dos ventiladores para cuidado intensivo em UTI e o outro é dos destinados ao transporte e serviços de emergência. Outros tipos de ventiladores possuem indicações distintas e não oferecem suporte ventilatório a cuidados críticos, como ventiladores para tratamento de apneia do sono e ventiladores para anestesia, utilizados em procedimentos cirúrgicos com diretrizes específicas (ANVISA, 2020a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as especificações técnicas dos ventiladores invasivos e não invasivos para garantir qualidade, segurança e eficácia no tratamento de COVID-19 (WHO, 2020). Na *Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao*

paciente com COVID-19, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) recomenda as características destes equipamentos para utilização no tratamento de pacientes infectados pelo novo coronavírus a fim de reduzir danos no pulmão e nos demais órgãos (AMIB, 2020).

Os ventiladores têm três classificações – os que possuem recursos básicos; os básicos com curvas; e os básicos com curvas e recursos avançados. As diretrizes recomendam o uso de respiradores básicos com curvas ou básicos com curvas e recursos avançados para utilização em UTI. É preciso fornecer as especificações mínimas que tais equipamentos devem apresentar tendo em vista a situação de pandemia e o aumento expressivo do número de pacientes que precisam de ventilação mecânica. Além disso, a entidade médica ressalta que os aparelhos precisam ser testados e certificados conforme as normas vigentes no Brasil (AMIB, 2020).

Ventiladores pulmonares têm grande importância para atendimento aos pacientes em estado crítico com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. Igualmente importante é a necessidade de expansão da rede assistencial – especialmente no que se refere à habilitação de novos leitos de UTI equipados com respiradores no período de pandemia. Levando em conta estes aspectos, analisaremos as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelos governos do Rio de Janeiro e de São Paulo, bem como iniciativas da sociedade civil voltadas a ampliar a quantidade desses equipamentos no país, a fim de garantir o acesso oportuno aos serviços de saúde e viabilizar o tratamento adequado aos pacientes.

Quantidade existente no Brasil

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em fevereiro o Brasil contava com 65.411 respiradores, dos quais 46.663 estavam disponíveis no SUS e 18.748 na rede privada. Do total de respiradores existentes, 3.639 não estavam aptos para uso (MS, 2020c; MS, 2020d).

Estudo de Portela *et al.* (2020) aponta que em fevereiro de 2020, 59,3% dos municípios brasileiros não dispunham de respiradores/ventiladores. As diferenças regionais na disponibilidade dos recursos hospitalares são significativas, com áreas amplas de vazios especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Pouco mais da metade dos respiradores do país estavam localizados na região Sudeste (MS, 2020c).

Ainda que, em condições normais, a quantidade de respiradores disponíveis poderia ser considerada adequada, no contexto da pandemia de COVID-19 diferentes estudos têm apontado que o ritmo de propagação do vírus será decisivo para o nível de pressão com risco de colapso dos serviços e sistemas de saúde de modo generalizado.

Noronha *et al.* (2020) realizaram simulações de oferta e demanda por leitos e equipamentos de ventilação mecânica considerando diferentes cenários de demanda decorrente da pandemia de COVID-19. O estudo indica que, em um cenário otimista, com nível de infecção de 0,1% em um mês, cerca de metade das microrregiões do país enfrentaria déficit de leitos para atender à demanda de internação de pacientes em estado grave. Em outra simulação, com taxa de infecção de 10% da população em seis meses, 199 das 437 microrregiões de saúde brasileiras não teriam condições de atender as pessoas que apresentassem quadro grave da doença. Nos diferentes cenários projetados, as microrregiões com maior déficit na oferta estão no Norte e no Nordeste do Brasil.

Em abril de 2020, o governo federal estimou a necessidade de doze a 15 mil aparelhos extras no país para os três meses seguintes (FREIRE, 2020). Tendo em vista a deficiência na quantidade de respiradores e sua importância para a manutenção da vida, iniciou-se um processo urgente de busca pela aquisição de novos equipamentos por parte do Ministério da Saúde e dos entes subnacionais.

Insucesso nas tentativas de importação

Diante de uma pandemia de doença respiratória, a grande procura tem gerado escassez de respiradores no mercado mundial, de maneira que o governo federal e governos estaduais têm encontrado dificuldade para importar novos equipamentos. Segundo o governador do Rio de Janeiro, estaria havendo “um leilão para ver quem paga mais pelos respiradores” (DIÁRIO DO VALE, 2020).

Outra dificuldade está relacionada ao transporte dos equipamentos importados. Foi noticiado na imprensa que os EUA impediram que viessem para o Brasil 600 respiradores comprados da China pelo Consórcio Nordeste, grupo que reúne os nove governadores da região Nordeste do país. Os aparelhos seriam distribuídos entre a Bahia, que receberia 400 unidades, e o Ceará, que ficaria com os outros 200. Segundo a notícia, a carga ficou retida no aeroporto de Miami e o contrato, cujo valor era de R\$42 milhões, foi cancelado unilateralmente pela empresa (R\$ 70 mil por aparelho). Segundo o então ministro da saúde Henrique Mandetta, a concorrência entre os países estava levando fornecedores de equipamentos na China a cancelarem contratos de venda (G1, 2020a; G1, 2020b).

Constam, na página do Ministério da Saúde, dois contratos estabelecidos no início do mês de abril de 2020 com empresas chinesas para aquisição de 15 mil ventiladores pulmonares no valor de US\$195 milhões

(R\$1,014 bilhão), bem como 240 milhões de máscaras no valor de US\$132 milhões (R\$691,68 milhões) (MS, 2020e; MS, 2020f; MS, 2020g).

Em abril, o MS anunciou o cancelamento do contrato que previa o repasse de mais de R\$1 bilhão para uma empresa chinesa por não ter cumprido prazo de entrega dos 15 mil respiradores (VARGAS, 2020).

Ações para aumentar a quantidade de respiradores disponíveis

Estímulo ao aumento da produção nacional

Diante da dificuldade para importar respiradores de fornecedores da China, maior produtor desse equipamento em escala mundial, o Ministério da Saúde anunciou o aumento da produção por empresas brasileiras (UOL, 2020a).

As quatro maiores empresas brasileiras do setor – Magnamed, Intermed, KTK e Leistung – produziam, até março de 2020, cerca de mil ventiladores por mês (FREIRE, 2020). Com a iniciativa, o governo federal previu o aumento da produção para até 4.800 respiradores por mês entre os meses de maio e junho (UOL, 2020a).

Em abril, o MS firmou contratos com empresas nacionais a fim de viabilizar a aquisição de mais de 14 mil respiradores para a rede pública de saúde (MS, 2020h), conforme será detalhado adiante.

ANVISA: medidas regulatórias para ampliar a produção nacional e a oferta de equipamentos

A fim de estimular o aumento da produção de equipamentos médicos para tratamento de pacientes com COVID-19, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução nº 356, de 23 de março de 2020, que flexibiliza e agiliza processos

de regularização sanitária de tais equipamentos. Segundo a agência reguladora, serão avaliados projetos para ampliar a fabricação de ventiladores pulmonares previamente aprovados em instalações ainda não licenciadas. Citamos, como exemplo da medida, a autorização para a Magnamed fabricar produto da empresa Flextronics, enquanto a Weg Drives & Controls - Automação Ltda. irá fabricar e comercializar equipamento de ventilação mecânica pulmonar já registrado pela Leistung Equipamentos Ltda. Outra medida para ampliar a capacidade produtiva foi a divulgação de um passo-a-passo contendo orientações para o desenvolvimento e regularização de ventiladores pulmonares (ANVISA, 2020b; 2020c; 2020d).

De acordo com a Anvisa, em 28 de abril de 2020 todos os pedidos de registro de respiradores recepcionados pela instituição até aquela data haviam sido analisados ou estavam em finalização de análise. Diante da ausência de novos fabricantes com pedidos e da alta demanda relacionada à pandemia de COVID-19, a Anvisa autorizou a importação de equipamentos para UTI. Além de ventiladores pulmonares, a medida incluiu equipamentos como monitores de sinais vitais, bombas de infusão, equipamentos de oximetria e capnógrafos (aparelhos que registram a pressão parcial de gás carbônico durante o ciclo respiratório). Esta medida foi definida pela Anvisa como de caráter extraordinário e temporário, objetivando aumentar a oferta de equipamentos essenciais para o funcionamento de UTIs – enquanto perdurar a emergência em saúde pública de importância nacional declarada pelo MS (ANVISA, 2020e).

Conserto de aparelhos

Nesse contexto, diferentes iniciativas têm buscado recuperar os aproximadamente 3.700 respiradores do país que não possuem condições de uso. Uma das iniciativas abrange a parceria entre o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e uma rede voluntária que conta com ArcelorMittal, Fiat/ Chrysler Automóveis, Ford, General Motors, Honda, Instituto de Pesquisas Tecnológicas, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli-USP), Jaguar Land Rover, Renault, Scania, Toyota, Vale do Rio Doce e Volkswagen do Brasil. A referida parceria viabilizou 35 pontos para receber equipamentos em 19 estados (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2020).

A mobilização de montadoras de automóveis em torno da manutenção, conserto e até mesmo a produção de respiradores pôde ser observada em outros países, incluindo marcas como Ferrari e Rolls-Royce, fabricantes de componentes como Pirelli e equipes de Fórmula 1 (AGUIAR, 2020).

Compras nacionais e valores

Nos meses de abril e maio de 2020, o MS firmou cinco contratos com empresas brasileiras para aquisição de 15.302 respiradores.

O contrato para produção de 6,5 mil novos aparelhos da fabricante Magnamed, no valor de R\$322,5 milhões, previa a compra de 5.760 ventiladores de transporte e emergência (aparelho de ventilação pulmonar para reanimação) e 740 ventiladores pulmonares eletrônicos tipo neonatal/pediátrico e adulto no valor de R\$60 mil a unidade (MS, 2020i). Parcerias com um grupo de empresas lideradas por Positivo Tecnologia, Suzano, Klabin, Flex e Embraer, apoiadas pela Fiat/Chrysler Automóveis, White Martins, Weg, e pelos bancos BTG Pactual, Itaú, Febraban (Federação Brasileira de Bancos), entre outros, permitiram o aumento da capacidade de produção (MS, 2020i; GODOY, 2020). O detalhamento dos modelos e valores está disposto na Tabela 24 a seguir.

Tabela 24 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira *Magnamed*.

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quantidade	Valor
1	FLEXIMAG PLUS – Ventilador pulmonar eletrônico neonatal pediátrico adulto	Unidade	740	R\$60.000,00
2	OXYMAG – Ventilador de transporte e emergência, aparelho de ventilação pulmonar para reanimação baseada	Unidade	5.760	R\$41.140,00
3	BLENDER – Com suporte	Unidade	5.760	R\$7.150,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contrato Nº 120/2020.¹⁴⁰

Além disso, foram contratados mais 4.300 aparelhos com a empresa brasileira Intermed no valor de R\$258 milhões, sendo R\$60 mil o valor unitário, segundo exposto na Tabela 25 a seguir.

Tabela 25 – Descrição, quantidade e valor dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira *Intermed*.

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quantidade	Valor unitário
1	VENTILADOR PULMONAR MICROPROCESSADO, MODELO: IXS	Unidade	4.300	R\$60.000,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contrato Nº 137/2020.¹

Ainda no mês de abril de 2020, o Ministério da Saúde firmou contrato com mais uma empresa brasileira, a KTK Equipamentos Hospitalares, para fabricação de 3.300 respiradores, conforme as seguintes especificações detalhadas na Tabela 26.

Tabela 26 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira KTK.

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quantidade	Valor unitário
1	Ventilador Pulmonar modelo Servoventilador Carmel.	Unidade	300	R\$60.000,00
2	Ventilador Pulmonar de emergência modelo Microtak Total	Unidade	3.000	R\$20.000,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contrato Nº 145/2020

¹⁴⁰Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus>>.

Em maio, foram firmados contratos com outras duas empresas brasileiras para a fabricação de

ventiladores pulmonares. As especificações encontram-se nas Tabelas 27 e 28 a seguir.

Tabela 27 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira LEISTUNG EQUIPAMENTOS LTDA.

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quantidade	Valor unitário
1	VENTILADOR PULMONAR MICROPROCESSADO Adulto Pediátrico, Marca: Leistung, Modelo: LUFT3	Unidade	1.200	R\$60.000,00
2	VENTILADOR PULMONAR MICROPROCESSADOR Adulto Pediátrico e Neonatal, Marca: Leistung, Modelo: Pr4-g	Unidade	02	R\$18.500,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contrato Nº 151/2020.¹

Tabela 28 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira.

Item	Descrição/Especificação	Unidade de Medida	Quantidade	Valor unitário
1	Ventilador Pulmonar Microprocessado WL3	Unidade	950	R\$60.000,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contrato Nº 179/2020.¹

Cabe destacar que, a despeito de o início da pandemia no Brasil ter ocorrido no final do mês de fevereiro – e do avanço expressivo de casos de COVID-19 no país nos meses de abril e maio, com o consequente aumento da procura por respiradores nesse período – os contratos foram firmados somente nos meses de abril e maio. Além disso, as previsões de entrega estabelecidas nos contratos

com as empresas apontavam que cerca de 50% dos respiradores seriam entregues até maio e a outra metade, somente nos meses de junho e julho, conforme demonstrado na Tabela 29. Estes fatos demonstram o descompasso entre a explosão do número de casos e a logística para aquisição e entrega dos equipamentos.

Tabela 29 – Número de respiradores comprados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as empresas brasileiras fabricantes e as previsões de prazos de entrega constantes nos contratos firmados com as respectivas empresas. Brasil, 2020.

Empresa / Mês previsto para entrega	Abril	Mai	Junho	Julho	TOTAL	TOTAL (%)
Magnamed Tecnologia s/s.	1.940	2.590	1.970	-	6.500	42,5
Intermed Equipamento Médico Hospitalar Ltda	300	1.500	2.500	-	4.300	28,1
KTK Industria Importação, Exportação e Comércio de Equipamentos Hospitalares Ltda.	-	1.150	1.650	500	3.300	21,6
Leistung Equipamentos Ltda.¹	-	302	400	500	1.202	7,9
Weg Drives & Controls - Automação Ltda	-	200	300	450	950	6,2
TOTAL	2.240	5.742	6.820	500	15.302	100,0
TOTAL (%)	14,6	37,5	44,6	3,3	100,0	

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contratos Nº 120, 137 e 145, 151 e 179 firmados em abril e maio de 2020¹.
Elaboração própria.

Somam-se a isso as notícias do Ministério da Saúde a respeito das entregas desses respiradores, nas quais evidenciamos que os prazos previstos não foram cumpridos. Em abril, foram entregues 272 respiradores (MS, 2020d), configurando apenas 12% da quantidade prevista para o mês.

Até o dia 18 de maio, mês no qual o sistema de saúde de algumas capitais do país registraram colapso, com elevadas taxas de ocupação de leitos e a formação de filas para vagas em UTIs (CERQUEIRA *et al.*, 2020), somente 823 respiradores haviam sido enviados pelo Ministério da Saúde a 16 estados (AGÊNCIA BRASIL, 2020), ou seja, 5,4% do total adquirido.

1.437 respiradores (9,4% do total comprado) haviam sido distribuídos pelo Ministério da Saúde até o dia 24 de maio, incluindo o envio de 55

aparelhos para unidades de saúde das Forças Armadas. Entre 29 de maio e primeiro de junho, ocorreram novos envios do Ministério da Saúde aos estados, totalizando 2.651 (17,3%), sendo 1.486 ventiladores de UTI e 1.165 ventiladores de transporte. Em 30 de junho, o registro era de 6.410 respiradores enviados aos estados, sendo menos da metade do total comprado (41,9%) quando, nesse mês, quase a totalidade dos equipamentos adquiridos deveria ter sido entregue (96,7%). Até o final de julho, quando todos os ventiladores comprados deveriam ter sido entregues, 8.449 deles haviam sido enviados pelo Ministério da Saúde (MS, 2020m; MS, 2020n), correspondendo a 55,2% do total contratado.

A Figura 4 mostra o número de ventiladores pulmonares entregues pelo Ministério da Saúde aos estados até o dia 30 de julho de 2020 (BRASIL, 2020l).

Figura 4 – Quantidade de ventiladores pulmonares distribuídos pelo Ministério da Saúde para cada Unidade Federativa (UF) até 30 de julho de 2020. Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Ainda com relação à quantidade de ventiladores adquiridos, vale mencionar a doação de mil equipamentos pelo governo dos Estados Unidos, tendo o Brasil recebido 400 unidades nos meses de junho e julho (MS, 2020n).

Centralização das compras de respiradores fabricados por empresas nacionais pelo Ministério da Saúde e tentativas de compras pelos estados

Com o intuito de centralizar a compra de respiradores produzidos por empresas brasileiras e distribuir em cada região do país conforme necessário, o Ministério da Saúde requisitou toda a

produção nacional e impediu a aquisição de 68 respiradores que haviam sido solicitados pelo governo do Maranhão à empresa Intermed. O ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), acatou o pedido do governador do Maranhão e determinou que a empresa entregasse os respiradores. Diante do bloqueio e do risco de captura dos equipamentos por países como Alemanha e EUA, para adquirir 107 respiradores e 200 mil máscaras de uma empresa chinesa, o estado alterou a rota da compra que veio pela Etiópia, desembarcou em São Paulo e foi direto para o Maranhão, onde passou pela Receita Federal (CARTA CAPITAL, 2020).

A seguir, encontram-se detalhamentos relacionados aos casos do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Rio de Janeiro

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que, em janeiro de 2020, antes de o início da pandemia no Brasil, o estado do Rio de Janeiro possuía 7.279 respiradores, sendo 4.131 localizados na capital (MS, 2020c), contabilizando 39,7 respiradores para cada 100 mil usuários do SUS. Já o município de São Paulo contava com 55,5 respiradores para cada 100 mil usuários (RACHE *et al.*, 2020).

A despeito da quantidade informada no CNES, em entrevista concedida a um jornal televisivo em abril de 2020, o governador do Rio de Janeiro declarou a existência de somente 400 respiradores no estado e que seriam necessários mais mil para enfrentamento da pandemia. Dessa forma, a quantidade de respiradores existente à época corresponderia a apenas 28,5% da quantidade ideal (DIÁRIO DO VALE, 2020). O estado do Rio de Janeiro recebeu 814 unidades do Ministério da Saúde até o dia 30 de junho, conforme ilustrado pela Figura 4, quantidade aquém da estipulada como necessária.

As entregas de respiradores pelo MS reforçaram a rede pública de saúde do estado do Rio. Uma remessa de 90 respiradores foi entregue no dia 9 de maio, e que segundo o site do governo estadual, foram entregues nas seguintes unidades: Hospital Alberto Torres (dez), Hospital Geral de Nova Iguaçu (dez), Hospital Desembargador Leal Júnior (cinco), Hospital de Campanha Maracanã (30), Hospital das Freiras (dez), Hospital de Bom Jesus de Itabapoana (dez), Hospital de Paraíba do Sul (oito), e outros, cujos locais ainda seriam definidos (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020). Uma nova remessa com mais 56 respiradores foi entregue no dia 18 de maio, na capital fluminense. Desse total, 20 foram entregues à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 16 à Secretaria Municipal de Saúde do Rio

de Janeiro (SMS) e 20 ao Hospital Federal de Bonsucesso, administrado pelo Ministério da Saúde. A SMS foi responsável por definir quais seriam as unidades de saúde que receberiam os respiradores, de acordo com o planejamento local (MS, 2020m).

Com relação às tentativas de compra de respiradores pelos governos estadual e municipal do Rio de Janeiro, a prefeitura fez uma licitação para a compra de 80 respiradores, vencida pela empresa nacional Magnamed. Contudo, a empresa anunciou que não entregaria os respiradores, pois a prefeitura não teria assinado o contrato no prazo estipulado. No dia 22 de abril, o prefeito da cidade informou ter obtido liminar da justiça para receber os respiradores, alegando que houve o empenho e a publicação no Diário Oficial relativa à aquisição (MOREIRA & SÁ, 2020).

Devido à falta de respiradores para atender casos mais graves, a prefeitura do Rio de Janeiro inaugurou o Hospital de Campanha do Rio Centro com redução da capacidade instalada. Contava com cem leitos (20 de UTI e 80 de enfermaria), perante o total dos 500 previstos anteriormente. Para abertura dos demais leitos, a Prefeitura aguardava 300 respiradores comprados da China (AGÊNCIA BRASIL, 2020; MAGALHÃES, 2020).

No dia 8 de junho, a prefeitura do Rio recebeu mais 162 respiradores. Os equipamentos vieram em um voo da China, que pousou no aeroporto internacional do Galeão, na Ilha do Governador, zona norte do Rio de Janeiro. Os equipamentos haviam sido comprados antes da pandemia do novo coronavírus (FERREIRA, 2020).

O governo do estado do Rio de Janeiro havia comprado mil respiradores – contudo, apenas 52 foram entregues, e se tratava de um modelo que não é recomendado para pacientes com COVID-19 (JORNAL NACIONAL, 2020). O produto, descrito como

Ventilador Astral 100, é diferente do equipamento que constava no processo, cuja descrição era de ventilador pulmonar microprocessado para suporte ventilatório de pacientes adultos, pediátricos e neonatais (MOURA, 2020a). O estado havia fechado em março três contratos para a compra de respiradores, por um custo de mais de R\$180 milhões – já tendo feito, à época, o pagamento de R\$33 milhões, com entrega imediata. Além da demora, havia indícios de irregularidades nos processos. A procuradoria da própria secretaria de saúde apontou que em dois dos contratos não houve pesquisa de mercado, e no outro, apesar da pesquisa, as concorrentes eram de fachada, pertencentes ao mesmo dono. Após as denúncias, o governo teve que rescindir os três contratos (JORNAL NACIONAL, 2020).

Durante uma investigação sobre desvios de recursos públicos da saúde do Rio de Janeiro, 97 respiradores foram apreendidos, permanecendo 40 dias no terminal de cargas do aeroporto internacional do Galeão. Os aparelhos foram comprados pela empresa MHS (FIGUEIREDO & PEREIRA 2020), e cada respirador custou R\$187 mil. A empresa recebeu, de forma antecipada, R\$18 milhões. No entanto, a carga chegou ao estado com quase dois meses de atraso. A empresa MHS é suspeita de envolvimento em fraudes na compra dos equipamentos (BRUZZI, 2020a). De acordo com o secretário de saúde da época, Fernando Ferry, os aparelhos não seriam usados porque não se sabia sobre sua procedência, qualidade e sobre como funcionavam. Inicialmente, dez respiradores seriam testados – porém, engenheiros da secretaria relataram que são de baixa qualidade e não há peças de reposição no Brasil (FIGUEIREDO & PEREIRA 2020).

Um relatório encomendado pela secretaria de saúde expôs falhas no funcionamento dos

aparelhos. O relatório apontou alterações importantes no volume da quantidade de ar e no percentual de oxigênio fornecidos – dois pontos considerados por especialistas como fundamentais para pacientes com COVID-19. Além dessas alegações, o documento assegura que os aparelhos não têm indicação externa de carga de bateria nem alarme visual e sonoro quando há ausência de rede elétrica. Este tipo de problema poderia fazer com que o equipamento desligasse sem aviso, passando a ser um risco para o paciente. O relatório concluiu que não foi possível comprovar que os aparelhos poderiam ser usados para atender pacientes com a doença causada pelo coronavírus (BRUZZI, 2020a).

Uma situação semelhante ocorreu com a organização social (OS) labas, responsável por administrar os hospitais de campanha do Rio de Janeiro. A OS importou 135 equipamentos da China, porém, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os equipamentos são 'carrinhos de anestesia' de modelo AX 400 e não respiradores, e não servem para tratar pacientes com COVID-19. A labas escreveu no formulário de importação que os equipamentos são respiradores, e podem exercer com total compatibilidade técnica a função de respirador. Em junho, o equipamento encontrava-se no aeroporto internacional do Rio de Janeiro e a Anvisa solicitou a alteração na especificação correta do tipo de material para que pudesse dar prosseguimento com a importação e pudesse liberar as cargas (NASCIMENTO, 2020).

Em investigação sobre as irregularidades, o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ), através da Secretaria Geral de Controle Externo (SGE), elaborou um relatório de auditoria governamental para averiguação dos contratos emergenciais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) na aquisição de respiradores que seriam utilizados no

período da pandemia do novo coronavírus.

A análise do corpo técnico apontou um aumento de R\$123.588.000 na compra dos respiradores. Por apresentar fortes indícios de fraude, o TCE-RJ encaminhou o relatório de auditoria para o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ). A auditoria apontou o ex-secretário estadual de saúde, Edmar José Alves dos Santos, e o ex-subsecretário, Gabriel Carvalho Neves Franco dos Santos, como os principais responsáveis pelas irregularidades – e solicitou a apresentação de razões de defesa ou o ressarcimento aos cofres públicos de R\$36.595.625,64.

A auditoria foi realizada em abril, entre os dias 27 e 30 em três contratos assinados, nos quais apresentava a proposta de aquisição de mil respiradores, com valor total de R\$183.588.000. Ao todo, foram contratadas três empresas: ARC Fontoura Indústria Comércio e Representações, A2A Comércio Serviços e Representações e MHS Produtos e Serviços. O estudo apontou que os respiradores foram adquiridos com preços que equivalem, em média, ao triplo do valor de referência no mercado, ocasionando um sobrepreço médio aproximado de 200%. A empresa ARC Fontoura aplicou um aumento de 183%, enquanto a A2A, 230%, e a MHS, 212%.

A auditoria apontou, ainda, sete achados de possíveis irregularidades. Dentre elas estava a contratação de empresas inaptas ao fornecimento emergencial pretendido, além do direcionamento ilícito da contratação. Também se viu pagamento antecipado sem a prestação de garantia e a ausência injustificada de estimativas de preço. Além disso, a auditoria também encontrou ausência injustificada de estimativas de quantidade, um sobrepreço injustificado das contratações emergenciais, e, por fim, liquidação irregular de despesa pelo recebimento de equipamentos inservíveis para os

fins a que se des-tinava a contratação (A VOZ DA SERRA, 2020).

As empresas não entregaram a encomenda e os contratos foram cancelados. Apesar de todos os envolvidos estarem sob investigação pela justiça, só foi possível bloquear 3% do total gasto – isto é, R\$35 milhões não foram encontrados. A justiça determinou a quebra do sigilo bancário das empresas envolvidas e de seus sócios. Com o intuito de recuperar o dinheiro investido pelo poder executivo, a Procuradoria Geral do Estado (PGE) pediu o bloqueio das contas bancárias dos acusados e das empresas envolvidas. A maior parte do valor investido foi pago para a MHS Produtos e Serviços, contratada para entregar 300 respiradores. O valor do contrato seria de aproximadamente R\$18 milhões. A organização não entregou os respiradores comprados e dos R\$18 milhões recebidos, somente R\$350 mil foi encontrado na conta da empresa. A empresa Arc Fontoura recebeu antecipadamente R\$8 milhões – contudo, a justiça conseguiu bloquear somente R\$700 mil.

Outros R\$10 milhões foram depositados na conta da A2A, uma empresa relacionada ao ramo de informática. A Justiça encontrou R\$150 mil deste total. Na conta de Aurino Batista de Souza Filho, dono da A2A, a Justiça encontrou apenas R\$422. O TCE cobra do ex-secretário de Saúde Edmar Santos e do ex-subsecretário Gabriel Neves a devolução dos R\$36 milhões pagos antecipadamente, pois compreende que são os responsáveis pelo prejuízo (BRUZZI, 2020b; TOLEDO, 2020).

Uma ferramenta do Ministério Público (MPRJ) relata que o estado do Rio de Janeiro foi o que pagou mais caro na compra de respiradores durante o período da pandemia, realizando as três compras mais caras do ano. O MP realizou uma comparação dos valores gastos pelo Rio com outros estados e com o Ministério da Saúde. A iniciativa é uma inovação do MPRJ em parceria com o Tribunal de Contas do Estado

(TCE). Além dos altos gastos, os acordos não foram cumpridos (BOISSON & FIGUEIREDO, 2020).

Em um ranking das empresas com os maiores preços estão:

Em primeiro lugar, a empresa A2A. O estado comprou 300 respiradores ao preço de R\$198 mil cada e nenhum foi entregue. Porém, a empresa recebeu R\$19,8 milhões dos cofres públicos. O dono da A2A Comércio, Serviços e Representações Ltda, Aurino Filho, foi preso na operação *Mercadores do Caos*.

Em segundo lugar está a compra de 300 respiradores do modelo VG70 Ventilator com a MHS, por R\$187 mil cada. O dono da MHS, Glauco Octaviano Guerra, também está preso. A empresa já recebeu mais de R\$18 milhões e, dos 300 respiradores, somente 97 chegaram ao país. No entanto, até o dia 26 de junho de 2020, os equipamentos continuavam no terminal de cargas do aeroporto Tom Jobim.

Em terceiro lugar está a ArcFontoura, que fechou um contrato de 400 respiradores com o estado ao custo de R\$169 mil. No entanto, entregou apenas 52, que não eram adequados para o suporte de pacientes com COVID-19. O dono da empresa e sua esposa também estão presos.

Desde o início da pandemia, o estado do Rio de Janeiro fez 160 contratações emergenciais sem licitação, com 95 empresas. Destas, o MPRJ apontou que pelo menos nove são investigadas por dano aos cofres públicos em negociações com o estado. O valor de todos os contratos somados passa de R\$1,7 bilhão (BOISSON & FIGUEIREDO, 2020).

Conforme apontamos, os 814 respiradores fornecidos pelo Ministério da Saúde (Figura 4), não foram o suficiente para atender a demanda do estado e do município do Rio de Janeiro. Também não foi possível identificar com clareza as

quantidades recebidas das tentativas de compras realizadas pelas instâncias municipal e estadual, muito em decorrência dos atrasos nas entregas e das fraudes nos contratos. Mesmo os equipamentos que foram entregues – além de não chegarem a tempo de evitar o colapso dos serviços públicos de saúde e a formação de filas de espera de pacientes por leitos de UTI –, alguns eram de modelos não adequados para tratar pacientes com COVID-19. Isto resultou em um número bem abaixo do estimado pelas autoridades como o ideal para equipar hospitais.

São Paulo

Em todo o estado de São Paulo, região mais afetada no período inicial da propagação da pandemia no país, havia 18.465 respiradores em janeiro de 2020, sendo 7.129 deles na capital (MS, 2020c). Neste período, o município de São Paulo contava com 55,5 respiradores para cada 100 mil usuários do SUS (RACHE *et al.*, 2020). O governo estadual projetou que seriam necessários de três mil a quatro mil respiradores extras (FREIRE, 2020).

No dia 18 de maio, o Ministério da Saúde enviou 20 respiradores para o estado de São Paulo (MS, 2020n). Já no dia 26 do mesmo mês, mais 150 foram entregues (MS, 2020o). No último fim de semana de maio, o estado de São Paulo foi reforçado com mais 290 respiradores, sendo 220 de UTI e 70 de transporte, que também poderiam ser utilizados em unidades de cuidados intensivos. O equipamento é indicado como suporte ventilatório em pacientes graves, infectados pela COVID-19 e que se encontram em sofrimento respiratório.

Os equipamentos desembarcaram no fim de maio na capital paulista e foram distribuídos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável por analisar que unidades de saúde e municípios mais necessitavam do equipamento naquele momento, de acordo com o planejamento local (MS, 2020p). Após

novas entregas realizadas no mês de junho, o estado de São Paulo recebeu 766 respiradores comprados e enviados pelo Ministério da Saúde (Figura 4).

No que se refere à compra de respiradores pelo governo do estado de São Paulo, no final de abril de 2020 foi anunciada a importação de três mil respiradores da China, com dispensa de licitação (PAGNAN & RODRIGUES, 2020). A negociação foi fechada com a representante das fabricantes Comen e Beijing Eternity, e Hichens Harrison Partners, com sede nos Estados Unidos (G1, 2020c). O alto valor do contrato, de R\$550 milhões, corresponde ao preço médio de pouco mais de R\$180 mil por equipamento (PAGNAN & RODRIGUES, 2020). Modelos similares no mercado custam R\$60 mil (G1, 2020c) – o que chamou a atenção do Ministério Público de SP, que anunciou que irá apurar as circunstâncias da compra. A SES/SP alegou que atendeu às exigências legais e que os preços decorrem da alta procura em âmbito mundial e da compra pelo Ministério da Saúde (MS) de toda a oferta de respiradores produzidos no Brasil (PAGNAN & RODRIGUES, 2020).

O governo do estado de São Paulo recebeu 333 respiradores no dia 26 de maio. Destes, 200 eram referentes à compra realizada com a Turquia, e 133 de compra realizada com a China e que estava com a entrega atrasada – compra esta que teve o pagamento antecipado de R\$242 milhões e é investigada pelo Ministério Público (MP) e pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE-SP). O atraso na entrega resultou em uma renegociação, diminuindo o volume da compra de três mil respiradores para 1.280, menos da metade do previsto inicialmente. O primeiro lote chegou no dia 20 de maio, porém com apenas 50 aparelhos.

Segundo o MP, o pagamento antecipado vai contra as regras para compras públicas. Além do valor pago antecipadamente, também está sendo

investigado o motivo do atraso na entrega e porque o governo do estado acertou a compra dos respiradores sem a exigência de contrato que requeresse garantias do fornecedor. O governo do estado aponta que no contrato fechado junto à Hichens se menciona a devolução do dinheiro e multa de 10% sobre o valor caso haja descumprimento das cláusulas. E que o pagamento antecipado foi realizado mediante parecer da Procuradoria Geral do Estado (PGE), que reconhecia a urgência da compra e antecipação do mercado global. As compras emergenciais seguem a lei 13.979 (G1, 2020c).

Cabe ressaltar que o governo do estado recebeu outros 60 aparelhos no fim de maio, adquiridos através da empresa nacional Magnamed após decisão judicial que derrubou a requisição do MS da totalidade da produção nacional (G1, 2020c).

O portal de transparência de São Paulo apresenta dados sobre as compras sem licitação durante a pandemia. Eles apontam que houve dois pagamentos, um no valor de R\$165,2 milhões, e outro, de R\$77 milhões, em nome da empresa Hichens Harrison Capital Partner LLC. Dessa forma, as 1.280 unidades informadas sairiam a um custo de R\$189,2 mil por unidade, tendo previsão de entrega para junho, segundo a SES/SP (TOLEDO, 2020). Mesmo após a renegociação das quantidades, diminuindo para 1.280 equipamentos, segundo o governo do estado, apenas 30% dos respiradores prometidos na repactuação foram entregues. No dia 16 de junho, o governo de São Paulo anunciou que o contrato estava sendo cancelado devido a problemas na entrega dos equipamentos. Até o dia 15 de junho, a pasta da saúde divulgou que apenas 433 unidades da referida compra feita na China haviam sido enviadas (BORGES & BITAR, 2020).

Segundo reportagem, os 200 equipamentos que chegaram da Turquia seriam montados e testados no

Hospital das Clínicas da USP antes de serem distribuídos para os novos leitos criados no estado (G1c, 2020). No dia 12 de junho, mais 650 respiradores foram recebidos, totalizando 1.500 aparelhos do modelo Biyovent. Os outros 850 desta aquisição já haviam sido entregues durante as últimas duas semanas. Esses equipamentos turcos foram adquiridos pela Fundação Butantan e doados ao governo de São Paulo para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (GOVERNO DO ESTADO E SÃO PAULO, 2020). Esta compra realizada pelo Instituto Butantan também está sendo investigada pelo TCE-SP, pois há a suspeita de superfaturamento na aquisição dos equipamentos – que pode passar de R\$44 milhões, segundo relatório de fiscalização do TCE. O contrato foi fechado com dispensa de licitação, no valor de R\$176 milhões em março deste ano (MOURA, 2020b).

Somando os aparelhos enviados pelo Ministério da Saúde (Figura 4) e os comprados diretamente pelo governo do estado, foram adquiridos 2.699 respiradores, uma quantidade abaixo da calculada como necessária pelo governo estadual.

Pesquisa e desenvolvimento de novos modelos nacionais: inovações em tempo recorde para atender à pandemia

Diversas universidades e empresas estão trabalhando em projetos para o desenvolvimento de ventiladores mecânicos de menor custo, buscando diminuir ou eliminar a dependência de peças importadas.

Pesquisadores da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli-USP) desenvolveram um modelo de ventilador mecânico emergencial, denominado *Inspire*, de baixo custo e capaz de ser montado em até duas horas. O protótipo passou pelas fases de testes em animais e em humanos e foi

regis-trado com licença *open source*, que permite sua fabricação mediante autorização da Anvisa (JORNAL DA USP, 2020; POLI-USP, 2020).

O Instituto Mauá de Tecnologia, em São Caetano, em parceria com a Mercedes-Benz, também desenvolveu um protótipo e o submeteu à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com vistas à autorização para produção (FRANÇA, 2020).

Pesquisadores do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e do Programa de Engenharia Biomédica da Coppe/UFRJ também estão desenvolvendo um protótipo de ventilador pulmonar mecânico que seja produzido com menor custo e em menor tempo do que os ventiladores atualmente disponíveis no mercado (GRELLET, 2020). O projeto para produção de ventiladores pela Coppe-UFRJ está sendo apoiado pela Petrobrás, que disponibilizou sua impressora 3D para produzir componentes dos protótipos e um sensor de oxigênio para a realização dos testes. (PETROBRAS, 2020).

Em 30 de abril, a Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) aprovou um projeto de lei que, se sancionado pelo governador do estado, permitirá o repasse de R\$5 milhões para a UFRJ produzir cinco mil respiradores. O custo desses respiradores é de, aproximadamente, R\$5 mil reais – cerca de 10% do valor de um equipamento comum – e serão doados a hospitais para uso emergencial durante a pandemia (DIÁRIO DO RIO, 2020).

Alunos e professores do Inatel, instituição de ensino e pesquisa de Santa Rita do Sapucaí, no sul de Minas Gerais, desenvolveram um novo modelo de respirador de baixo custo, que será produzido em parceria com a empresa de equipamentos Ventix, por meio de financiamento da Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii). A previsão é produzir 50 unidades do equipamento em 90 dias e, posteriormente, aumentar para até cem unidades por

dia (EMBRAPII, 2020; INATEL, 2020).

Outra iniciativa foi o desenvolvimento e disponibilização, pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), da licença de um respirador de baixo custo para as empresas interessadas em produzir o modelo (UFPB, 2020).

Na Universidade Federal do Delta (UFDPAr), no Piauí, um grupo de fisioterapeutas desenvolveu um ventilador mecânico portátil de baixo custo. Em outro projeto desenvolvido em conjunto pela UFDPAr e Universidade Federal do Piauí (UFPI), o equipamento poderia ser monitorado à distância, com preço menor do que a média do mercado. Ambos os projetos desenvolvidos no Piauí estariam aguardando homologação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (COSTA, 2020).

Um novo modelo de ventilador pulmonar, denominado *Frank 5010*, foi desenvolvido por um grupo de engenheiros voluntários, sob a coordenação do Parque de Ciência, Tecnologia e Inovação da Universidade de Caxias do Sul, no sul do país, e aguarda autorização por parte da Anvisa (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

De acordo com estimativas do governo federal, a entrada de novas empresas no ciclo de fabricação poderia incrementar a produção nacional em cerca de quatro mil aparelhos em 90 dias (FREIRE, 2020).

A pandemia traz à tona a importância das universidades e de aumentar investimentos em ciência e tecnologia, além de evidenciar o potencial da saúde como propulsora de desenvolvimento no país.

Utilização de respiradores por mais de um paciente

Outra possível alternativa apontada por pesquisadores como uma possibilidade em casos de extrema urgência seria a utilização de respiradores por mais de um paciente. Inspirados em um estudo

da Universidade de Michigan publicado em 2006, o médico Emanuel Bonazina e os fisioterapeutas Márcio Laguna e André Bacchin dividiram a mangueira do respirador que simula a traqueia humana em forma de Y, de modo a ampliar a capacidade do aparelho. Dentre as limitações desta técnica, está a necessidade de que os pacientes tenham porte físico, peso, altura e dinâmica respiratória semelhantes (UOL, 2020b).

Considerações finais: a quantidade de respiradores é ou foi suficiente?

Antes de o início da pandemia, o Brasil tinha 65.411 respiradores. Se incluídos os 3.639 que poderiam ser consertados e os 15.302 novos aparelhos comprados, o Brasil contará com mais de 80 mil equipamentos em 2020. Apesar de medidas positivas de aumento da produção por empresas brasileiras e de o Ministério da Saúde (MS) ter conseguido contratar o número planejado de equipamentos previsto no projeto nacional, poucas unidades foram entregues nos meses de abril e maio – período de pleno avanço da pandemia pelo país. Além disso, até o início do mês de julho, menos da metade do total contratado pelo MS havia sido entregue.

Ressaltamos o atraso do governo para iniciar as negociações e efetivar as compras. Tais procedimentos poderiam ter sido realizados antes mesmo do surgimento de casos, quando a doença se alastrava pela China e pela Europa. Isto teria evitado o lapso temporal entre o aumento exponencial do número de casos confirmados de COVID-19 e os períodos de aquisição e entrega dos respiradores.

Além da procrastinação evidenciada na organização e planejamento de medidas sanitárias para enfrentamento da pandemia, a aquisição de ventiladores pulmonares foi permeada pela disputa entre MS e estados. Houve também contratos cancelados por empresas chinesas, indícios de fraudes e compras

superfaturadas, compras de equipamentos que não foram entregues ou de respiradores não recomendados para tratamento de COVID-19.

Dado o ritmo de propagação da doença no Brasil, a quantidade de respiradores se mostrou insuficiente perante o colapso do sistema de saúde identificado em cidades como Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro e Belém. Todos estes locais registraram taxas elevadas de ocupação de leitos e filas de espera para leitos de UTI.

A falta de respiradores impediu a expansão do número de leitos nos hospitais existentes, além do início das atividades dos hospitais de campanha previstos. Implicou também na redução de sua capacidade de funcionamento, tendo em vista a necessidade de ter certa quantidade de ventiladores para uma parcela dos pacientes em estado crítico que apresentassem insuficiência respiratória. A demora para receber os equipamentos contratados agravou a situação e prenunciou o colapso do sistema de saúde.

Assim, torna-se premente ampliar investimentos para aumentar a produção nacional desses equipamentos. É igualmente importante acelerar a entrega dos respiradores contratados a fim de atender às necessidades dos indivíduos em estado crítico – e evitar nova onda de colapso do sistema de saúde diante da tendência de flexibilização precoce das medidas de isolamento social.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). 2020a. **Nota sobre ventiladores pulmonares**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Nota+informativa_Ventiladores+pulmonares.pdf/0213a634-1db4-4892-b122-124830918ecc>. Acesso em: 02 jul. 2020.

_____. 2020b. **Ventiladores pulmonares: Brasil amplia a produção**. ANVISA, Notícias, 10/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/ventiladores-pulmonares-brasil-ampliando-a-producao/219201?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fportal.anvisa.gov.br%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1%26p_r_p_564233524_tag%3Dventiladores%2Bpulmonares>. Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. 2020c. **Ventilador pulmonar: passo a passo básico para produção**. ANVISA, Notícias, 16/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/ventilador-pulmonar-passo-a-passo-basico-para-producao/219201?p_p_auth=vImCzInC&inheritRedirect=false>. Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. 2020d. **Desenvolvimento e Regularização de Ventiladores Pulmonares – Emergência COVID-19**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Desenvolvimento+e+Regulariza%C3%A7%C3%A3o+de+Ventiladores.pdf/9ef89d9e-be4f-4236-ba43-eedba742299c>>. Acesso em: 30/04/2020.

_____. 2020e. **Permitida importação de equipamentos usados para UTI**. ANVISA, Notícias, 28/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/permitida-importacao-de-equipamentos-usados-para-uti-/219201?p_p_auth=LMjBCDZ0&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fportal.anvisa.gov.br%2Fnoticias%3Fp_p_auth%3DLmJBCDZ0%26p_p_id%3D101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3D118_INSTANCE_KzfwbqagUNdE_column-2%26p_p_col_count%3D2>. Acesso em: 30 abr. 2020.

AGÊNCIA BRASIL. **Rio inaugura hospital de campanha para COVID-19**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/prefeitura-do-rio-inaugura-leitos-no-hospital-de-campanha-no-riocentro>>. Acesso em: 01/05/2020.

AGRELA, L. **Por que os respiradores viraram o ponto crítico no tratamento da COVID-19**. Exame, 22/03/2020. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/por-que-os-respiradores-viraram-o-ponto-critico-no-tratamento-da-COVID-19/>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

AGUIAR, G. **Fabricantes trocam produção de carro por máscaras e respiradores no Brasil**. Quatro Rodas, 25/03/2020. Disponível em: <<https://quatrorodas.abril.com.br/noticias/fabricantes-trocam-producao-de-carro-por-mascaras-e-respiradores-no-brasil/>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao paciente com COVID-19.** Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/26/Nota_tecnica_sobre_caracteristicas_de_aparelhos_ventiladores_artificiais_no_suporte_ao_paciente_com_COVID-19.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

A VOZ DA SERRA. **TCE aponta irregularidades na compra de respiradores pelo estado, 23/05/2020.** Disponível em: <<https://avozdaserra.com.br/noticias/tce-aponta-irregularidades-na-compra-de-respiradores-pelo-estado>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BOISSON, G.; FIGUEIREDO, P. **RJ foi estado que pagou mais caro na compra de respiradores durante pandemia da COVID-19, aponta MPRJ.** G1, 26/06/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/26/rj-foi-estado-que-pagou-mais-carona-compra-de-respiradores-durante-pandemia-da-COVID-19-aponta-mprij.ghtml>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BORGES, B.; BITAR, R. **Governo de SP cancela compra de respiradores da China devido a problemas na entrega dos equipamentos.** G1, 16/06/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/16/governo-de-sp-cancela-compra-de-respiradores-da-china-devido-a-problemas-na-entrega-dos-equipamentos.ght>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRUZZI, M. 2020a. **Respiradores comprados pelo RJ e parados no Aeroporto do Galeão têm falhas, indica relatório.** G1, 27/06/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/27/respiradores-comprados-pelo-rj-e-parados-no-aeroporto-do-galeao-tem-falhas-indica-relatorio.ghtml>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRUZZI, M. 2020b. **Justiça só encontra R\$ 1,2 milhão dos R\$ 36 milhões pagos pelo governo do RJ na compra de respiradores que não foram entregues.** G1, 26/05/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/26/justica-so-encontra-r-12-milhao-dos-r-36-milhoes-pagos-pelo-governo-do-rj-na-compra-de-respiradores-que-nao-foram-entregues.ghtml>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

CARTA CAPITAL. **STF atende pedido de Flávio Dino e governo federal terá que entregar respiradores ao Maranhão.** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/stf-atende-pedido-de-flavio-dino-e-governo-federal-tera-que-entregar-respiradores-ao-maranhao/>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CERQUEIRA, S.; THOMAS, A. J.; BRUNO, C. **Covid-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise.** Veja, 15/05/2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/covid-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

COSTA, C. **Respiradores de baixo custo desenvolvidos por piauienses aguardam aprovação da Anvisa.** G1, 26/04/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2020/04/26/respiradores-de-baixo-custo-desenvolvidos-por-piauienses-aguardam-aprovacao-da-anvisa.ghtml>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

DIÁRIO DO RIO. **Alerj vai doar R\$ 5 milhões à UFRJ para produção de respiradores.** Disponível em: <<https://diariodorio.com/alerj-vai-doar-r-5-milhoes-a-ufrj-para-producao-de-respirador>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

DIÁRIO DO VALE. **Rio tem menos de 30% dos respiradores necessários, afirma Witzel.** Disponível em: <<https://diariodovale.com.br/tempo-real/rio-tem-menos-de-30-dos-respiradores-necessarios-afirma-witzel/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA E INOVAÇÃO INDUSTRIAL (EMBRAPII). **Novo ventilador pulmonar vai ajudar no tratamento de pacientes graves da COVID-19.** Disponível em: <<https://embrapii.org.br/novo-ventilador-pulmonar-vai-ajudar-no-tratamento-de-pacientes-graves-da-COVID-19/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FERREIRA, L. **Rio recebe mais 162 respiradores para tratamento da COVID-19.** R7, 08/07/2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/rio-recebe-mais-162-respiradores-para-tratamento-da-COVID-19-08062020>>. Acesso em: 10/06/2020.

FIGUEIREDO, P; PEREIRA, W. **Respiradores para COVID-19 apreendidos estão parados há 40 dias no Aeroporto do Galeão, Rio.** G1, 17/06/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/17/respiradores-pulmonares-apreendidos-estao-parados-ha-40-dias-no-aeroporto-do-galeao-rio.ghtml>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FRANÇA, A. **O Brasil tenta respirar.** ISTO É, 10/04/2020. Disponível em: <<https://istoe.com.br/o-brasil-tenta-respirar/>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

FREIRE, V. T. **Montadoras e empresas químicas e têxteis produzem insumos hospitalares.** Folha de São Paulo, 05/04/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/montadoras-e-empresas-quimicas-e-texteis-produzem-insumos-hospitalares.shtml>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

G1. 2020a. **Empresa chinesa cancela venda de 600 respiradores contratados para a Bahia e o Ceará: carga fica retida em Miami.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/04/03/empresa-cancela-compra-de-400-respiradores-para-bahia-e-200-para-ceara.ghtml>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

G1. 2020b. **EUA negam ter bloqueado encomenda de materiais médicos para tratar o coronavírus que havia sido feita pela Bahia.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/04/04/eua-negam-ter-bloqueado-encomenda-de-materiais-medicos-da-china-pela-bahia.ghtml>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

G1. 2020c. **SP recebe 330 respiradores para COVID-19: 133 de compra investigada da China.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/26/sp-recebe-330-respiradores-para-covid-19-133-de-compra-investigada-da-china.ghtml>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

GODOY, D. **Operação de guerra: como uma empresa de ventiladores pulmonares multiplicou por 30 sua produção na pandemia de COVID-19.** *Revista Exame*, 01 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Secretaria de Saúde recebe 90 respiradores para equipar hospitais.** Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/05/secretaria-de-saude-recebe-90-respiradores-para-equipar-hospitais>>. Acesso em 08 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **São Paulo recebe da Turquia 650 respiradores e totaliza compra de 1,5 mil.** Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sao-paulo-recebe-da-turquia-650-respiradores-e-totaliza-compra-de-15-mil/>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GRELLET, F. **UFRJ desenvolve ventilador pulmonar que pode ser fabricado em massa contra COVID-19.** *Estadão*, 27/03/2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ufrj-desenvolve-ventilador-pulmonar-que-pode-ser-fabricado-em-massa-contr-COVID-19,70003251294>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

INATEL. **Universitários do Sul de Minas desenvolvem ventilador pulmonar pressurizado.** 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.inatel.br/imprensa/noticias/pesquisa-e-inovacao/3424-universitarios-do-sul-de-minas-desenvolvem-ventilador-pulmonar-pressurizado>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

JORNAL DA USP. **Ventilador pulmonar emergencial criado por engenheiros da USP é aprovado nos testes.** 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/ventilador-pulmonar-emergencial-criado-por-engenheiros-da-usp-e-aprovado-nos-testes/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

JORNAL NACIONAL. **Além de atraso na entrega, há indícios de irregularidades na compra de respiradores no RJ.** G1, 15 mai 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/05/15/alem-de-atraso-na-entrega-ha-indicios-de-irregularidades-na-compra-de-respiradores-no-rj.ghtml>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 2020a. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19.** Brasília, 06 de abril de 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/ddt-COVID-19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. 2020b. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico].** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 48 p. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-COVID-19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. 2020c. **DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipobr.def>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

_____. 2020d. **Brasil inicia entregas de solução nacional para respiradores.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46790-brasil-inicia-entregas-de-solucao-nacional-para-respiradores>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

_____. 2020e. **Contratos coronavírus.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. 2020f. **CONTRATO Nº 106/2020.** Disponível em:<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/15/CT106-2020.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. 2020g. **CONTRATO Nº 112/2020.** Disponível em:<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/15/CT106-2020.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. 2020h. **Ministério Saúde compra mais 3,3 mil respiradores fabricados no Brasil.** Disponível em:<<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46759-ministerio-saude-compra-mais-3-3-mil-respiradores-fabricados-no-brasil>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

_____. 2020i. **Ministério da Saúde adquire 6,5 mil respiradores fabricados no Brasil.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46689-ministerio-da-saude-adquire-6-5-mil-respiradores-fabricados-no-brasil-5>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. 2020j. **Governo do Brasil entrega mais de mil ventiladores pulmonares.** 26 mai. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46939-governo-do-brasil-entrega-mais-de-mil-respiradores-pulmonares>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

_____. 2020k. **Coletiva de imprensa.** 02/06/2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/02/02.06.2020_Coletiva%20de%20imprensa%20completa%20final.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2020.

_____. 2020l. **Ministério da Saúde entrega novos 117 ventiladores pulmonares.** 01 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47154-ministerio-da-saude-entrega-novos-117-ventiladores-pulmonares>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

_____. 2020m. **Ministério da Saúde entrega mais 56 ventiladores pulmonares ao Rio de Janeiro.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46903-ministerio-da-saude-entrega-mais-56-respiradores-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

_____. 2020n. **Ministério da Saúde envia 20 ventiladores pulmonares para São Paulo.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46901-ministerio-da-saude-envia-20-respiradores-para-sao-paulo>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

_____. 2020o. **Ministério da Saúde envia mais 150 ventiladores pulmonares para São Paulo.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46950-ministerio-da-saude-envia-mais-150-respiradores-para-sao-paulo>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

_____. 2020p. **São Paulo recebe mais 290 ventiladores pulmonares.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47008-sao-paulo-recebe-mais-290-ventiladores-pulmonares>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MAGALHÃES, L.E. **Por falta de respiradores, Crivella admite que hospital do Riocentro pode ser inaugurado de forma parcial.** *O Globo*, 27/04/2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/por-falta-de-respiradores-crivella-admite-que-hospital-do-riocentro-pode-ser-inaugurado-de-forma-parcial-1-24396997>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MOREIRA, G.; SÁ, J. **Prefeitura do Rio não vai receber os 80 respiradores porque contrato não foi assinado, diz empresa.** *G1*, 24/04/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/24/empresa-diz-que-nao-vai-entregar-80-respiradores-a-prefeitura-do-rio-porque-contrato-nao-foi-assinado.ghtml>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MOURA, P. 2020a. **RJ recebe respiradores que não servem para tratar COVID-19.** *Pleno News*, 11/05/2020. Disponível em: <<https://pleno.news/brasil/politica-nacional/rj-recebe-respiradores-que-nao-servem-para-tratar-COVID-19.html>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MOURA, P. 2020b. SP: **TCE investiga sobrepreço em compra de respiradores.** *Pleno News*, 04/07/2020. Disponível em: <<https://pleno.news/brasil/cidades/sp-tce-investiga-sobrepreco-em-compra-de-respiradores.html>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

NASCIMENTO, T. **Equipamentos importados para hospitais de campanha do RJ não são respiradores, diz Anvisa.** *G1*, 01/06/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/01/equipamentos-importados-para-hospitais-de-campanha-do-rj-nao-sao-respiradores-diz-anvisa.ghtml>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

NORONHA, K. et al. **Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do COVID-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Nota Técnica n.1.** CEDEPLAR/UFMG: Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <<https://geesc.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-tecnica-final-COVID-19-revisado2.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PAGNAN, R; RODRIGUES, A. **Doria compra respiradores sem licitação da China por R\$ 550 mil: promotoria investiga.** *Folha de São Paulo*, 29/04/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/doria-compra-respiradores-sem-licitacao-da-china-por-r-550-mi-promotoria-investiga.shtml>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PETROBRAS. **Coronavírus: apoio ao desenvolvimento de ventiladores pulmonares para tratamento da Covid-19.** 2020. Disponível em: <https://nossaenergia.petrobras.com.br/pt/sustentabilidade/apoio-ao-desenvolvimento-de-ventiladores-pulmonares-para-tratamento-da-covid-19/?gclid=Cj0KCCQjw3ZX4BRDmARIsAFYh7ZLF303jr1CDaHdy3B8MDf6mUJImSM1co80QpZ31K7hNcqsWqXc1MTkaAgHaEALw_wcB>. Acesso em: 08 jul. 2020.

POLI-USP. **INSPIRE: ventilador pulmonar aberto de baixo custo.** 2020. Disponível em: <<https://www.poli.usp.br/inspire>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

PORTAL DA INDÚSTRIA. **SENAI e grandes indústrias se unem para fazer manutenção de respiradores mecânicos.** *Agência CNI de Notícias*, 30/03/2020. Disponível em: <<https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/saude-e-qualidade-de-vida/senai-e-grandes-empresas-farao-manutencao-de-respiradores-mecanicos/>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

PORTELA, M.C. et al. **Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID19.** Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40749>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

RACHE, B. et al. **Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota técnica n. 3.** Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS): São Paulo, mar. 2020. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/Txt_Sanitarios/Necessidades_infra_SUS.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria de Inovação, Ciência e Tecnologia. Pesquisadores da UCS desenvolvem ventilador pulmonar mais acessível.** 21/05/2020. Disponível em: <www.inova.rs.gov.br/pesquisadores-da-ucs-desenvolvem-ventilador-pulmonar-mais-acessivel>. Acesso em: 08 jul. 2020.

TOLEDO, L.F. **Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações.** *CNN*, 26/05/2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/26/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

UFPB. **Respirador pulmonar da UFPB tem licença liberada para produção por empresas.** Disponível em: <<https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/respirador-pulmonar-da-ufpb-tem-licenca-liberada-para-producao-por-empresas>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

UOL. 2020a. **Brasil produzirá 14 mil respiradores após fracasso em negociações com China.** Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/04/08/brasil-produzira-14-mil-respiradores-apos-fracasso-em-negociacoes-com-china.htm?>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

UOL. 2020b **Profissionais de saúde do RS adaptam respirador para atender mais pacientes.** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/25/profissionais-do-rs-adaptam-respirador-para-atender-mais-pacientes.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

VARGAS, M. **Ministério toma calote de 15 mil respiradores importados e depende de produção nacional.** *Estadão*, 29/04/2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-toma-calote-de-15-mil-respiradores-importados-e-depende-de-producao-nacional,70003287581>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

VIDALE, G. **Coronavírus: Brasil tem 61.000 respiradores funcionando. É suficiente?** *Veja*, 27/03/2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/coronavirus-brasil-tem-61-000-respiradores-funcionando-e-suficiente/>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical specifications for invasive and non-invasive ventilators for COVID-19: interim guidance.** 15 April 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331792>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

Tabelas

Tabela 24 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira <i>Magnamed</i>	108
Tabela 25 – Descrição, quantidade e valor dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira <i>Intermed</i>	108
Tabela 26 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira KTK.	108
Tabela 27 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira LEISTUNG EQUIPAMENTOS LTDA.	109
Tabela 28 – Descrição, quantidade e valores dos ventiladores comprados pelo Ministério da Saúde com a empresa brasileira.	109
Tabela 29 – Número de respiradores comprados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as empresas brasileiras fabricantes e as previsões de prazos de entrega constantes nos contratos firmados com as respectivas empresas. Brasil, 2020.	110

Figuras

Figura 4 – Quantidade de ventiladores pulmonares distribuídos pelo Ministério da Saúde para cada Unidade Federativa (UF) até 30 de julho de 2020. Brasil.....	111
---	-----

Sumário

Nota Técnica IV - Testagem diagnóstica para COVID-19: Considerações sobre as medidas governamentais e a oferta privada de testes durante a pandemia

Oferta de testes e reagentes	131
Preços dos testes	132
Preço dos kits de testagem PCR.....	132
Testes rápidos.....	133
Registros de testes diagnósticos para COVID-19 na Anvisa	134
Aquisições e doações de testes	135
Compras públicas	136
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)	137
Doação da Petrobrás	137
Doação da Vale do Rio Doce	137
Laboratório DASA	137
Empresa Cepheid.....	138
Compras privadas	138
Falta de insumos reduz a capacidade de realização de Testes PCR	138
Capacidade de realização dos testes	139
Iniciativas estaduais	141
Rio de Janeiro	141
São Paulo	142
Filas de testagem de casos suspeitos nos estados.....	144
Considerações finais: por que o Brasil testa pouco?.....	145
Referências	147
Produção de EPIs no Brasil	162

NOTA TÉCNICA IV - TESTAGEM DIAGNÓSTICA PARA COVID-19: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS GOVERNAMENTAIS E A OFERTA PRIVADA DE TESTES DURANTE A PANDEMIA

Os testes diagnósticos são insumos estratégicos para o enfrentamento da pandemia, pois permitem rastrear a propagação do vírus, compreender os aspectos epidemiológicos da COVID-19 e orientar tomadas de decisões sobre medidas de isolamento social e de organização da rede assistencial do sistema de saúde (OMS, 2020a, 2020c; FISHER *et al.*, 2020).

Medidas mais agressivas de distanciamento social – combinadas com testagem em maior escala e isolamento de pessoas infectadas – foram exitosas em países como Singapura e Coreia do Sul (ALVES, 2020). Por outro lado, a insuficiência de estratégias de testagem tem sido apontada como elemento chave para o fracasso no enfrentamento da pandemia em países como os Estados Unidos (SCHNEIDER, 2020).

A amplitude e a velocidade da disseminação do vírus no mundo levaram à falta global de kits e reagentes para testes, e desafiaram a capacidade dos sistemas de saúde de realizar, processar e obter resultados em tempo adequado (OMS, 2020b).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em cenário de escassez de oferta, a testagem deve priorizar grupos vulneráveis da população, profissionais da saúde e indivíduos sintomáticos em contextos específicos como escolas, casas de repouso e prisões (OMS, 2020b).

Logo após a identificação da sequência genética do novo coronavírus, tornaram-se disponíveis testes de diagnóstico baseados na detecção da sequência viral por transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-qPCR). Este teste molecu-

lar quantitativo é realizado em laboratório e considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da COVID-19.

Testes RT-qPCR, no entanto, são caros e demorados pois exigem instalações laboratoriais e técnicas específicas, além de níveis restritos de biossegurança. Alternativamente, surgiram testes sorológicos rápidos, que podem ser realizados no local de coleta, com resultados entre 10 e 60 minutos.

Esses testes medem a quantidade de dois anticorpos (IgG e IgM) que o organismo produz após entrar em contato com um invasor, no caso, o SARS-CoV-2. Sua sorologia, na maioria dos pacientes, é convertida entre sete e onze dias após a exposição ao vírus, embora alguns pacientes apresentem anticorpos mais cedo (ANVISA, 22/04/2020). Pesquisas recentes mostram que a queda do nível de anticorpos ao longo do tempo pode implicar a perda da confiabilidade destes testes (LONG *et al.*, 2020). Os testes rápidos para anticorpos se diferenciam entre si quanto às características do produto, ao limite de detecção, ao desempenho esperado e ao tempo de leitura (ANVISA, 22/04/2020).

Os testes de anticorpos para SARS-CoV-2 permitem o rastreamento de contatos, a vigilância epidemiológica, inclusive em nível local – e a identificação de quem já teve contato com o vírus, conferindo se houve imunidade protetora (PATEL *et al.*, 2020).

Desde março de 2020, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) avaliou centenas de pedidos de registro de testes para COVID-19. Até 25 de abril existiam 43 produtos para diagnóstico de COVID-19 registrados na Anvisa, deferidos e disponíveis comercialmente, sendo a maioria deles testes rápidos (ANVISA, 2020). Em 17 de julho, já eram 301 testes registrados na Anvisa, nas metodologias RT-qPCR, Elisa, imunoensaio quimioluminescente (CLIA), imunoensaio de micropartículas por quimioluminescência (CMIA), imuno fluorescência (FIA) e imunocromatografia.

Persistem indefinições técnicas sobre a população a ser coberta pela testagem, e questiona-se a existência de estrutura e falta de profissionais capacitados para conduzir os testes, o que pode repercutir na utilização inadequada e no pior desempenho deles.

Entidades médicas e científicas nacionais, como a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e a Sociedade Brasileira de Microbiologia (SBM) alertaram sobre as limitações na acurácia dos testes e as indefinições das finalidades de uso e da população a ser coberta (SBPC/ML *et al.*, 2020). A própria Anvisa registra que os testes rápidos não servem para diagnóstico da COVID-19, sendo indicados apenas para outros usos e contextos (ANVISA, 2020c).

Muitos trabalhos apontam limitações no uso destes testes (RAMDAS, DARZI & JAIN, 2020). Uma revisão sistemática da literatura internacional mostrou uma grande variação de qualidade entre diferentes metodologias de testes, em particular uma baixa qualidade nos chamados testes rápidos sorológicos (*point-of-care serological tests*). Os estudos sugerem mais pesquisas para sua avaliação e não dão suporte ao seu uso (Lisboa Bastos *et al.*, 2020).

Também cabem questionamentos sobre a produção, preço, disponibilidade, financiamento e capacidade nacional de testes para COVID-19.

Oferta de testes e reagentes

Globalmente, a produção dos reagentes e equipamentos necessários para a realização dos testes moleculares RT-qPCR está concentrada em grandes

empresas como Roche Diagnostics, Thermo Fisher Scientific, Qiagen (em processo de aquisição pela Thermo Fisher) e Quest Diagnostics (SHERIDAN, 2020).

O Brasil tem instituições de referência em pesquisa e desenvolvimento envolvendo este tipo de técnica, já antes nomeadas como Centros Nacionais de Influenza (NIC): o Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ); o Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Evandro Chagas (IEC/SVS/MS); e o Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL/SES-SP). Capacitados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e que passaram a servir de laboratórios de referência para 2019-nCov. (BE3, BE8)¹⁴¹.

Também houve desenvolvimento de alternativas de testes moleculares menos sofisticados do que a RT-qPCR, (UFRJ, 2020; BERNARDES, 2020). Somam-se iniciativas voluntárias e forças-tarefa pontuais de universidades, envolvendo professores, pesquisadores e alunos, cedendo equipamentos e reagentes, porém de curto alcance para suprir demandas locais de hospitais universitários e serviços municipais (EPTV, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) chegou a recomendar o RT-qPCR para diagnóstico de casos graves internados e de casos leves em unidades sentinela para monitoramento da epidemia; e os testes rápidos, principalmente na segurança e proteção dos profissionais de serviços de saúde e segurança (BE08).

Na prática, as estratégias de ampliação de testagem passaram a se basear na distribuição e aplicação de *kits* de teste rápido. O uso de testes RT-qPCR permaneceu muito restrito ao diagnóstico de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

¹⁴¹ Para facilitar a leitura, os Boletins Epidemiológicos (BE) semanais publicados pelo Centro de Operações Emergenciais em Saúde Pública do Ministério da Saúde

serão apenas pela sua numeração. Para a referência completa e acesso aos documentos, ver COE-nCoV (2020).

que foram internados em hospitais ou pronto-atendimentos. A ampliação do escopo do uso destes testes foi anunciada no final de junho apenas em unidades sentinela, que passaram a realizar testes em 100% de suas coletas (AGÊNCIA SAÚDE, 2020m).

Com o avanço da pandemia, os testes rápidos passaram também a ser utilizados em pesquisas de prevalência populacional da infecção, como no caso da Epicovid19-BR, realizada com *kits* disponibilizados pelo MS (Hallal *et al.*, 2020).

Foram ainda desenvolvidos testes laboratoriais baseados na resposta imunológica (Elisa), que passaram a ser vendidos e utilizados em estudos de soroprevalência da COVID-19 na população (Cf. TESS *et al.*, 2020; COPPE UFRJ).

Todas as modalidades de teste têm como gargalo a necessidade de importação de *kits*, reagentes e outros insumos. No entanto, as informações sobre essas operações comerciais são escassas.

Preços dos testes

Preço dos kits de testagem PCR

O valor a ser pago pelo governo por teste de RT-qPCR está entre R\$75 e R\$100, “mas é possível que o custo seja um pouco maior do que isso”, segundo a Fiocruz (MONSORES, 2020). Supomos tratar-se do preço dos *kits* para repasse a laboratórios públicos, que também terão gastos à parte com equipamentos, pessoal e infraestrutura para realizá-los. Em documento do dia 14 de abril, disponibilizado no boletim epidemiológico do Centro de Operações de Emergência (COE) COVID-19 n. 12, a Fiocruz afirmava que o *kit* de testagem RT-qPCR estava sendo desenvolvido ao custo de R\$52 (o que não inclui estrutura, equipamento e pessoal) (BE12, p. 54). Esta evolução provavelmente se deve ao ganho de escala obtido, na medida em que a Fiocruz foi sendo acionada para produzir quantidades crescen-

tes de testes. Contudo, permanece sem resposta o custo real, tanto do teste molecular quanto do teste rápido. Isto exigiria estudos mais abrangentes em que se pudesse considerar o pessoal qualificado dos laboratórios, os equipamentos e a infraestrutura necessária nos custos unitários.

Dentre as poucas referências ao custo total estão notícias que afirmam que o Grupo Fleury estava disponibilizando testes RT-qPCR para hospitais credenciados a um preço de custo de R\$150 (MONSORES, 2020).

No *site* de uma empresa de São Paulo, foi anunciada a pré-venda de *kits* de testes rápidos para COVID-19 a R\$80 reais a unidade (FELIZARDO, 2020).

Em 21 de abril, o Grupo Fleury anunciou uma parceria com outras empresas (Bradesco Seguros, Coca-Cola Brasil e Coca-Cola FEMSA) para produzir testes a preço de custo para profissionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) (Grupo FLEURY, 2020b). R\$4 milhões foram doados para o Fleury realizar cerca de 26 mil testes, portanto ao valor unitário de R\$153,85.

Convém ressaltar que, caso este valor seja equivalente ao custo de produção unitário nesta empresa, seu valor considera uma grande escala de produção, já que ela possui um dos maiores laboratórios privados de análises clínicas do país. Sugerimos, portanto, que laboratórios oficiais de menor porte, laboratórios universitários e laboratórios privados de menor porte teriam, se fosse possível determinar um custo unitário, custos de produção provavelmente maiores que esse valor.

Os custos de realização dos testes pela iniciativa privada não são transparentes. Este valor é afetado pela necessidade de importação dos insumos e pela capacidade dos grandes laboratórios de atuarem em escala mais eficiente. O que tem se apresentado publicamente são preços divulgados pelas empresas ou apurados em reportagens da imprensa.

Em divulgação no início da pandemia (17 de fevereiro), o laboratório DASA afirmou que o teste custaria entre R\$700 e R\$900 (FÉLIX, 2020), dado que foi repercutido também pelo Ministério da Saúde (BE12) e que parece deslocado da realidade atual do mercado. Em notícia de mercado de 28 de fevereiro, o valor relatado para teste no DASA já era de R\$280 (PANORAMA FARMACÊUTICO, 2020a).

Outras empresas líderes do setor têm vendido o exame no mercado por preços entre R\$200 e R\$300. O Fleury oferece o teste apenas dentro de hospitais parceiros, ao custo de R\$150, e não divulgou números sobre a quantidade (MONSORES, 2020). No início de março, a empresa Sabin possuía testes ao preço de R\$350 (PANORAMA FARMACÊUTICO, 2020b).

Foram noticiados, no final de março, os valores da empresa Hermes Pardini: R\$298 em Belo Horizonte, R\$280 em Goiás, R\$300 em São Paulo e no Rio de Janeiro (EVANGELISTA, 2020)

Em reportagem de meados de abril sobre testes na cidade de São Paulo, é relatado para testes PCR os valores de R\$298 no Labi Exames e R\$250 no Albert Einstein, enquanto para testes sorológicos os valores ficaram entre R\$198,45 e R\$417,80 para os dois laboratórios, respectivamente (BATISTA JR., 2020).

As evidências indicam que o custo de produção dos testes está bem abaixo de seus preços. A informação de que o laboratório Fleury anunciou a venda de testes para hospitais parceiros pelo preço de custo (R\$150), sugere isso. No escândalo da agropecuária de Pelotas, uma pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) disse que chegou a oferecer testes a preço de custo por R\$120 (BIANCHI e POTTER, 2020).

Em 10 de julho de 2020, uma breve pesquisa dos preços dos testes nos *sites* de laboratórios pertencentes a grandes redes de diagnósticos estava nas seguintes faixas de preços:

Tabela 30 – Comparação preço testes PCR e testes sorológicos

Testes PCR (em Reais)	Testes Sorológicos (em Reais)
São Paulo: entre 280 e 470	São Paulo: entre 240 e 420
Rio de Janeiro: entre 298 e 390	Rio de Janeiro: entre 135 e 300
Paraná: 340 e 390	Paraná: 280 e 300
Porto Alegre: 390	Porto Alegre: 300
Brasília: 295	Brasília: 270
Campinas, Salvador, Belém, Palmas: 295	Campinas, Salvador, Belém, Palmas: 250
Minas Gerais: 298 Reais.	Minas Gerais: 135

Testes rápidos

No dia 28 de abril, a Anvisa liberou a venda e realização de testes rápidos por farmácias e drogarias. De acordo com as informações divulgadas, os preços deveriam oscilar entre R\$200 e R\$500 (MENDONÇA, 2020). Especialistas manifestaram preocupação em relação às condições de realização dos testes, à falta de uma estratégia coordenada de testagem e aos riscos associados à alta probabilidade de falsos negativos. A própria Anvisa ressalta que "os testes não têm finalidade confirmatória" (ANVISA, 2020c).

Além da baixa acurácia e falta de coordenação, a demora na notificação dos resultados pode ser um empecilho para que os testes realizados em farmácias contribuam efetivamente para o controle da pandemia. Segundo a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), os testes estariam disponíveis apenas na segunda quinzena de maio. Além disso, dependeriam da capacidade de importação de *kits* e capacitação de profissionais pelas farmácias (MENDONÇA, 2020).

Dados mais recentes da Abrafarma, para pesquisa realizada em suas redes associadas, mostram que foram realizados 144.484 testes entre 28 de abril e 28 de junho (REVISTA DA FARMÁCIA, 2020), sendo 62.660 testes nas primeiras sete semanas, entre 28 de abril e 14 de junho (SOBRINHO, 2020). Portanto, no primeiro período, foram 8.951 testes por semana, em média, enquanto na semana de 15 a 21 de junho foram 34.826 – e, na semana de 22 a 28 de junho, 46.998 testes, revelando uma aceleração. Contudo, em termos absolutos, é ainda um mercado relativamente pequeno de uso destes testes, embora em crescimento. Para efeitos de comparação, somente a pesquisa nacional Epicovid-19, realizada sob coordenação da UFPel, utilizou 89.397 testes no total (UFPEL, 2020).

Registros de testes diagnósticos para COVID-19 na Anvisa

Até o dia 17 de julho, foram autorizados pela Anvisa 301 registros na categoria *Produtos para Saúde* relacionados ao novo coronavírus. Cada registro inclui, além da empresa responsável pela comercialização no Brasil, a lista completa dos modelos ou apresentações que serão oferecidas, bem como seus fabricantes originais. A Tabela 31 apresenta as empresas responsáveis pelo maior número de registros. No total, foram registrados 861 modelos diferentes de testes e kits por 178 empresas. A seleção das 16 maiores empresas (9% do total) representa quase 40% dos modelos registrados.

Tabela 31 - Modelos e registros de produtos por fabricante

Empresa	Modelo	%	Registros	%
Eco Diagnóstica Ltda	72	8,4	8	2,7
Diagnóstica Indústria e Comércio Ltda.	30	3,5	3	1,0
Gold Analisa Diagnóstica Ltda.	28	3,3	3	1,0
Chembio Diagnostics Brazil Ltda.	20	2,3	2	0,7
Ebram Produtos Laboratoriais Ltda.	20	2,3	2	0,7
Labtest Diagnostica S/A	20	2,3	2	0,7
Quibasa Química Básica Ltda.	18	2,1	4	1,3
Siemens Healthcare Diagnósticos Ltda.	17	2,0	6	2,0
Advagen Biotech Ltda.	17	2,0	4	1,3
Siltace Comércio de Produtos Hospitalares Ltda.	17	2,0	4	1,3
VR Medical Import. e Distr. de Produtos Médicos	16	1,9	8	2,7
Cepalab Laboratórios Ltda.	16	1,9	2	0,7
Renylab Química e Farmacêutica Ltda.	15	1,7	2	0,7
Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.	12	1,4	4	1,3
QR Consulting Import. e Distr. e Produtos Médicos Ltda.	11	1,3	3	1,0
Orbitae Diagnósticos Ltda.	11	1,3	2	0,7
Total - 16 selecionadas (9,0%)	340	39,5	59	19,6
Total - 178 registradas	861	100,0	301	100,0

Fonte: ANVISA. Consulta de Produtos para Saúde. Acesso em 17/07/2020. Elaboração própria.

A Tabela 32 apresenta os mesmos registros, mas agrupados pelo fabricante original de cada modelo.

Tabela 32 - Modelos e registros de produtos por fabricante

Fabricante	País	Modelos	%	Registros	%
Beijing Lepu Medical Technology Co. Ltd.	China	120	13,9	41	13,6
Eco Diagnóstica Ltda.	Brasil	54	6,3	6	2,0
Changsha Sinocare Inc.	China	30	3,5	3	1,0
Guangzhou Wondfo Biotech Co. Ltd.	China	24	2,8	4	1,3
Chembio Diagnostics Brazil Ltda.	Brasil	20	2,3	2	0,7
Ebram Produtos Laboratoriais Ltda.	Brasil	20	2,3	2	0,7
Labtest Diagnóstica S/A	Brasil	20	2,3	2	0,7
Gold Analisa Diagnóstica Ltda.	Brasil	18	2,1	2	0,7
Quibasa Química Básica Ltda.	Brasil	18	2,1	4	1,3
Qingdao Hightop Biotech Co. Ltd.	China	18	2,1	4	1,3
SD Biosensor Inc.	Coréia do Sul	18	2,1	2	0,7
Advagen Biotech Ltda.	Brasil	17	2,0	4	1,3
Zybio Inc.	China	16	1,9	4	1,3
Genrui Biotech Inc.	China	16	1,9	6	2,0
Innovita (Tangshan) Bio. Tech. Co. Ltd.	China	16	1,9	5	1,7
Shanghai Fosun Long March Co.Ltd.	China	16	1,9	8	2,7
Total - 16 selecionados (13,4%)		441	51,2	99	32,9
Total - 119 registrados		861	100,0	301	100,0

Fonte: ANVISA. Consulta de Produtos para Saúde. Acesso em 17/07/2020. Elaboração própria.

Destaca-se também que os 16 maiores fabricantes concentram 51,2% dos modelos registrados e estão presentes em quase um terço dos pedidos de registro. Entre eles predominam empresas chinesas e brasileiras. Os dados sobre o país de origem devem ser interpretados com cautela e exigem pesquisas mais detalhadas. Como sugerem outras evidências, apesar da grande presença de empresas brasileiras entre os fabricantes de *kits* de testagem neste nível de análise, é provável que a produção nacional seja altamente dependente de insumos e equipamentos importados.

Aquisições e doações de testes

Em meados de março o Ministério da Saúde (BE12) anunciou a compra de testes RT-qPCR e testes rápidos para distribuir às secretarias estaduais de saúde. As compras teriam diversas origens, no esforço de atingir, inicialmente, 14,9 milhões de testes laboratoriais e mais oito milhões de testes rápidos (Tabela 33). Nota-se que há limitações e inconsistências nos dados divulgados pelo MS.

Tabela 33 - Aquisições e doações executadas e previstas pelo Ministério da Saúde – Valores totais em R\$

Tipo	Fornecedor	Previsto março	Previsto abril	Executado	% Executado
RT-PCR em tempo real	FIOCRUZ	3.000.000	3.000.000	381.952	12,7
	Petrobrás (doação)	600.000	600.000	300.000	50,0
	Empresas privadas*	1.300.000	<i>Retirado</i>	-	-
	Compra pública (DLOG)	10.000.000	10.000.000	0	0,0
	Aquisição OPAS	-	10.000.000	500.000	5,0
	Subtotal:	14.900.000	23.600.000	1.181.952	5,0
Teste rápido molecular	Empresa CEPHEID	-	600.000	600.000	100,0
	Subtotal:	-	600.000	600.000	100,0
Teste rápido (sorologia)	Fiocruz	3.000.000	<i>Retirado</i>	-	-
	VALE (doação)	5.000.000	5.000.000	500.000	10,0
	Compra pública	-	12.000.000	1.000.000	8,3
	Subtotal:	8.000.000	17.000.000	1.500.000	8,9
Total:		22.900.000	41.200.000	3.281.952	8,0

*Não especificado. Pode referir-se à oferta privada. Não aparece no planejamento atualizado.

Fonte: Agência Saúde (24/03/2020) e Boletim Epidemiológico n.12 (BE12).

O detalhamento destas aquisições e doações não foi realizado nos documentos seguintes do MS. As doações da Vale do Rio Doce e da Petrobrás foram entregues, como se pode ver a seguir.

Compras públicas

Segundo o boletim epidemiológico n. 12, chegou até o SUS o total de 451,4 mil testes RT-qPCR, até 13 de abril de 2020, combinando 381.952 entregues pela Fundação Oswaldo Cruz/Bio-Manguinhos/IBMP e 300 mil doados pela Petrobrás (BE12).

Em notícia de 22 de abril de 2020, o Ministério da Saúde informava que já havia enviado 524.296 testes para os Laboratórios Centrais de Saúde

Pública (LACENs), sendo 161.704 da Fiocruz, 62.592 do Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) e 300 mil doados pela Petrobrás (AGÊNCIA SAÚDE, 20/04/2020).

O total de testes disponibilizados para o SUS na semana finda em 24 de abril totalizava 824.296 unidades, bem distante do anunciado pelo MS. O Ministério prometeu comprar dez milhões de testes de empresas privadas.

A abertura de chamada pública para contratação emergencial (DOU, 13/04/2020, Edição 70-B, Seção: 3 - Extra, p. 1) ocorreu no dia 13 de abril, contemplando não dez, mas três milhões de testes (AGÊNCIA SAÚDE,

14/04/2020). No dia 16 de abril, foi publicada outra chamada (DOU, Edição 73-A, Seção: 3, p. 1) para compra de mais quatro milhões de testes (AGÊNCIA SAÚDE, 16/04/2020).

O Ministério da Saúde também anunciou a compra de doze milhões de testes rápidos de empresas privadas brasileiras. A chamada pública para contratação emergencial foi feita no dia 20 de abril de 2020 (DOU, Edição 75, Seção: 3, p. 63) (AGÊNCIA SAÚDE, 20/04/2020). O boletim epidemiológico no. 12, do dia anterior, declara que um milhão desses testes já teriam sido executados.

O documento da Fiocruz atestava haver cobertura orçamentária para 1,2 milhão de testes, decorrentes da MP 924 (R\$ 20 milhões para 200 mil testes) e MP 940 (R\$98 milhões para um milhão de testes). A fundação afirmava assegurar a capacidade de entrega de 11,756 milhões de testes entre março e setembro de 2020 (BE12, p. 52).

No boletim epidemiológico n. 21, o MS informou que, entre primeiro de março e quatro de julho de 2020, foram distribuídas 4.415.368 reações de RT-qPCR aos 27 Laboratórios Centrais, aos três centros nacionais de influenza (NICs) e aos laboratórios colaboradores (BE21, p. 47).

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

O Ministério da Saúde também firmou parceria para a compra de dez milhões de testes via Fundo Estratégico da OPAS, escalonados em lotes de 500 mil testes semanais. No dia 22 de abril de 2020 chegou ao país a primeira remessa (AGÊNCIA SAÚDE, 22/04/2020) produzida pelo laboratório Seegene, da Coreia do Sul (OPAS, 23/04/2020). Não houve novas informações sobre esta aquisição.

Doação da Petrobrás

A promessa de doação da Petrobrás incluía 600 mil testes RT-qPCR. Até o fim de março, foram entregues 200 mil unidades para o Ministério da Saúde e cem mil para a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro (AGÊNCIA BRASIL, 20/04/2020). A imprensa reportou a chegada do segundo lote da doação em 20 de abril de 2020, que seria distribuído da mesma forma que o primeiro: dois terços para o MS e um terço para o estado do Rio de Janeiro.

Doação da Vale do Rio Doce

Foram prometidos cinco milhões de testes, sendo um milhão em março e quatro milhões em abril. Segundo o Ministério da Saúde, dois milhões de testes foram entregues e distribuídos até o dia 20 de abril (AGÊNCIA SAÚDE, 20/04/2020). Os testes foram comprados da empresa chinesa Wondfo e o preço não foi divulgado (AGÊNCIA BRASIL, 31/03/2020). Em onze de maio, a Vale do Rio Doce informou que entregou a totalidade das suas doações de testes (VALE, 2020).

Laboratório DASA

Ainda não contabilizada nos quantitativos do Ministério da Saúde, foi anunciada em 19 de abril a parceria do Ministério da Saúde com o DASA, maior laboratório de análises clínicas do Brasil. O acordo previa a organização de um Centro de Diagnóstico Emergencial com capacidade para a execução de 30 mil testes RT-qPCR por dia. A parceria contemplaria, na sua forma atual, uma doação de três milhões de exames dentro do intervalo de 180 dias (Agência Saúde, 20/04/2020). A parceria ainda estaria aberta à participação de outras empresas.

Em 24 de junho, o Ministério da Saúde informou que os centros de testagem em massa do DASA iniciariam a realização de exames para o SUS em 29 de maio. Entre esta data e 23 de junho, foram realiza-

dos 16,9 mil testes. A média foi de 3,5 mil exames por dia, que deve aumentar para 30 mil diários até o final do prazo do contrato. O MS informou também a capacidade de realização de exames em duas unidades federais da Fiocruz: a do Paraná com cinco mil testes diários e a do Rio de Janeiro, com 2,5 mil testes diários (AGÊNCIA SAÚDE, 2020m).

Empresa Cepheid

Não prevista inicialmente, o Ministério anunciou em seu boletim epidemiológico n. 12 a compra de 600 mil testes moleculares rápidos da empresa Cepheid, baseada nos Estados Unidos. Apesar de utilizarem a técnica de PCR automatizada, os testes têm confiabilidade semelhante aos testes rápidos imunológicos, sendo indicados apenas em casos sintomáticos tardios. Não houve atualização sobre estes testes nos boletins epidemiológicos posteriores.

Compras privadas

O setor privado também chegou a registrar dificuldades com a escassez de testes e insumos. O Grupo Fleury começou a realizar o teste molecular para COVID-19 em fevereiro, mas oferecia-o inicialmente apenas a hospitais parceiros (GRUPO FLEURY, 2020). O Hospital Albert Einstein anunciou poder realizar 3.600 por semana, mas estava trabalhando muito abaixo desta capacidade (MONSORES, 2020). O DASA relatou que até 12 de março processou 1.616 amostras, sendo 46 testes positivos (MONSORES, 2020). O laboratório Sabin anunciou, no início de março, a realização de testes RT-qPCR para hospitais e em coleta domiciliar mediante prescrição médica (SABIN, 2020). Em 17 de março, uma notícia informava que a empresa, que realizara dois mil testes até então, chegaria a 15 mil até o final do mês (ANDRADE, 2020).

As dificuldades das empresas em acessar os insumos necessários aos testes teriam motivado a

alteração dos protocolos de testagem, restrita a “pacientes críticos” ou vindos de hospitais credenciados (BITAR, 2020; ONOFRE, 2020). No Rio de Janeiro, houve o relato de falta de testes nos laboratórios privados, sem justificativa, em meados do mês de março (LEMOS, 2020). No início de abril, notícia de imprensa relatava a escassez de insumos, reagentes e materiais bioquímicos no mundo inteiro (BARIFOUSE, 2020). Contudo, ainda não era possível detectar se o problema atingia a escala de produção de algumas empresas ou se a escassez era relativa a necessidades nacionais de testagem.

Contraditoriamente, várias iniciativas de grandes redes de laboratórios foram anunciadas para doar e/ou fornecer milhões de testes para o Ministério da Saúde em parceria público-privada, como foi o caso do DASA. Aparentemente, os insumos estão conseguindo chegar para a realização destas iniciativas e para a continuidade do fornecimento para clientela privada. (BATISTA JR., 2020).

Falta de insumos reduz a capacidade de realização de Testes PCR

Para além dos dados quantitativos divulgados pelo Ministério da Saúde, uma análise mais cuidadosa evidencia que os *kits* distribuídos para estados e municípios não refletem a real capacidade de testagem no país. Segundo levantamento feito no início de julho, o Brasil chegou apenas a 20% da capacidade de testagem molecular prevista para o pico. Secretarias estaduais de saúde reportam a distribuição de menos testes que o prometido e que parte dos *kits* foi entregue incompleta. Os *kits* entregues, como os produzidos pela Fiocruz, adquiridos junto à OPAS ou doados pela Petrobrás, realizam apenas a etapa de amplificação – faltam insumos para a etapa anterior, de extração do RNA do vírus. No LACEN da Paraíba, por exemplo, há três mil reações de extra-

ção para 84 mil de amplificação; em Goiás, a proporção é de cinco mil para 67 mil, respectivamente. Vários estados consultados relataram falta de reações de extração e dificuldades de aquisição. Esta carência afetou também o contrato com o laboratório DASA, já que o Ministério da Saúde é responsável por fornecer os insumos. O MS informou que adquire separadamente os itens de coleta, extração e amplificação, e relatou dificuldade para adquirir insumos em escala global, sendo que uma aquisição de 15 milhões de insumos de extração, iniciada em abril, ainda não havia sido concluída até junho de 2020, data de redação desta nota técnica. (CAMBRICOLI & RESK, 2020).

Capacidade de realização dos testes

A falta de pessoal treinado e de equipamentos para processar os testes é outra dificuldade do Brasil – e o é ainda mais em determinadas regiões.

O Ministério da Saúde divulgou medidas para a descentralização da execução dos testes através dos LACEN. Mesmo assim, apenas 10% desses laboratórios conta com métodos automatizados que auxiliam o processamento. Por esta razão, a capacidade instalada está restrita a uma quantia que varia de dois a três mil exames diários no país inteiro. O próprio Ministério considera o volume insuficiente – e a pouca testagem gerou filas de avaliação de casos suspeitos (BE12, p. 18).

Outras instituições públicas, capazes de processar este tipo de teste, também têm sido mobilizadas. Esta mobilização inclui laboratórios de HIV e hepatites, além de laboratórios de instituições destinados a outras atividades, vinculados aos Ministérios da Agricultura (como a Embrapa), Justiça (genética forense) e Defesa (hospitais militares). Mesmo assim, o MS reconhece que a escala é bastante reduzida.

A meta pretendida pelos LACENs (Laboratórios Centrais de Saúde Pública) – sem nenhuma evidência de que seria alcançada – era realizar 30 mil testes por dia. Isto corresponderia a quase 0,5% da população brasileira testada – uma cobertura supostamente adequada, levando em conta que Coreia do Sul, Alemanha e Estados Unidos também testaram abaixo de 1% da população. (GARCIA, 2020).

Sem definir qual seria a capacidade diária de testes, em 24 de abril a Fiocruz anunciou a expansão de plataformas automatizadas com equipamentos para ampliar o processamento das amostras de pacientes no Rio de Janeiro, Pará e Paraná (CASTRO, 2020). Em abril, o governo do estado de São Paulo anunciou, também sem clara capacidade definida, uma plataforma de laboratórios. A iniciativa uniu Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantan, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Hemocentro de Ribeirão Preto, Laboratório de Análises Clínicas e Patologia do Hospital das Clínicas da Unicamp e o Hemocentro de Botucatu (SÃO PAULO, 2020e).

As tabelas a seguir apresentam os dados para São Paulo e Rio de Janeiro em 22 de abril. No caso dos testes laboratoriais, as instituições listadas, após receberem os *kits*, são as responsáveis pelo processamento dos testes.

Tabela 24 - Testes RT-qPCR distribuídos pelo MS, por estado e instituição (RJ e SP)

Instituição	24/MAR	01/ABR	08/ABR	17/ABR	20/ABR	09/JUL
Rio de Janeiro	3.096	5.040	16.176	118.704	119.352	517.736
Instituto Biológico do Exército	NI	NI	2.016	2.016	2.016	
CHP-Bio Manguinhos	NI	NI	NI	528	1.176	
IOC/Fiocruz	1.152	NI	4.080	4.080	4.080	
Lab. Central de Saúde Pública	1.944	NI	10.080	110.080	110.080	
INCA - RJ	NI	NI	NI	2.000	2.000	
São Paulo	3.584	4.592	29.224	69.244	72.296	742.460
Lab. Fed. de Defesa Agropec.	NI	NI	NI	NI	3.072	
Instituto Adolfo Lutz	NI	NI	29.224	69.244	69.224	
Brasil	32.576	54.824	151.432	476.272	524.536	4.887.188

Fonte: Ministério da Saúde (Agência Saúde) e Painel de Leitos e Insumos do MS (<https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>). Elaboração própria.

Tabela 35 - Testes Rápidos distribuídos, por estado (SP e RJ)

UF	01/04/2020	16/04/2020	22/04/2020	Previsto*
Rio de Janeiro	37.636	179.014	178.620	180.080
São Paulo	106.787	467.402	466.500	459.320
TOTAL	468.802	2.039.107	2.081.120	2.010.940

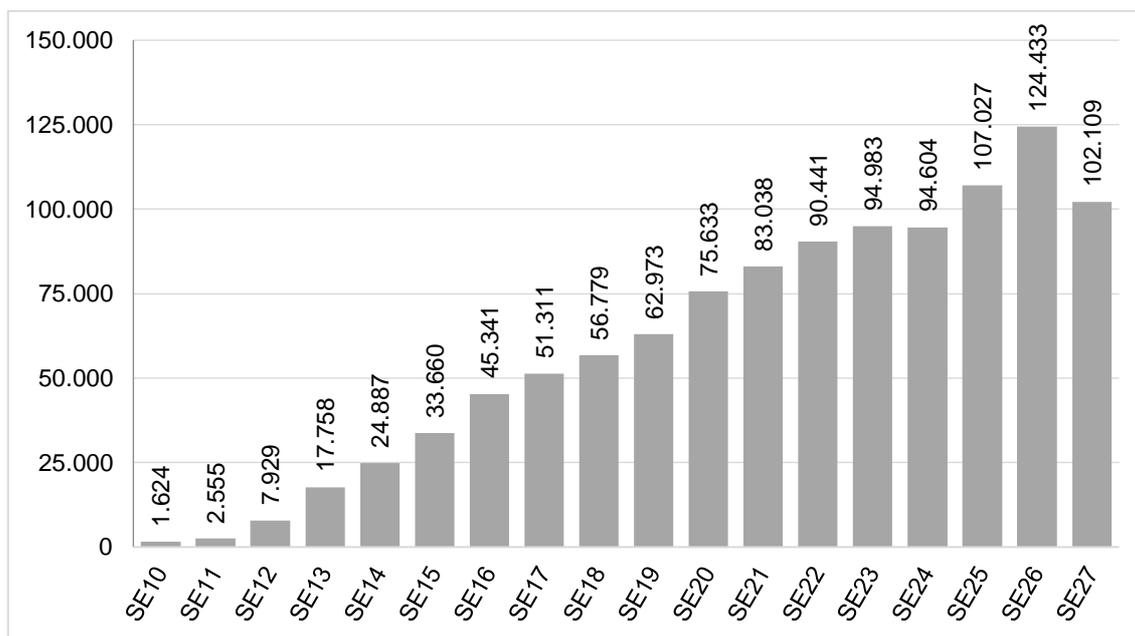
* Previsão de entrega nas próximas semanas (adicionais a partir de 22/04).

Fonte: Ministério da Saúde (Agência Saúde). Elaboração própria

Em 29 de maio, o Ministério da Saúde noticiou que a média diária de exames realizados no país pelos Laboratórios Centrais estaduais, os LACEN, passara de 1.689 em março para 7.624 em maio, aumentando em 451% a capacidade de testagem

(AGÊNCIA SAÚDE, 2020l). Em 1º de julho, as informações do boletim epidemiológico n. 20 mostraram que a média diária de exames chegou a 14.567 em junho, contando até 27 de junho (AGÊNCIA SAÚDE, 2020n).

Figura 5 - Número de exames realizados com suspeita de COVID-19/vírus respiratórios, por semana epidemiológica (SE), 2020, Brasil.



Nota: SE 10: 1º a 7 de março / SE 27: 28 de junho a 04 de julho.

Fonte: Boletim Epidemiológico nº 21. Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/DATASUS. Elaboração própria

Segundo o boletim epidemiológico n. 21 do Ministério da Saúde, foram solicitados no sistema GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/Datasus) 1.526.639 testes para diagnóstico molecular para vírus respiratórios entre 1º de fevereiro e 4 de julho de 2020. No mesmo sistema, há o registro de 426.018 exames positivos para SARS-CoV2. Segundo o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), no mesmo período houve 391.710 casos de síndrome gripal (SG). Se considerarmos que todos estes casos deveriam ser testados para COVID-19, haveria uma demanda ampliada em 25,6%.

Se cada caso de SG implicasse a necessidade de testar mais três moradores em uma mesma residência, em média, seriam no total mais 1.566 mil testes adicionais, implicando a necessidade de dobrar a quantidade de testagem atual. Se apenas metade dos casos de SG fossem notificados, a necessidade de testes adicionais se multiplicaria por dois, para 3,1 milhões.

Se apenas um terço dos casos de SG fossem notificados, a necessidade de testes adicionais passaria para 4,7 milhões e assim por diante. Portanto, se houvesse uma política adequada de testagem – o que incluiria testar todos os casos de SG e moradores da mesma residência –, a estimativa giraria em torno de uma necessidade de testagem entre três vezes (caso em que 50% dos casos de SG são notificados) e seis vezes (caso em que 20% dos casos de SG são notificados) aquela realizada no período.

Iniciativas estaduais

Rio de Janeiro

A SES-RJ passou a contar com a doação de 200 mil testes RT-qPCR importados dos Estados Unidos e doados pela Petrobrás, como anunciado em 23 de fevereiro de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020a). A doação chegou em duas partes: cem mil em 23 de março e outros cem mil no final de abril. Em 30 de março, a SES anunciou aquisição de 700 mil testes rápidos para

uso prioritário em profissionais da saúde, da segurança pública, pacientes graves sob suspeita de infecção, além de óbitos em investigação (RIO DE JANEIRO, 2020b).

Pouco depois, no dia 03 de abril, o governo do Rio de Janeiro divulgou que a fila de testes para COVID-19 no Laboratório Central Noel Nutels (LACEN-RJ) havia sido zerada, realizando 500 testes diários nas suas dependências e outros 400 testes em parceria com o Instituto de Biologia do Exército, Fiocruz e UERJ (RIO DE JANEIRO, 2020c). Em 17 de abril de 2020, a SES anunciou chamamento público para aquisição de mais testes rápidos sorológicos (RIO DE JANEIRO, 2020d).

Em 30 de abril, a SES-RJ anunciou realização de pesquisa de imunização por amostragem com testes rápidos. Seriam testadas 1.800 pessoas assintomáticas entre 30 de abril e 30 de maio que dessem entrada em unidades da rede estadual na região metropolitana do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020d).

Em 24 de maio, a SES-RJ anunciou uma pesquisa do Instituto Vital Brasil, órgão vinculado, para criação de soro hiperimune (RIO DE JANEIRO, 2020e).

Em 29 de maio, a SES-RJ atualizou sua nota técnica básica de enfrentamento à pandemia. Na ocasião, incluiu o exame imunológico – teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos – como critério para confirmação de casos de COVID-19, ao lado do teste molecular (PCR) e clínico-epidemiológico. (RIO DE JANEIRO, 2020f).

Em 13 de junho, veio a público o resultado de uma pesquisa da prevalência de anticorpos para SARS-CoV-2 entre os doadores de sangue do Hemorio. O vírus estava presente em amostras de 28% das pessoas que haviam doado sangue nas duas semanas anteriores (RIO DE JANEIRO, 2020g).

No dia 1º de julho, a SES-RJ anunciou o prosseguimento de ações de testagem de populações no estado, iniciando um programa de teste de 80 mil funcionários da Secretaria de Estado de Educação – 45 mil professores. Não houve detalhamento sobre que tipo de teste seria aplicado (RIO DE JANEIRO, 2020h).

Os dados da Transparência do Governo do Estado do Rio de Janeiro para contratos emergenciais referentes ao combate à COVID-19 revelam o seguinte:

- Contrato de 27 de março de 2020 para aquisição de 600 mil testes rápidos no valor de R\$77,34 milhões – valor unitário de R\$128,90 (CONTRATO/SIGA 2020001779);

- Contrato de 27 de março de 2020 para aquisição de 50 mil testes rápidos no valor de R\$9 milhões – valor unitário de R\$180 (CONTRATO/SIGA 2020001801);

- Contrato de 01 de abril de 2020 para aquisição de 20 mil testes rápidos no valor de R\$2,2 milhões – valor unitário de R\$110 (CONTRATO/SIGA 2020001866);

- Contrato de 04 de abril de 2020 para aquisição de 150 mil testes rápidos no valor de R\$27 milhões – valor unitário de R\$180 (CONTRATO/SIGA 2020001925).

- Um total de 820 mil testes foram adquiridos no valor de R\$115,54 milhões.

São Paulo

Em 12 de março de 2020, o governo do estado de São Paulo determinou aquisição de 20 mil testes sem discriminação de tipo (SÃO PAULO, 2020a). Em 20 de março, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) anunciou que destinaria R\$30 milhões para pesquisas focadas no combate ao novo coronavírus, incluindo pesquisas para diagnóstico (SÃO PAULO, 2020b).

Em 23 de março, anunciou-se a criação de uma rede de 17 laboratórios estaduais para a testagem de

coronavírus. A capacidade esperada para a rede era de dois mil testes por dia (SÃO PAULO, 2020c).

Pouco depois, no dia 26 de março, o governo estadual anunciou um repasse de R\$218 milhões para as 80 cidades mais populosas do estado. O objetivo era usar a quantia para cobrir gastos diversos relativos à pandemia, incluindo a realização de testes (SÃO PAULO, 2020d).

No dia 1º de abril, o governador João Doria anunciou a criação de uma força-tarefa para realização de testes abrangendo ainda mais laboratórios. Na ocasião, São Paulo recebeu mais 20 mil *kits* de testes importados outros dez mil da Fiocruz (SÃO PAULO, 2020e).

No dia seguinte, 2 de abril, foi anunciada a criação de uma plataforma de laboratórios coordenada pelo diretor do Instituto Butantan com o objetivo de zerar a fila de testes (São Paulo, 2020f).

Em 14 de abril, o governador anunciou a destinação de R\$148 milhões para aquisição de máscaras e testes. O primeiro lote de 725 mil testes PCR, importado de uma empresa sul-coreana, chegou nesta data. O total adquirido foi de 1,3 milhão de testes no valor de R\$85 milhões – o que reflete um valor unitário de R\$65,38 (SÃO PAULO, 2020g).

Em 18 de abril de 2020, São Paulo recebeu o segundo lote de testes PCR vindo da Coreia do Sul, com 575 mil *kits* (CRUZ, 2020).

No dia 22 de abril, o governo de São Paulo anunciou que zerou a fila de testes PCR (SÃO PAULO, 2020i).

No dia 29 de abril, a SES-SP produziu, junto dos institutos Adolfo Lutz e Butantan, uma campanha para orientar o cadastro, a coleta e o armazenamento de amostras na realização de exames para COVID-19. (SÃO PAULO, 2020i).

Em 30 de abril, dia seguinte, o governo do estado anunciou a realização de um projeto de testagem de

pessoas que não apresentaram sintomas mesmo após expostas a pacientes confirmados de COVID-19. O piloto, a ser realizado a partir de 15 de maio, aplicaria testes rápidos em 35 mil profissionais da Polícia Militar e seus familiares, totalizando 145 mil pessoas. Estava prevista a oferta de um milhão de testes na primeira fase. Metade destes testes foi adquirida por R\$30 milhões pelo Instituto Butantan e a outra metade foi fornecida pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2020h).

Nos meses seguintes, o estado de São Paulo ampliou a capacidade de testagem de laboratórios públicos por meio das universidades estaduais paulistas:

- Formação da Rede USP de Diagnóstico da COVID-19, em quatro de maio (SÃO PAULO, 2020j);

- Parceria entre Unesp e Embraer para ampliar capacidade de testagem nas regiões de Araraquara, Gavião Peixoto e São José dos Campos, em quatro de maio (SÃO PAULO, 2020k);

- Parceria entre Unesp Rio Claro e Laboratório Regional de Rio Claro do Instituto Adolfo Lutz, em nove de maio (SÃO PAULO, 2020m).

- Produção de insumos para testes PCR na Unicamp, em nove de maio (SÃO PAULO, 2020n).

- Ampliação da capacidade de testagem em laboratório da Unesp Araraquara, em 14 de maio (SÃO PAULO, 2020p);

- Parceria da ESALQ/USP de Piracicaba com a Fundação de Estudos Agrários Luiz de Queiroz (Fealq) para testagem de trabalhadores do agronegócio, em 19 de maio (SÃO PAULO, 2020r);

- Em 21 de maio, o Instituto Credicitrus forneceu à Unesp equipamento para ampliar a capacidade de testagem (SÃO PAULO, 2020s);

- Em 22 de maio, a Unicamp recebeu do Instituto Butantan *kits* de testes e um robô para extração de amostras (SÃO PAULO, 2020t);

- Em 29 de maio, o laboratório da Unesp em São

José de Rio Preto foi credenciado pela SES-SP para diagnósticos (SÃO PAULO, 2020u);

- Ampliação da capacidade de testagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Unesp, em 29 de junho (SÃO PAULO, 2020v);

- Dois laboratórios da Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos (FZEA) da USP Piracicaba ampliaram a capacidade de testagem em 3 de julho (SÃO PAULO, 2020ac).

Uma série de iniciativas de desenvolvimento de novos testes foi financiada ou teve apoio de instituições estaduais:

- Parceria entre IPT, Abrapii e startup Aptah Biosciences para desenvolver teste rápido, em sete de maio (SÃO PAULO, 2020l);

- Pesquisadores da UFSCar desenvolveram pesquisa para fabricar testes rápidos em 13 de maio (SÃO PAULO, 2020o);

- A startup Biolinker, apoiada pela FAPESP, desenvolveu pesquisa para produzir testes com insumos nacionais, em 10 de junho (SÃO PAULO, 2020x);

- O banco DesenvolveSP apoiou projeto que desenvolveu novo exame molecular pela empresa Mendelics em parceria com o Hospital Sírio Libanês em 19 de junho (SÃO PAULO, 2020z);

- Uma startup apoiada pela FAPESP ajudou a baratear teste PCR em dois de julho (SÃO PAULO, 2020ab).

O governo do estado continuou adquirindo testes e estabelecendo novas metas de ampliação:

- Em 15 de maio o governo anunciou aquisição de mais dois milhões de testes rápidos (SÃO PAULO, 2020q).

- Em 8 de junho, o governo anuncia a realização de oito mil testes diários e mira atingir dez mil testes

por dia – e somar outros 20 mil a eles na iniciativa privada, chegando a 30 mil (SÃO PAULO, 2020w);

- Em 16 de junho se anunciou a marca de 600 mil testes realizados, e o governo do estado buscava triplicar a checagem (SÃO PAULO, 2020y).

Outras iniciativas do período:

- Lançamento de um Certificado de Testagem para o setor privado, em 22 de junho (SÃO PAULO, 2020aa).

Os dados da Transparência do Governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2020ad) consultadas em 13 de julho de 2020 – usando “test” ou “diagn” como termos de busca, excluídas as entradas que não se referiam especificamente a testes para COVID-19 – mostraram que:

- Havia 64 resultados, sendo 33 com valores de empenho e 31 sem valores (valor igual a 0,00);

- A soma dos 43 registros com valor de empenho é de R\$14.370.472,88;

- 25 resultados equivaliam a menos de R\$15 mil por aquisição no valor do empenho;

- Havia oito resultados superiores a R\$15 mil por aquisição no valor do empenho: R\$9.576.000, R\$2.342.400, R\$497.400, R\$497.400, R\$405.000, R\$384.000, R\$260.000 e R\$94.480.

Filas de testagem de casos suspeitos nos estados

Até o dia 22 de abril de 2020, tanto o estado do Rio de Janeiro quanto de São Paulo declararam ter zerado a fila de testes para casos suspeitos. São Paulo realizava cinco mil testes por dia (VIEIRA, 2020) com meta de atingir oito mil testes diários na segunda quinzena de maio (CRUZ, 2020).

No dia 3 de abril, o governo do Rio de Janeiro informou que a fila de exames havia sido zerada. O

estado realizava 900 testes por dia – somando o Laboratório Central Noel Nutels (LACEN-RJ), com 500, e os demais no Instituto de Biologia do Exército (Ibex), Fiocruz e em laboratórios da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (RIO DE JANEIRO, 2020c; BARBON, 2020)

Foram realizados cerca de 36 mil exames em SP e dez mil no RJ (BARBON, 2020). Juntos, os dois estados com mais casos de COVID-19 no país realizaram cerca de 46 mil testes. Como referência, o Ministério da Saúde informou em 22 de abril que até o dia 20 de abril haviam sido feitos 189 mil testes para investigação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e, destes, 132.467 foram específicos para COVID-19. Estes números são referentes a exames desde 16 de fevereiro em laboratórios públicos e privados (AGÊNCIA SAÚDE, 2020).

Considerações finais: por que o Brasil testa pouco?

Segundo os dados disponíveis, o Brasil é um dos países que menos realiza testes para COVID-19 (LUPION, 2020). As razões para o fracasso das estratégias de testagem em massa estão relacionadas à dependência da importação de insumos e *kits*, à falta de coordenação e ao baixo investimento em instituições nacionais com capacidade de realização de testes.

As medidas governamentais adotadas até o momento foram insuficientes, tardias e fragmentadas. O Brasil perdeu a oportunidade de utilizar a testagem em massa como estratégia efetiva para a contenção da pandemia em seu estágio inicial e para a proteção de profissionais de saúde e da população em geral.

Mais recentemente, a testagem em massa ganhou novo significado no discurso do governo

federal, tornando-se a estratégia que permitiria ao país avaliar o relaxamento da quarentena e o retorno à normalidade. Em seu primeiro discurso como ministro da saúde, Nelson Teich dobrou a promessa de realização de testes, chegando a 46 milhões. Infelizmente, suas declarações não encontram amparo nas evidências. As informações divulgadas pelo próprio ministério indicam a insuficiência e o atraso de suas ações para cumprir as promessas iniciais.

O resultado é um cenário de grande desigualdade de acesso aos testes. No setor privado, as evidências indicam que empresas líderes do setor hospitalar e de serviços diagnósticos têm realizado exames – no entanto, com preferência para quem pode pagar e para pacientes de hospitais de luxo. No setor público, estamos ainda muito abaixo da estimativa e das promessas feitas pelo MS.

Neste contexto, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro declararam ter zerado as filas de casos suspeitos. O anúncio deve ser interpretado com ressalvas, uma vez que os critérios para exames são restritos em comparação ao que deveria ser uma estratégia de testagem em massa. Os obstáculos no acesso à assistência, que vão desde os casos leves que não se dirigem aos serviços até o círculo social que cerca casos leves e graves, sugerem que o quantitativo de testes atual pode estar servindo apenas para contemplar uma parcela restrita da população, sem contar que a zeragem de exames pode ser tardia.

Observamos uma grande desigualdade entre a capacidade de testagem pública e privada entre os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. São Paulo possui uma rede mais ampla de laboratórios públicos estaduais e um maior poder de compra e realização de testes PCR. O Rio de Janeiro, pelo que foi possível apurar, concentrou suas aquisições em Testes Rápidos Sorológicos e depende do seu LACEN, da Fiocruz e de laboratórios universitários.

A estratégia de realização de testes RT-qPCR foi anunciada como prioritária pelo Ministério da Saúde durante a gestão de Luiz Henrique Mandetta e alcançou seu máximo durante o curto período de Nelson Teich, quando as metas de testagem foram muito ampliadas. Contudo, as evidências mostram que esse objetivo fracassou considerando as metas de distribuição de testes, de ampliação da capacidade estadual e de realização de testagem em massa, além daqueles realizados em pacientes internados. Os números de internação hospitalar e óbitos por SRAG, muito acima da média de anos anteriores, mostra que mesmo no ambiente hospitalar, onde a testagem seria obrigatória, foi insuficiente. Durante o período do general Pazuello no MS, os testes em massa deixaram de ter qualquer importância, inclusive no discurso, ainda que tenham aparecido em algumas notícias esparsas.

A testagem em massa deveria ir além dos casos graves e dos profissionais de saúde e segurança (além de outros serviços essenciais). Deveria objetivar compreender o estado da propagação do SARS-CoV-2 (Cf. AGÊNCIA SAÚDE, 2020g) e fornecer dados e instrumentos para uma saída segura e cientificamente embasada do período de isolamento social. Países com capacidade laboratorial previamente estabelecida, como Coreia do Sul e Alemanha, têm tido melhores resultados na gestão de recursos e estabelecimento de estratégias baseadas em dados confiáveis (BEAUMONT, 2020; KIM, 2020; SCHRAER, 2020; MORRIS, 2020), algo que parece estar longe de ser o caso do Brasil.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Petrobras entrega 300 mil testes de Covid-19 à rede pública de saúde.** Agência Brasil, 20/04/2020a. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-04/petrobras-entrega-300-mil-testes-de-covid-19-rede-publica-de-saude>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Aprovado uso de testes rápidos em farmácias.** 28/04/2020. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/aprovado-uso-de-testes-rapidos-em-farmacias/219201>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Covid-19: saiba mais sobre testes rápidos.** Notícias, 22/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias?p_p=id=101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU&p_p.col.id=column_2&p_p.col.pos=1&p_p.col.count=2&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_groupId=219201&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_urlTitle=covid-19-saiba-mais-sobre-testes-rapidos&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_struts.action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_assetEntryId=5855858&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_type=content>. Acesso em: 28 abr. 2020.

_____. **Testes para Covid-19. Perguntas e Respostas.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Perguntas+e+respostas+-+testes+para+Covid-19.pdf/9fe182c3-859b-475f-ac9f-7d2a758e48e7>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Produtos para diagnóstico in vitro de COVID-19 regularizados. ANVISA, Informações Técnicas,** [sem data]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13/-/asset_publisher/WvKKx2fhjdjM2/content/prioridade-de-analise-em-situacoes-de-aumento-da-seguranca-de-uso-dos-produt-1/33912?redirect=%2Fprodutos-para-a-saude&inheritRedirect=true>. Acesso em: 28 abr. 2020.

ALVES, Gabriel. **Singapura e Coreia do Sul têm mais sucesso em deter coronavírus.** Folha de São Paulo, 13/03/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/singapura-e-coreia-do-sul-tem-mais-sucesso-em-deter-coronavirus.shtml>>. Acesso em 23 abr. 2020.

ANDRADE, Juliana. **Conheça os testes para Covid-19 disponíveis no Brasil.** Forbes. Disponível em: <<https://forbes.com.br/negocios/2020/03/conheca-os-testes-para-covid-19-disponiveis-no-brasil/>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

BARBON, J. **Assim como SP, Rio tem fila zerada de testes para coronavírus.** Folha de S. Paulo, São Paulo, 22/04/2020. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/assim-como-sp-rio-tem-fila-zerada-de-testes-para-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BARIFOUSE, Rafael. **Coronavírus: por que o Brasil ainda não conseguiu fazer testes em massa?** BBC Brasil, 03/04/2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52145795>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

BATISTA JR., João. **Testes *delivery* para Covid-19 movimentam condomínios de luxo.** VEJA, 17/04/2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/veja-gente/testes-covid-movimentam-condominios-luxo/>>. Acesso em: 23/03/2020.

BEAUMONT, P. **Coronavirus testing: how some countries got ahead of the rest.** The Guardian, [s.l.], 02/04/2020. Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/02/coronavirus-testing-how-some-countries-germany-south-korea-got-ahead-of-the-rest>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BERNARDES, Júlio. **Testes desenvolvidos na USP tornarão diagnóstico da covid-19 mais acessível.** Jornal da USP, 13/04/2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/testes-desenvolvidos-na-usp-tornarao-diagnostico-da-covid-19-mais-rapido-e-acessivel/>>. Acesso em 23 abr. 2020.

BIANCHI, Paula; POTTER, Hyury. **Coronavírus: Governo do RS contrata pet shop para fazer exames de Covid-19.** The Intercept Brasil, 09/04/2020. Disponível em: <<https://theintercept.com/2020/04/09/rs-contrata-pet-shop-exames-coronavirus/>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BITAR, Rodrigo. **Laboratórios privados de SP suspendem coletas domiciliares de exames de coronavírus e priorizam atendimentos de idosos.** Portal G1 - São Paulo, 17/03/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/17/laboratorios-privados-de-sp-suspendem-coletas-domiciliares-de-exames-de-coronavirus-e-priorizam-atendimentos-de-idosos.ghtml>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

CAMBRICOLI, Fabiana; RESK, Felipe. **Ministério entrega kit incompleto e Brasil só atinge 20% da capacidade de testes.** UOL, 13/07/2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/07/13/ministerio-entrega-kit-incompleto-e-pais-so-atinge-20-da-capacidade-de-testes.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CASTRO, R. **Fiocruz implanta Unidades de Apoio ao Diagnóstico da Covid-19.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 24/04/2020. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-implanta-unidades-de-apoio-ao-diagnostico-da-covid-19>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CENTRO DE OPERAÇÕES EMERGENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA (COE-nCoV-MS). **Boletins Epidemiológicos**, Ministério da Saúde, Brasília, *vários números*, 21/02/2020, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

COPPE UFRJ. Covid-19: **Coppe/UFRJ firma parceria com empresas para produção de testes diagnóstico em grande escala.** COPPE UFRJ, Rio de Janeiro, 18/06/2020. Disponível em <<https://coppe.ufrj.br/pt-br/planeta-coppe-noticias/noticias/covid-19-coppe/ufri-firma-parceria-com-empresas-para-producao-de#>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CRUZ, E. P. **São Paulo zera fila por exames para coronavírus.** Agência Brasil, São Paulo, 22/04/2020. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/sao-paulo-zera-fila-por-exames-para-coronavirus>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

EPTV. **Unicamp e USP desenvolvem teste rápido e barato para identificar coronavírus.** EPTV Campinas, 02/04/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/edicao/2020/04/02/videos-eptv-1-campinas-desta-quinta-feira-2-de-abril.ghtml#video-8451769-id>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

EVANGELISTA, Renata. **Hermes Pardini volta a fazer teste domiciliar para Covid-19; saiba quanto custa e quem pode pedir.** Hoje em Dia, 28/03/2020. Disponível em: <<https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/hermes-pardini-volta-a-fazer-teste-domiciliar-para-covid-19-saiba-quanto-custa-e-quem-pode-pedir-1.780579>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

FÉLIX, Paula. **Laboratórios particulares começam a oferecer teste para detectar coronavírus no Brasil.** O ESTADO DE S. PAULO, 17/02/2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,laboratorios-particulares-comecam-a-oferecer-teste-para-detectar-coronavirus-no-brasil,70003200688>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

FELIZARDO, Nayara. **Coronavírus: empresas criam mercado paralelo e irregular para lucrar com testes rápidos.** The Intercept Brasil, 07 de abril de 2020. Disponível em: <<https://theintercept.com/2020/04/07/mercado-paralelo-irregular-testes-coronavirus/>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

FISHER, D.; TEO, Y. Y.; NABARRO, D. **Assessing national performance in response to COVID-19.** The Lancet, jul. 2020.

GARCIA, R. **Temos testes suficientes, o gargalo agora é logística e processamento', alerta vice-presidente da Fiocruz.** O Globo, Rio de Janeiro, 22/04/2020. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/temos-testes-suficientes-gargalo-agora-logistica-processamento-alerta-vice-presidente-da-fiocruz-24386210>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Estado do RJ terá oito hospitais de campanha.** 30/3/2020b. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/03/estado-do-rj-tera-oito-hospitais-de-campanha>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Instituto Vital Brazil estuda soro contra o novo coronavírus.** 24/5/2020e. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/05/instituto-vital-brazil-estuda-soro-contra-o-novo-coronavirus>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **NOTA TÉCNICA – SVS/SES-RJ Nº 28/2020. Informações atualizadas da Nota Técnica – SVS/SES-RJ Nº 01/2020 (oitava atualização).** Rio de Janeiro, 29/5/2020f. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/05/nota-tecnica-svsses-rj-n-282020>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Pesquisa inédita do Hemorio revela aumento no número de pessoas com anticorpos contra a Covid-19 na população.** Governo do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 13/6/2020g. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/06/pesquisa-inedita-do-hemorio-revela-aumento-no-numero-de-pessoas-com-anticorpos-contra-a-covid-19-na-populacao>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Secretaria de Estado de Saúde confirma conclusão de mais três hospitais de campanha para retaguarda no enfrentamento da pandemia de coronavírus.** Rio de Janeiro, 1/7/2020h. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/07/secretaria-de-estado-de-saude-confirma-conclusao-de-mais-tres-hospitais-de-campanha-para-retaguarda-no-enfrentamento-da-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **SES inicia pesquisa sobre imunidade da população para coronavírus.** Rio de Janeiro, 30/4/2020d. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/04/ses-inicia-pesquisa-sobre-imunidade-da-populacao-para-coronavirus>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **SES zera lista de testes de coronavírus no Lacen.** Rio de Janeiro, 3/4/2020c. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/04/ses-zera-lista-de-testes-de-coronavirus-no-lacen>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **SES recebe doação de 200 mil testes para coronavírus da Petrobras.** Governo do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 23/3/2020a. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/03/ses-recebe-doacao-de-200-mil-testes-para-coronavirus-da-petrobras>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Campanha orienta sobre forma de armazenar amostras de exames de COVID-19.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 03/05/2020i. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/campanha-orienta-sobre-forma-de-armazenar-amostras-de-exames-de-covid-19/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Coronavírus: Laboratório da Unesp em Araraquara amplia potencial de testagem.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 14/05/2020p. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/coronavirus-laboratorio-da-unesp-em-araraquara-amplia-potencial-de-testagem/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **COVID-19: HC de Botucatu recebe doação de aparelho que triplicará realização de testes.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 29/05/2020v. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/covid-19-hc-de-botucatu-recebe-doacao-de-aparelho-que-triplicara-realizacao-de-testes/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **COVID-19: Laboratório da Unesp em São José do Rio Preto é credenciado para diagnósticos.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 29/05/2020u. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/covid-19-laboratorio-da-unesp-em-sao-jose-do-rio-preto-e-credenciado-para-diagnostics/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **COVID-19: Laboratórios da USP reforçam diagnóstico no interior de São Paulo Testes moleculares feitos por pesquisadores da USP.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 04/05/2020j. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/covid-19-laboratorios-da-usp-reforcamos-diagnostico-no-interior-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. COVID-19: **Startup busca desenvolver teste de diagnóstico totalmente nacional.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 10/06/2020x. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/covid-19-startup-busca-desenvolver-teste-de-diagnostico-totalmente-nacional/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. COVID-19: **Unesp e Adolfo Lutz em Rio Claro somam forças para ampliar testagem.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 08/05/2020m. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/covid-19-unesp-e-adolfo-lutz-em-rio-claro-somam-forcas-para-ampliar-testagem/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. COVID-19: **Unicamp recebe do Instituto Butantan insumos e robô para agilizar testes.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 22/05/2020t. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/covid-19-unicamp-recebe-do-instituto-butantan-insumos-e-robo-para-agilizar-testes/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Empresas ajudam laboratórios da USP a realizar testes na região de Pirassununga.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 03/07/2020. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/empresas-ajudam-laboratorios-da-usp-a-realizar-testes-na-regiao-de-pirassununga/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Estado anuncia rede de testes para coronavírus com até 2 mil exames diários.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 23/03/2020c. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sp-anuncia-rede-de-testes-para-coronavirus-com-ate-2-mil-exames-diarios/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Fapesp destina R\$ 30 milhões a pesquisas para o combate ao novo coronavírus.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 20/03/2020b. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/fapesp-financiara-pesquisas-para-o-combate-ao-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

São Paulo. **Governo de São Paulo lança plataforma de laboratórios para diagnóstico de COVID-19.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 02/04/2020f. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sao-paulo-lanca-plataforma-de-laboratorios-para-diagnostico-de-covid-19/>>. Acesso em: 16/07/2020.

_____. **Governo de São Paulo lança certificado de testagem para o setor privado.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 22/06/2020. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/sala-de-imprensa/release/governo-de-sao-paulo-lanca-certificado-de-testagem-para-o-setor-privado-2/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Governo de SP compra máscaras e testes de coronavírus para enfrentamento da pandemia.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 14/04/2020g. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/compra-mascaras-testes-coronavirus/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Governo de SP compra mais 2 milhões de testes e amplia diagnóstico de coronavírus.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 15/05/2020q. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/governo-do-estado-anuncia-medidas-de-combate-ao-novo-coronavirus-3/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Iniciativa possibilita testes de COVID-19 para trabalhadores do agronegócio de SP.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 19/05/2020r. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/iniciativa-possibilita-testes-de-covid-19-para-trabalhadores-do-agronegocio-de-sp/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **IPT integra parceria sobre teste rápido que identifica COVID-19 com segurança.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 07/05/2020l. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/ipt-integra-parceria-sobre-teste-rapido-que-identifica-covid-19-com-seguranca/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Parceria entre Unesp e Embraer viabiliza 40 mil testes no interior do Estado.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 04/05/2020k. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/parceria-entre-unesp-e-embraer-viabiliza-40-mil-testes-no-interior-do-estado/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Pesquisadores da UFSCar estudam testes rápidos para detectar novo coronavírus.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 13/05/2020o. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/pesquisadores-da-ufscar-estudam-testes-rapidos-para-detectar-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Produção de teste que detecta coronavírus em uma hora tem investimento da Desenvolve SP.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 19/06/2020z. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/producao-de-teste-que-detecta-coronavirus-em-uma-hora-tem-investimento-da-desenvolve-sp/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **São Paulo monta força-tarefa para testes da COVID-19.** São Paulo, São Paulo, 01/04/2020e. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sao-paulo-monta-forca-tarefa-para-testes-da-covid-19/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **São Paulo ultrapassa 600 mil testes de coronavírus e mira triplicar checagem.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 16/06/2020y. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/sala-de-imprensa/release/sao-paulo-ultrapassa-600-mil-testes-de-coronavirus-e-mira-triplicar-checagem/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **SP amplia base e estende teste de coronavírus a quem teve contato com pacientes.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 30/04/2020h. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/sp-aplicacao-testes-rapidos-coronavirus/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **SP anuncia repasse de R\$ 218 mi a 80 cidades mais populosas para combater coronavírus.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 26/03/2020d. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/governo-de-sao-paulo-anuncia-novas-medidas-para-intensificar-o-combate-ao-coronavirus/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **SP CONTRA O NOVO CORONAVÍRUS. TRANSPARÊNCIA.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, [s.d.]. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/transparencia/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **SP cria Rede de Enfrentamento ao coronavírus e anuncia 7 medidas contra a doença.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 12/03/2020a. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/sp-cria-rede-de-enfrentamento-ao-coronavirus-e-anuncia-7-medidas-contr-a-doenca/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **SP mira 30 mil testes diários de coronavírus com inclusão de exames privados.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 08/06/2020w. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sp-mira-30-mil-testes-diarios-coronavirus-com-inclusao-exames-privados/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Startup apoiada pela Fapesp ajuda a baratear teste molecular de COVID-19.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 02/07/2020. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/startup-apoiada-pela-fapesp-ajuda-a-baratear-teste-molecular-de-covid-19/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Unesp: Parceiro compra equipamento para agilizar testagem de COVID-19.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 21/05/2020s. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/unesp-parceiro-compra-equipamento-para-agilizar-testagem-de-covid-19/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Unicamp estimula produção local de insumos para o principal teste de COVID-19.** Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 09/05/2020n. Disponível em <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/unicamp-estimula-producao-local-de-insumos-para-o-principal-teste-de-covid-19/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GRUPO FLEURY. 2020a. **Grupo Fleury desenvolve teste para coronavírus.** São Paulo, 19/03/2020. Disponível em: <<http://www.grupofleury.com.br/SitePages/noticia.aspx?n=204>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. 2020b. **Grupo Fleury firma parceria para realizar testes de diagnóstico da COVID-19 em profissionais da saúde do Estado de São Paulo.** São Paulo, 21/04/2020. Disponível em: <<https://www.fleury.com.br/noticias/bradesco-seguros-coca-cola-brasil-coca-cola-femsa-e-grupo-fleury-firmam-parceria-para-realizar-testes-de-diagnostico-da-covid-19-em-profissionais-da-saude-do-estado-de-sao-paulo>>. Acesso em 24 abr. 2020.

HALLAL, P. et al. **Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Brasil: estudo de base populacional.** Ministério da Saúde, Epicovid19-BR, Publicações. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/18/EstudopopulacionalCOVID19BrasilProposta--1---003-.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

KIM, N. Covid-19: **South Koreans keep calm and carry on testing.** The Guardian, Seoul, 18/03/2020. Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/18/covid-19-south-koreans-keep-calm-and-carry-on-testing>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

KOIKE, Beth. **Dasa fecha parceria com Ministério da Saúde para processar 3 milhões de exames para covid-19.** Valor Econômico, 21/04/2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/21/dasa-fecha-parceria-com-ministerio-da-saude-para-processar-3-milhoes-de-exames-para-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

LEMOS, Marcela. **Procura por teste de coronavírus zera estoques de laboratórios no Rio.** UOL, 16/03/2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/16/procura-por-teste-de-coronavirus-zera-estoques-de-laboratorios-no-rio.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

LISBOA BASTOS M, TAVAZIVA G, ABIDI SK, CAMPBELL JR, HARAQUI L-P, JOHNSTON JC, et al. **Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis.** BMJ. 1º de julho de 2020;370:m2516.

LONG, Q., TANG, X., SHI, Q. et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. Nat Med (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0965-6>.

LUPION, . B. **Por que o Brasil testa tão pouco para Covid-19.** Deutsch Welle, [s.l.], 23/04/2020. Disponível em <<https://www.dw.com/pt-br/por-que-o-brasil-testa-t%C3%A3o-pouco-para-covid-19/a-53222194>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MENDONÇA, H. **Anvisa libera testes rápidos para coronavírus nas farmácias, mas médicos alertam que eles não são passaporte para deixar quarentena.** El País, São Paulo, 28/04/2020. Disponível em <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-28/anvisa-libera-testes-rapidos-para-coronavirus-nas-farmacias-mas-medicos-alertam-que-eles-nao-sao-passaporte-para-deixar-quarentena.html>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19.** Brasília, 06 de abril de 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

_____. **Laboratórios públicos ampliam em 451% capacidade de testagem para COVID-19.** [s.l.], 29/05/2020l. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46983-laboratorios-publicos-ampliam-em-451-capacidade-de-testagem-para-covid-19>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Laboratórios públicos ampliam em 869% capacidade de testagem para Covid-19 no Brasil.** [s.l.], 01/07/2020n. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47151-laboratorios-publicos-ampliam-em-869-capacidade-de-testagem-para-covid-19-no-brasil>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. **Pesquisa medirá nível de propagação do coronavírus no Brasil. Ministério da Saúde,** [s.l.], 14/04/2020g. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46735-pesquisa-medira-nivel-de-propagacao-do-coronavirus-no-brasil>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

_____. **Saúde amplia testes para profissionais de saúde e segurança. 24/03/2020c.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46596-saude-amplia-testes-para-profissionais-de-saude-e-seguranca>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Boletins Epidemiológicos, Ministério da Saúde, Brasília, n. 8, 10/04/2020, 2020b.** Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Boletins Epidemiológicos, Ministério da Saúde, Brasília, n. 12, 19/04/2020, 2020c.** Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Chegam ao país mais 500 mil testes de biologia molecular. Ministério da Saúde, 22/04/2020k.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46768-chega-ao-pais-mais-500-mil-testes-de-biologia-molecular>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. **Começa hoje a distribuição de 500 mil testes rápidos para todo o país.** Ministério da Saúde, 01/04/2020d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46632-comeca-hoje-a-distribuicao-de-500-mil-testes-rapidos-para-todo-o-pais>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Doação: Saúde distribui mais de 870 mil testes de coronavírus.** Ministério da Saúde, 08/04/2020e. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46690-doacao-saude-distribui-mais-870-mil-testes-de-coronavirus>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Ministério da Saúde amplia para 46,2 milhões aquisição de testes.** Ministério da Saúde, 20/04/2020i. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46760-ministerio-da-saude-amplia-para-46-2-milhoes-aquisicao-de-testes>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Saúde abre chamada pública para contrato emergencial de laboratórios.** Ministério da Saúde, 14/04/2020f. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46731-saude-abre-chamada-publica-para-contrato-emergencial-de-laboratorios>>. Acesso em: 23/04/2020.

_____. **Saúde abre chamamento público para compra de mais 12 milhões de testes rápidos.** Ministério da Saúde, 20/04/2020j. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46761-saude-abre-chamamento-publico-para-compra-de-mais-12-milhoes-de-testes-rapidos>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. **Saúde convoca empresas para compra de mais 4 milhões de testes RT-PCR.** Ministério da Saúde, 16/04/2020h. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46745-saude-convoca-empresas-para-compra-de-mais-4-milhoes-de-testes-rt-pcr>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. **Saúde passa a testar casos leves de Covid-19.** Ministério da Saúde. 24/06/2020m. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47113-saude-passa-a-testar-100-dos-casos-leves-de-covid-19>>.

MONSORES, Júlia. **Testes para coronavírus: descubra quanto custam e como funcionam.** *Seleções*, 16/03/2020. Disponível em: <<https://www.selecoes.com.br/coronavirus/exame-para-coronavirus/>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MORRIS, C. **Coronavirus: What can the UK learn from Germany on testing?**. BBC, [s.l.], 11/04/2020. Disponível em <<https://www.bbc.com/news/health-52234061>>. Acesso em: 17 jul. 2020

ONOFRE, Renato. **Sem insumos, laboratórios privados limitam exames para detectar coronavírus**. *Folha de São Paulo*, 21/03/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/sem-insumos-laboratorios-privados-limitam-exames-para-detectar-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2020a. **Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans**. [sem data]. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. 2020b. **Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19**. Scientific Brief. 08/04/2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

_____. 2020c. **Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19**. 21/03/2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab-testing-2020.1-eng.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

_____. 2020d. **COVID-19 Strategy Update**. 14/04/2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_6>. Acesso em: 17 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Chega ao Brasil 1º lote dos 10 milhões de testes comprados pelo Ministério da Saúde via OPAS**. OPAS, 23/04/2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/chega-ao-brasil-1o-lote-dos-10-milhoes-de-testes-comprados-pelo-ministerio-da-saude-via-opas/>>. Acesso em 24 abr. 2020.

PANORAMA FARMACÊUTICO. 2020a. **Dasa faz teste domiciliar de coronavírus**. Disponível em: <<https://panoramafarmaceutico.com.br/2020/02/28/dasa-faz-teste-domiciliar-de-coronavirus/>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. 2020b. **Laboratório Sabin cria teste que detecta coronavírus em até 24h por secreção**. Disponível em: <<https://panoramafarmaceutico.com.br/2020/03/03/laboratorio-sabin-cria-teste-que-detecta-coronavirus-em-ate-24h-por-secrecao/>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

PATEL, R.; BABADY, E.; THEEL, E.S. et al. Report from the American Society for Microbiology COVID-19 International Summit, 23 March 2020: Value of Diagnostic Testing for SARS-CoV-2/COVID-19. MBio [Internet]. 28 de abril de 2020; 11(2):e00722-20. Disponível em: <<http://mbio.asm.org/content/11/2/e00722-20>>.

PETROBRÁS. **"600 mil testes para diagnosticar Covid-19"**. 31/03/2020. Disponível em: <<https://nossaenergia.petrobras.com.br/pt/sustentabilidade/600-mil-testes-para-diagnosticar-covid-19/>>. Acesso em 23 abr. 2020.

RAMDAS, K., DARZI, A. & JAIN, S. **‘Test, re-test, re-test’: using inaccurate tests to greatly increase the accuracy of COVID-19 testing.** Nat Med 26, 810–811 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0891-7>.

REVISTA EXAME. **500 mil kits de testes para coronavírus doados pela Vale chegam ao Brasil.** 31/03/2020b. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/500-mil-kits-de-testes-para-coronavirus-doados-pela-vale-chegam-ao-brasil/>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

REVISTA DA FARMÁCIA. **Número de testes de Covid-19 em farmácias passa de 144 mil.** Revista da Farmácia, [s.l.], 03/07/2020. Disponível em <https://revistadafarmacia.com.br/coronavirus/numero-de-testes-de-covid-19-em-farmacias-passa-de-144-mil/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SABIN. **Teste molecular para detecção do novo coronavírus.** Brasília, 03/03/2020. Disponível em: <https://www.sabin.com.br/noticias/o-sabin/teste-molecular-para-deteccao-do-novo-coronavirus-covid-19.html>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SCHNEIDER, E. C. **Failing the Test — The Tragic Data Gap Undermining the U.S. Pandemic Response.** New England Journal of Medicine, v. 383, n. 4, p. 299–302, 23 jul. 2020.

SCHRAER, R. **Coronavirus: Am I eligible for a test?.** BBC, [s.l.], 07/07/2020. Disponível em <https://www.bbc.com/news/health-51943612>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SHERIDAN, Cormac. **Fast, portable tests come online to curb coronavirus epidemic.** Nature Biotechnology, 23/03/2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41587-020-00010-2>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SOBRINHO, W. P. **Revista da Farmácia. Número de testes de Covid-19 em farmácias passa de 144 mil.** Revista da Farmácia, [s.l.], 03/07/2020. Disponível em. Acesso em: 16/07/2020. UOL, São Paulo, 23/06/2020. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/23/a-cada-100-testes-de-farmacia-para-covid-15-dao-positivo-no-brasil.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA (SBPC-ML). **SBPC/ML alerta sobre utilização correta dos testes rápidos.** 2020a. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/noticias-e-comunicacao/sbpcml-alerta-sobre-utilizacao-correta-dos-testes-rapidos/>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

_____. **Métodos Laboratoriais para Diagnóstico da Infecção pelo SARS-CoV-2.** Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, 2020b. Disponível em: www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/MetodosLaboratoriaisDiagnosticoSARS-CoV-2.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL (SBPC/ML), A SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICA (SBAC), A SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI) E A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MICROBIOLOGIA SBM). **NOTA OFICIAL**. 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota_EscassezDeReagente_DuranteCOVID-19.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

TESS, Beatriz H. et al. **SARS-CoV-2 seroprevalence in the municipality of São Paulo, Brazil, ten weeks after the first reported case**. *Manuscrito*. Publicações da pesquisa SoroEPI MSP. Disponível em: https://ojs2018.uepb.edu.br/revista/index.php/uepb/issue/view/issueDetail?id=636d3cbeb2bf.filesusr.com/ugd/6b3408_2e1f0fa783584ccfbec3fdf3e85b0848.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020

UFPel. **Epicovid19-BR apresenta resultados**. UFPel, Pelotas, 02/07/2020. Disponível em <https://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2020/07/02/epicovid19-br-apresenta-resultados/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

UFRJ. Coronavírus: **UFRJ desenvolve novo teste para detectar COVID-19**. Assessoria de Imprensa do Gabinete da Reitoria, UFRJ, 23/03/2020. Disponível em: <https://ufrj.br/noticia/2020/03/23/coronavirus-ufri-desenvolve-novo-teste-para-detectar-covid-19>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

VALE DO RIO DOCE. **Vale conclui doação de 5 milhões de kits de teste rápido e de quase 16 milhões de EPIs para governo federal**. VALE, [s.l.], 11/05/2020. Disponível em <http://www.vale.com/brasil/PT/aboutvale/news/Paginas/Vale-conclui-doacao-de-5-milhoes-de-kits-de-teste-rapido-e-de-quase-16-milhoes-de-EPIs-para-governo-federal.aspx>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

VIEIRA, B. M. **Fila de testes de coronavírus em SP está zerada, diz governo**. G1, São Paulo, [s.d.]. Disponível em <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/22/fila-de-testes-de-coronavirus-em-sp-esta-zerada-diz-governo.ghtml>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

Tabelas

Tabela 30 – Comparação preço testes PCR e testes sorológicos.....	133
Tabela 31 - Modelos e registros de produtos por fabricante	134
Tabela 32 - Modelos e registros de produtos por fabricante	135
Tabela 33 - Aquisições e doações executadas e previstas pelo Ministério da Saúde.....	136
Tabela 24 - Testes RT-qPCR distribuídos pelo MS, por estado e instituição (RJ e SP)	140
Tabela 35 - Testes Rápidos distribuídos, por estado (SP e RJ)	140

Figuras

Figura 5 - Número de exames realizados com suspeita de COVID-19/vírus respiratórios, por semana epidemiológica (SE), 2020, Brasil.	141
---	-----

Sumário

Nota Técnica V – EPIs – Equipamentos de proteção individual

Produção de EPIs no Brasil	162
Compras de EPI na pandemia	162
A crise de demanda e oferta.....	163
Considerações finais.....	167
Referências	169

NOTA TÉCNICA V - EPIs – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Equipamentos de proteção individual (EPIs) são artefatos como máscaras faciais, óculos, protetores auriculares, calçados, aventais, luvas e gorros. Eles servem como barreiras físicas de proteção aos trabalhadores envolvidos em atividades de risco e contribuem para diminuir a incidência de acidentes de trabalho. Também diminuem a exposição de trabalhadores a doenças ocupacionais, risco de incapacitação e sequelas.

A norma regulamentadora nº 6 (NR 6) do Ministério do Trabalho e Emprego define EPI como todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. A norma também define como *equipamento conjugado de proteção individual* todo aparato composto por dispositivos que o fabricante tenha associado contra um ou mais riscos simultâneos que possam ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador. Determina ainda que o equipamento de proteção individual, de fabricação nacional ou importado, só poderá ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação (CA), expedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

No caso dos trabalhadores da saúde, o uso de EPIs está relacionado também com o controle da disseminação de doenças infecto contagiosas entre pacientes, membros da equipe de atendimento e demais indivíduos de suas respectivas relações sociais.

Em situações de surto epidêmico de doenças virais com alto potencial de contágio pelo contato com fluidos e secreções orgânicas como a COVID-19,

a importância da manutenção do mais alto padrão de segurança no uso de EPIs pela equipe de atendimento é ainda maior. Isto é especialmente válido na realização de procedimentos invasivos com liberação de aerossóis contaminantes no ambiente de trabalho.

Em onze de novembro de 2019 a medida provisória nº 905 deu uma nova redação ao artigo 167 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluindo a previsão de emissão de Certificados de Aprovação como exigência para a comercialização de EPIs no território nacional. Assim, a Secretaria do Trabalho (SETRAB) informou que o Ministério da Economia não emitiria mais o CA dos equipamentos a partir daquela data, e que a Secretaria Especial de Previdência do Trabalho (SEPRT) publicaria ato para disciplinar os novos critérios de avaliação de EPIs.

Em 23 de março de 2020, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 356 da Anvisa 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. Isto se deu em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2, que flexibilizou as exigências para as empresas fabricantes e importadoras de EPIs.

Com o advento da pandemia de COVID-19, mesmo antes do registro oficial do primeiro caso no Brasil, em 25 de fevereiro, começaram a circular relatos de desabastecimento de EPIs em unidades assistenciais, bem como nos principais distribuidores comerciais.

Em abril de 2020, em uma busca no *site* de um grande distribuidor para o estado de São Paulo e para o Brasil (SAFETY TRAB, 2020a) por itens de proteção para trabalhadores de saúde, observamos que os seguintes produtos estavam fora de catálogo:

- Máscara 3M 8013 proteção respiratória PFF1 com válvula CA 9357;
- Máscara 3M 8822 proteção respiratória PFF2 com válvula CA 5657;
- Máscara descartável dupla com elástico e clips nasal Sky descartável;
- Máscara proteção respiratória PFF1 com válvula Pro face Deltaplus CA 38513;
- Máscara Proteção Respiratória PFF1 sem Válvula Pro Face Deltaplus CA 38514;
- Máscara Proteção Respiratória PFF2 com Válvula Pro Face Deltaplus CA 38509;
- Máscara Proteção Respiratória PFF2 sem Válvula Pro Face Deltaplus CA 38510;
- Máscara Protetora de Barba e Bigode Sky Descartáveis;
- Óculos de Segurança Incolor New Stylus Valeplast CA 33407;
- Luva de Procedimento Descartável Latex Sem Talco Powder Free Descarpack;
- Avental Manga Longa Com Tiras e Punho Elástico;
- Protetor Facial PRO VISION 10" CS Incolor Pro Safety.

Produção de EPIs no Brasil

Em janeiro de 2019 a Safety Trab EPI, grande revendedor e distribuidor para o estado de São Paulo e para o Brasil, relacionou as empresas que considerava as cinco maiores fabricantes de EPIs no Brasil (SAFETYTRAB, 2020b): 3M, Super Safety, MG Cinto, Promat e Fujiwara, sendo as duas primeiras com foco no setor de saúde.

A 3M é um grupo econômico global sediado nos Estados Unidos e atuante em pelo menos seis unidades de negócio. Dentre elas estão a produção de itens de biossegurança para trabalhadores de saúde e uma linha diversificada de produtos para unidades hospitalares. Possui instalações industriais

no Brasil que produzem para o mercado global. Com a pandemia, o fabricante anunciou uma estratégia incremental de aumento de produção de itens para a saúde (3M, 2020).

A Super Safety possui unidade fabril no Paraná e produz EPIs para uso em diversas categorias profissionais, inclusive macacões impermeáveis e óculos de proteção que podem ser utilizados por trabalhadores que atuam diretamente na assistência.

A MG Cinto tem unidade fabril em Minas Gerais e produz itens de segurança para trabalhadores do setor industrial. Seu foco não é o setor de saúde. Da mesma forma, a Promat é um fabricante nacional especializado em luvas de proteção, mas tem pouca penetração no setor da saúde.

A Fujiwara é uma subsidiária da Brazil Safety Brands (BSB) e produz principalmente itens de proteção contra trauma nos pés, mãos e cabeça de trabalhadores do setor industrial, tendo pouca inserção no setor de assistência à saúde.

Outros fabricantes espalhados pelo território nacional produzem, em menor escala, produtos de baixo valor agregado como máscaras cirúrgicas, luvas de procedimento, gorros, propés e aventais descartáveis. Também atuam como importadores e distribuidores de produtos semiacabados para embalagem e distribuição no Brasil.

Compras de EPI na pandemia

Em março, a prefeitura de São Paulo afirmou que, diante da escassez mundial de produtos de proteção, comprou cinco milhões de máscaras cirúrgicas e um milhão de máscaras N95 (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020).

Em resposta aos relatos de profissionais sobre o estado crítico das condições de trabalho e falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tomou a iniciativa de publicar, em 25 de março de 2020 (COFEN,

2020), um chamamento público para a compra de máscaras de proteção N95.

No que se refere ao governo federal, no início de abril houve uma declaração pública de Luiz Henrique Mandetta, então ministro da saúde (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020^a), de que parte das compras de equipamentos de proteção individual para uso na rede de saúde “havia caído” após os Estados Unidos adquirirem um grande volume de produtos da China. Na mesma semana, o governo federal anunciou (BRASIL, 2020) a compra de 200 milhões de unidades de máscaras cirúrgicas de três camadas e 40 milhões de máscaras tipo N95, equivalentes a 960 toneladas de produtos com o custo de R\$694,3 milhões.

O material deveria garantir o abastecimento da rede pública hospitalar por pelo menos 60 dias. O transporte dos produtos da China para o Brasil seria feito em 40 voos fretados até meados de abril, e contaria com apoio do Ministério da Infraestrutura.

Historicamente, a compra direta deste tipo de insumo não fazia parte da rotina operacional do Ministério da Saúde (MS), que apenas se encarregava dos repasses para os entes subnacionais. No entanto, em abril um contrato de compra direta foi celebrado com a empresa Global Base Development KH Limited para atendimento da crise de demanda provocada pela pandemia. Segundo o governo, o novo contrato corresponderia a um aumento de 1.419% no total de máscaras já distribuídas para os estados até o mês de abril.

Durante a pandemia, o MS tem assumido pagar por variações de até 185% no preço de produtos necessários para abastecer redes públicas federal, estadual e municipal. A análise de 34 contratos emergenciais assinados pela pasta desde o início da crise mostra que o órgão desembolsa valores díspares para produtos com a mesma descrição técnica

(FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020b), mas fornecidos por empresas distintas.

Encontramos a maior diferença nas sapa-tilhas próprias para uso em ambiente hospitalar. O calçado, feito de tecido não-tecido (TNT), é usado até o tornozelo para evitar que médicos, enfermeiros e pacientes carreguem microrganismos nas solas dos sapatos para dentro das alas de tratamento. O Ministério pagou R\$0,07 por cada par em uma compra de 100 mil itens feita em dois de março – antes da declaração de pandemia – com um fornecedor. Menos de um mês depois, no dia 26, assinou contrato com outra empresa, pagando R\$0,20 pelo mesmo item.

Via de regra, o governo atribuiu as variações no preço à flutuação cambial e à crise de demanda e oferta. Parte das aquisições planejadas não tem se concretizado por falta de propostas financeiras ou de logística viáveis. Nos chamamentos públicos para compra de produtos ou serviços, não há a determinação de preço máximo, mas elaboram-se valores de referência a partir de pesquisas de preço feitas previamente. Em alguns casos, o governo federal tem tido dificuldade em assegurar até mesmo ganhos em escala esperados para compras em grandes volumes. Há registros de compra de 500 mil máscaras cirúrgicas a R\$0,96 – ao lado de outra compra, onde foi pactuada a aquisição de 20 milhões de unidades do mesmo produto a R\$2,08 cada (uma diferença de 116%). Segundo registros históricos no banco de preços do sistema integrado de compras públicas, era possível comprar o produto em 2019 a R\$0,10 (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020b).

A crise de demanda e oferta

O Sindicato dos Servidores Municipais de São Paulo (SINDSEP) afirmou, em março de 2020, que o problema de falta de EPIs nas unidades assistenciais do município era generalizado. Já a prefeitura traba-

lhava com o argumento de que o uso dos equipamentos de proteção deveria ser reservado para as equipes na linha de frente do combate à COVID-19 (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020c).

Os profissionais de enfermagem, especialmente os de nível médio, foram os mais afetados pela falta de EPIs. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) formulou denúncia sobre a crise de abastecimento e, diante dos relatos generalizados de falta de equipamentos que colocavam em risco os seus profissionais, fez as vezes de gestor de saúde lançando um edital para a compra de máscaras N95 para distribuição aos conselhos regionais (COFEN, 2020a).

O COFEN relatou até o início de abril (COFEN, 2020b) pelo menos 2.900 denúncias de falta de diferentes tipos de EPI para profissionais de saúde nos 26 estados e no Distrito Federal.

A corporação médica também reagiu por meio da Associação Paulista de Medicina, que abriu um canal na internet para denúncias sobre falta de EPI nos serviços (APM, 2020). A plataforma passou a receber denúncias anônimas de médicos e outros profissionais da assistência para compilação e encaminhamento aos gestores de saúde do estado de São Paulo e municípios.

No Hospital Municipal do Tatuapé em São Paulo, por exemplo, houve relatos de casos de COVID-19 em cerca de dez trabalhadores, segundo o sindicato da categoria, até abril de 2020. O clima de medo e a situação de risco levaram profissionais a ameaçar abandonar seus postos de trabalho caso a situação não fosse resolvida (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020d).

No Hospital do Servidor Público Municipal, trabalhadores relataram que o isolamento entre pacientes com e sem infecção foi feito com cortinas plásticas improvisadas. Ali, segundo eles, o avental descartável não era impermeável, e havia apenas

uma máscara disponível para cada trabalhador por semana até o início de abril.

Até as 23h de 29 de março, a Associação Médica Brasileira (AMB) (AMB, 2020) havia recebido 2.513 denúncias sobre falta de equipamentos de proteção individual em 520 municípios pelo país. A maior parte das denúncias se refere à falta de óculos de proteção ou barreira facial (*face shield*).

No mês de abril, três meses depois do registro do primeiro caso no Brasil, ainda circulavam notícias na imprensa dando conta da falta de EPIs para profissionais nos estoques do Ministério da Saúde (UOL, 2020) – que estava às voltas em negociações com fornecedores estrangeiros.

Luiz Henrique Mandetta, então ministro da saúde, traçou um cenário de extrema dificuldade para aquisição de insumos básicos de proteção. Em abril, recomendou à população que parasse de comprar máscaras descartáveis e fizesse a sua própria peça de proteção com tecido e elástico. Representantes da indústria como Franco Pallamolla, presidente da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO), apontaram a falta de iniciativa do governo federal na formulação de uma proposta clara para fabricantes nacionais. Eles também preconizaram risco de desabastecimento em um cenário de disputa global por itens de proteção, mesmo com a queda do número de casos de COVID-19 na China.

Em março, foram registradas iniciativas de polos regionais de indústria têxtil voltadas para o redirecionamento da produção para o atendimento à demanda por máscaras nasobuciais em tecido para uso da população em geral (A VOZ DA SERRA, 2020).

As iniciativas de empresas privadas ou setores econômicos voltados para o aumento da oferta interna de EPIs foram variadas. As deficiências na

coordenação central do processo de alocação de recursos estratégicos também ensejaram ações pulverizadas na forma de doações em todo o território nacional.

Tais iniciativas podem ser entendidas, em parte, como estratégia de *marketing* institucional de ocasião, de baixo impacto na oferta geral de produtos – porém, com retorno positivo para a imagem das empresas envolvidas.

Houve registro também de iniciativas de pessoas físicas como plataformas virtuais que articulam doadores com unidades assistenciais e pequenos fabricantes com suas plantas ociosas.

Grandes empresas do setor industrial como a Mercedes-Benz trataram de inserir anúncios de doações em suas páginas na internet (MERCES BENZ, 2020) – como, por exemplo, da oferta de mil óculos de proteção para o Pronto Socorro Municipal de São Bernardo do Campo (SP), onde fica uma unidade fabril da empresa. Para o Pronto Atendimento de Iracemápolis, cidade do interior paulista em que a Mercedes-Benz também possui uma fábrica, foram doados 700 pares de luvas, 30 óculos de proteção e cerca de 540 máscaras. Além disso, a empresa anunciou uma parceria com o Instituto Mauá de Tecnologia e a Universidade de São Paulo para o desenvolvimento e produção de máscaras fabricadas por um sistema de impressão de componentes em 3D, com doação para hospitais da região do ABC paulista (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

A circulação de notícias sobre a doação de EPIs em veículos de mídia comercial foi ampla e variada (CNN BRASIL, 2020), envolvendo diversos segmentos empresariais. Empresas do setor industrial como General Motors anunciaram a doação de três mil óculos de segurança para profissionais de saúde. Uma parceria entre os bancos Bradesco e Santander se comprometeu a investir R\$50 milhões na compra

de máscaras de pano feitas por costureiras micro-empendedoras para uso da população em geral. A MRV Engenharia, empresa do setor de construção civil, ao lado de outras empresas do setor como Log CP e Banco Inter, se comprometeram a doar R\$13,6 milhões e destinar uma parte do recurso para a compra de EPIs para os profissionais da saúde em Minas Gerais. A Volkswagen do Brasil anunciou a doação de mil máscaras para uso profissional.

A iniciativa de maior envergadura – em volume, custo e estratégia logística envolvida e com potencial de impacto na disponibilidade de EPIs para uso de unidades assistenciais – foi a anunciada pela Vale do Rio Doce em doze de abril. Se refere a um primeiro lote com 295 mil máscaras de proteção individual N95 importadas da China. Segundo o anúncio (GAUCHAZH, 2020), os equipamentos, posteriormente doados ao governo federal, foram transportados em um avião cargueiro contratado pela mineradora. A encomenda somou 2,54 milhões de máscaras N95, 3,6 milhões de máscaras cirúrgicas descartáveis, 216 mil luvas, 450 mil aventais e 2,25 mil óculos de proteção.

Outras iniciativas particulares surgiram em meio à crise de demanda e oferta de EPIs e, em alguma medida, ocuparam o vazio deixado pelas falhas de coordenação logística dos governos. Um exemplo foi a nova plataforma criada por pesquisadores para ajudar a abastecer instituições de saúde com dificuldades em obter equipamentos de proteção individual. A ferramenta permitiu que instituições assistenciais se cadastrassem e indicassem os equipamentos de que mais necessitavam para o enfrentamento da epidemia. O cadastro fica visível para potenciais doadores e vendedores. Da mesma forma, doadores e produtores de todo tipo de EPIs podem registrar suas informações na rede (FOLHA DE SÃO PAULO/UOL, 2020e).

No que abrange a variação de preço e quantidade de material consumido no período da pandemia, a análise de uma unidade assistencial permite uma visão mais objetiva do problema. O quadro a seguir evidencia a crise de demanda e

oferta. Ela é expressa, por um lado, pela súbita redução do quantitativo mensal disponível de alguns itens. Por outro lado, a crise se manifesta pelo aumento de preço verificado a partir do início de 2020.

Tabela 36 - Variação de preços e quantidades de materiais consumidos no Hospital São Paulo

	Consumo* (Nov 2019)	Consumo (Mar 2020)	Preço médio** (Nov 2019)	Preço médio (Nov 2020)	Despesa total (Nov 2019)	Despesa total (Mar 2020)	Diferença de preço médio em %
Álcool em gel 500ml com dosador	171	623	7,2	16,5	1.231,2	10,28	129,20
Avental descartável impermeável	244	3,41	12,05	25,20	2.940,2	85,96	109,10
Avental descartável manga longa gramatura 30	600	6,24	1,15	6	690	37,44	421,70
Luva de procedimento	841,20	988,05	0,15	0,31	126.180,45	306,30	106,7
Máscara tripla cirúrgica	31,56	182,45	0,09	3,40	2.840,4	620,33	3.677,80
Máscara N95 (PFF2)	1,87	5,66	2,22	25	4.144,74	141,45	1.026,10

Fonte: Hospital São Paulo – UNIFESP in Folha de São Paulo/UOL (2020f). * Em unidades. **Em Reais.

Pode-se atribuir parte da explicação para a crise de abastecimento de EPIs ao baixo nível de execução orçamentária do Ministério da Saúde mesmo diante do aumento dos valores empenhados nas rubricas destinadas ao manejo da epidemia. Dos R\$8 bilhões em acréscimos anunciados pelo governo em março, apenas R\$1,47 bilhão (cerca de 18%) tinha alguma destinação prevista – e só R\$119 milhões (cerca de 1,5%) saíram efetivamente dos cofres públicos até meados de abril.

A 3M, principal fabricante de EPIs para uso profissional em saúde no Brasil, declarou em abril (3M, 2020) que a demanda por EPIs adequados para proteção dos profissionais na linha de frente do combate à COVID-19 era maior do que a sua capa-

cidade de fornecimento no país. A empresa declarou também uma estratégia incremental de aumento de produção desde janeiro de 2020, quando registrou um crescimento de 15% na fabricação se comparada à média mensal do ano anterior. A empresa produziu, no mês de março, um volume cinco vezes maior que a média mensal de 2019.

A estratégia comercial anunciada pela 3M passou a dar preferência à venda direta para o setor público, incluindo governos e unidades assistenciais. Isso ocorreu enquanto procurou dar visibilidade ao andamento dos contratos de venda, mantendo em sua página na internet uma lista atualizada semanalmente.

Tabela 37 - Relação de contratos de venda direta da 3M do Brasil atualizada até 10 de abril de 2020

Nome do comprador	Produto comprado	Qntd comprada	Data da compra	Qntd já entregue	Qntd em atendimento parcial	Datas de entrega	% entregue
Ministério da Saúde	Máscara N95 PFF2	500.000	12 mar	500.000	-	18 mar 28 mar 01 abr 04 abr	100%
UNICAMP	Máscara N95 PFF2	14.640	20 mar e 26 mar	14.640	-	21 mar e 27 mar	100%
Secretaria Estadual Saúde SP	Máscara N95 PFF2	120.000	23 mar	120.000	-	28 mar	100%
Corpo de Bombeiros Polícia Militar	Máscara N95 PFF2	400	03 abr	400	-	03 abr	100%
Cia do Metropolitano de SP	Máscara N95 PFF2	6.000	03 abr	6.000	-	09 abr	100%
Comando do Policiamento do Interior São José dos Campos	Máscara N95 PFF2	6.000	03 abr	6.000	-	09 abr	100%
Polícia Militar SP Barro Branco	Máscara N95 PFF2	1.920	06 abr	1.920	-	09 abr	100%
COREN MG	Máscara N95 PFF2	10.080	07 abr	-	10.080		0%
Fundo Municipal de Saúde	Máscara N95 PFF2	6.700	06 abr	-	6.700		0%
Instituto de Medicina Fernando Figueiras	Máscara N95 PFF2	30.000	07 abr	-	30.000		0%
UNICAMP	Máscara N95 PFF2	48.240	08 abr	-	48.240		0%
Conselho Federal de Enfermagem	Máscara N95 PFF2	100.080	02 abr	25.200	74.880		25%

Fonte: 3M do Brasil

Em cinco de abril, o painel de leitos e insumos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a) informou uma quantidade de 248.349 unidades de máscaras N95, além de 15.835.650 máscaras cirúrgicas e 6.800 óculos de proteção distribuídos para o estado do Rio de Janeiro. Também relatou a distribuição de 41.400 unidades de máscaras N95, 3.475.000 máscaras cirúrgicas e 12.480 óculos de proteção para o estado de São Paulo na mesma data.

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 é um evento de escala global que submeteu os sistemas de saúde de diversos países a uma pressão de demanda frequentemente superior à sua capacidade de oferta de produtos e serviços.

A capacidade de adaptação de cada região ou país ao pico esperado de casos e seu efeito sobre a assistência, entretanto, variou amplamente. Também se expressou em exemplos de sucesso e de fracasso no controle da disseminação da doença e na logística de suporte às pessoas infectadas, seja em ambiente

domiciliar ou em regime de internação hospitalar nos casos graves.

A cadeia de suprimento de EPIs para uso da população em geral e de trabalhadores envolvidos em atividades essenciais, especialmente na saúde, é apenas um aspecto dentre vários fatores combinados que determinam a natureza do desfecho para os indivíduos e seu ambiente social.

O caso do Brasil, como exemplo de organização local para o enfrentamento da pandemia, pode ser considerado um fracasso global – bem caracterizado pelo menos desde abril de 2020 e expresso pelo número proporcional de casos e óbitos. A extensão temporal do ciclo de transmissão comunitária do vírus sem controle efetivo – com amplo reflexo negativo sobre uma já comprometida atividade econômica – também reforça esta conclusão.

As providências necessárias para garantia de abastecimento de EPIs e sua distribuição aos locais de uso atrasaram ou não foram efetivas. Em grande medida, isto se deu pelas lacunas na coordenação de uma política que deveria mobilizar o conjunto da administração pública de forma concatenada e com articulação internacional. Não está claro qual teria sido o impacto deste problema sobre as taxas de contaminação das equipes assistenciais, especialmente dos profissionais de enfermagem de nível médio.

O vazio de coordenação deu margem a disputas fratricidas entre compradores. Também causou a perda de referência de preço e qualidade de produtos essenciais, que tiveram manutenção de patamares elevados de custo mesmo depois da equalização tardia da distribuição. A proliferação de iniciativas particulares desarticuladas de doação de produtos – algumas preconizando *marketing* corporativo e pessoal – são, a um só tempo, parte da solução e parte do problema causado pela ausência de coordenação.

Na hipótese plausível de uma nova epidemia em um futuro próximo, seria necessário deixar claro o papel estratégico da produção local de itens de segurança, articulado com um comando unificado das ações logísticas. Se isto não for possível para o conjunto do sistema de saúde, deveria sê-lo ao menos para a distribuição de EPIs.

Referências

3M. Disponível em: <https://www.3m.com.br/3M/pt_BR/3m-do-brasil/coronavirus/?utm_term=corp-brd-pt_br-ba-covid19br-own-3mcom-na-learn-covid19herobanner-ne20-na>. Acesso em: 11 abr. 2020.

A VOZ DA SERRA. Disponível em: <<https://avozdaserra.com.br/noticias/friburgo-pode-direcionar-producao-textil-para-fabricacao-de-mascaras-domesticas>>. Acesso em 26/03/2020. Acesso em 07 abr. 2020.

AMB. Disponível em: <<https://portalhospitaisbrasil.com.br/faltam-epis-para-medicos-no-combate-ao-coronavirus-em-todo-o-pais/>>. Acesso em: 31/03/2020.

APM. Disponível em: <<http://associacaopaulistamedicina.org.br/covid19/>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46693-ministerio-da-saude-compra-240-milhoes-de-mascaras>>. Acesso em: 08/04/2020.

_____. a. Disponível em: <<https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CNN BRASIL. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/business/2020/04/03/de-tinder-a-volkswagen-iniciativa-privada-soma-esforcos-no-combate-ao-covid-19>>. Acesso em 04/04/2020. Acesso em 07 abr. 2020.

_____. a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-cartilha-sobre-colocacao-e-retirada-de-epis_78405.html>. Acesso em: 23 mar. 2020.

_____. b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/denuncias-por-falta-de-epis-entre-profissionais-de-saude-aumentaram_78772.html>. Acesso em: 07/04/2020.

_____. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-edital-para-compra-de-mascaras-n95-2_78292.html>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO/UOL a. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/compra-em-massa-pelos-eua-cancelou-compras-de-equipamentos-para-o-brasil-diz-mandetta.shtml>>. Acesso em: 01 abr. 2020.

_____. b. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/ministerio-da-saude-paga-ate-185-a-mais-por-produto-contracovid-19.shtml>>. Acesso em 13/04/2020.

_____ c. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/servidores-de-sp-relatam-falta-de-mascaras-e-aventais-ate-em-alas-de-infectados.shtml>>. Acesso em: 23/03/2020.

_____ d. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/servidores-de-sp-relatam-falta-de-mascaras-e-aventais-ate-em-alas-de-infectados.shtml>>. Acesso em: 23/03/2020.

_____ e. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/plataforma-ajuda-no-abastecimento-de-epis-contra-coronavirus.shtml?cmpid=assmob&origin=folha>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

_____ f. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/montadoras-e-empresas-quimicas-e-texteis-produzem-insumos-hospitalares.shtml>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

_____. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/servidores-de-sp-relatam-falta-de-mascaras-e-aventais-ate-em-alas-de-infectados.shtml>>. Acesso em: 23/03/2020.

GAUCHAZH. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2020/04/vale-traz-295-mil-mascaras-n95-da-china-ck8x6gnngg02l501llhsqvkpqz.html>>. Acesso em 12/04/2020>. Acesso em 07 abr. 2020.

MERCEDES BENZ. Disponível em: <<https://www.mercedes-benz.com.br/institucional/imprensa/releases/corporativo/2020/4/21726-mercedes-benz-ajuda-a-desenvolver-e-produzir-equipamentos-medicos-no-brasil>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

O ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://mobilidade.estadao.com.br/mobilidade-para-que/mercedes-benz-do-brasil-produz-mascaras-contra-a-covid-19/>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

SAFETYTRAB a. Disponível em: <<https://www.safetytrab.com.br/categoria/mascaras-e-protecao-respiratoria-epi/>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

_____ b. Disponível em: <<https://www.safetytrab.com.br/blog/5-maiores-fabricantes-de-epi-do-brasil/>>. Acesso em 11 abr. 2020.

UOL a. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/04/10/governo-libera-so-15-das-emendas-para-a-covid-19.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

_____. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/04/02/estoque-de-equipamento-de-protecao-individual-da-pasta-da-saude-ja-esta-zerado.htm>>. Acesso em: 02/ abr. 2020.

TABELAS

Tabela 36 - Variação de preços e quantidades de materiais consumidos no Hospital São Paulo166

Tabela 37 - Relação de contratos de venda direta da 3M do Brasil atualizada até 10 de abril167

APONTAMENTOS PARA DISCUSSÃO

Após os primeiros seis meses de curso da pandemia no Brasil, o foco das atenções convergiu para o auxílio emergencial e abertura de atividades econômicas.

O SUS, antes examinado sob lente de aumento, voltou a ocupar um espaço acanhado na agenda pública. Contudo, a janela aberta para o SUS deixou entrever a imensa adesão à perspectiva de organização de uma rede pública abrangente e qualificada. Embora a duração da valorização da saúde como tema de discussão tenha sido abreviada no país, afirmou-se a aceitação de um SUS protetor. Permaneceu um sentimento, ainda que difuso, de gratidão aos profissionais de saúde e concordância com o direito universal à saúde. Entretanto, ao contrário do passado marcado por doses mais ou menos intensas de otimismo em relação ao controle de doenças, o presente tem como marcas as incertezas sobre a transmissão e adoecimento pelo Sars-Cov-2.

Em função da curta duração do intervalo temporal de prioridade para a saúde, a constatação consensual: “...e se não fosse o SUS, o que teria acontecido no Brasil!”, não tem sido sucedida por expansão e investimentos significativos na rede pública. Os comentários de autoridades públicas sobre o SUS foram parcimoniosos. Paulo Guedes, Ministro da Economia, afirmou “com 3 bilhões, quatro bilhões ou cinco bilhões a gente aniquila o coronavírus” (Veja, 2000). O Presidente da Câmara de Deputados, Rodrigo Maia, ponderou: “eu tinha uma visão muito pró-mercado privado de saúde, mas a gente vê que o SUS é importante” (Congresso em Foco, 2020). Recentemente, o titular da pasta da economia cogitou restringir o acesso ao programa Farmácia Popular para viabilizar o financiamento do Renda Brasil (Estado de São Paulo, 2000).

Elevadas e persistentes taxas de transmissão e óbitos por Covid-19, evidenciaram a relevância do SUS, mas não necessariamente infletiram tendências pretéritas. Houve aporte adicional de recursos para o SUS, porém ministrado com atraso e em subdoses. No Brasil, ao contrário do movimento realizado por diversos países para ampliar a capacidade instalada pública e aumentar a remuneração de profissionais de saúde, os investimentos foram irregulares e em parte alocados para a organização de serviços transitórios. Houve comprometimento da abrangência e qualidade desde as ações tradicionais de vigilância epidemiológica até o acesso a unidades de terapia intensiva qualificadas. Lacunas na prevenção e na assistência ambulatorial e hospitalar, não foram completamente solucionadas.

O ceticismo sobre as perspectivas de saída da pandemia se estende para a economia e a política. As previsões para o Brasil são mais sombrias do que as das maiores economias mundiais. O Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico e Comissão Europeia estimaram uma queda de 6,5% da economia mundial, em 2020. Os países ricos teriam um recuo de 7,5% e os em desenvolvimento decréscimo de 3,0%. As estimativas para o Brasil são de contração de 4,7 no PIB real e 5,4 no PIB per capita (Ministério da Economia, 2020).

O biênio recessivo de 2015/16, seguido por quatro anos de estagnação intensificam a herança histórica de elevada informalidade do trabalho, desigualdade de renda, dependência de fluxos de capitais estrangeiros e de tecnologia internacional. O IBGE identificou 12,4 milhões de desocupados no final de junho de 2020, quase o dobro do valor observado no final de 2014, quando eram 6,8 milhões de pessoas sem trabalho. A taxa composta de subutilização da força

de trabalho projetada para 2020 pela Pnad Continua 23,2% (IBGE, 2020a), sugere um mercado de trabalho ainda mais precarizado.

Os prognósticos para 2021 são sombrios. As previsões indicam que a maior parte dos países chegará ao final de 2020 com um nível de atividade muito abaixo do nível registrado antes da pandemia. Os efeitos persistentes da crise econômica somados a redução dos programas governamentais de renda e emprego tenderão a restringir o nível de atividade econômica e provocar mais um declínio recessivo. Sem a perspectiva do incremento de investimentos públicos em função do teto de gastos é plausível prever níveis ainda mais elevados de ociosidade da capacidade produtiva e uma estagnação prolongada. A combinação da recessão econômica com a crise sanitária questiona as suposições da atual equipe econômica de crescimento econômico superior ao de 2019. As reformas já aprovadas (trabalhista, na gestão Temer e da previdência, na gestão Bolsonaro) e as que estão em debate (tributária e administrativa) não demonstraram força para tracionar a economia.

A queda do PIB de 9,7% no segundo trimestre, divulgada no início de setembro de 2020, confirmou a recessão técnica (dois trimestres consecutivos de redução). Entre os setores econômicos, o decréscimo foi maior para a indústria (-12,3%) e serviços (-9,7%) enquanto a agropecuária apresentou aumento discreto (0,4%). Pelo lado da demanda, houve redução no consumo das famílias (-12,5%), apesar dos programas de auxílio emergencial e crédito. Os investimentos e as importações também declinaram (-15,4%) e com o dólar em alta as importações diminuíram (-13,2%) e as exportações tiveram aumento (1,8%) pouco significativo (IBGE, 2020). Esses valores referem-se aos últimos três meses do primeiro semestre, quando as medidas de distanciam-

ento social estavam vigentes. Mesmo que o pior tenha passado, a retomada do crescimento é uma incógnita em função do mercado de trabalho extremamente desestruturado, dúvidas sobre a continuidade de programas de transferência de renda, persistência de patamares elevados de transmissão do coronavírus face a um espaço fiscal restrito e desafiado por pressões econômicas e sanitárias. A recusa ao *lockdown* ou mesmo das estratégias de isolamento social mais radical não evitaram a recessão econômica.

O alinhamento político entre o governo federal e o congresso nacional foi abalado pela pandemia. Inicialmente, as tensões se concentraram em torno das divergências e demissão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta. A saída de um ministro, indicado pelo DEM (Partido Democratas) com trajetória de gestor da saúde, deputado federal e apoiado por entidades médicas e bancada da saúde, anunciaram um possível rompimento da base de sustentação governamental. A temperatura das dissensões se elevou com a sucessão de pedidos de impeachment em abril, recrudescimento de críticas ao aumento das queimadas na Amazônia e demissão do Ministro Sergio Moro. Alegações do ex-ministro da justiça sobre obstrução de justiça e a divulgação de um vídeo de uma reunião em 22 de abril, na qual o Presidente sugeriu que “o povo pegue em armas”, contra uma alegada ditadura do isolamento social, abriram uma janela para a reorganização das forças políticas. Entretanto, o empenho do núcleo presidencial para fortalecer uma retaguarda no Poder Legislativo, por meio da oferta de cargos ao “centrão” amealhou votos suficientes para barrar as perspectivas de substituição de Bolsonaro por votação no Congresso Nacional.

Entre dezembro de 2019 e agosto de 2020, Bolsonaro manteve o apoio de pelo menos 1/3 do

eleitorado (maior taxa de aprovação 37% em agosto de 2020 e menor 29% em agosto de 2019), embora tenham ocorrido mudanças nos índices de aprovação (ótimo e bom) do presidente segundo faixas de renda. Neste período, considerando os que têm renda até dois salários-mínimos, a aprovação passou de 22% para 35% e diminuiu nos extratos superiores (DataFolha, 2020). A adesão dos segmentos populacionais com menor renda ao Presidente Bolsonaro tem sido atribuída ao auxílio emergencial, concedido em três parcelas (de abril a junho) a cerca de 50 milhões de trabalhadores, e à premência da parcela da população ativa que atua no mercado informal pela reabertura das atividades econômicas (Domingues, 2020). Por outro lado, a redução da avaliação positiva do atual governo pelos segmentos com maior renda decorreria da desaprovação de segmentos médios de renda a práticas de corrupção e solidariedade ao ex-ministro Sergio Moro. Para Singer (2020), as alianças do presidente com congregações pentecostais que lhe asseguram apoio popular e mesmo com parlamentares do “centrão” não são perenes, dependem da política econômica que será adotada para mitigar a recessão.

Com a reabertura de atividades, no início do segundo semestre, definidas quase sempre de acordo com pressões de grupos econômicos e após um conveniente silêncio do Presidente, no período que se seguiu a prisão de Fabrício Queiroz, ex-assessor de Flávio Bolsonaro na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, Bolsonaro passou a declarar abertamente a inutilidade das estratégias de distanciamento social, uma volta ao seu posicionamento original. Embora as taxas de transmissão da Covid-19 estejam longe de uma diminuição sustentada e sejam registrados aumento de casos e internações em estados e cidades, a experiência objetiva da pandemia não desestabilizou discursos e as práticas de naturaliza-

ção dos riscos e mortes. A proximidade das eleições municipais em novembro demanda a atenção dos partidos políticos para cálculos e espaços necessariamente localizados, enquanto a Covid-19 evidencia e acentua as desigualdades estruturais no país.

Até agora não foi possível deter o cancelamento das perspectivas de um futuro mais solidário e saudável. O Presidente da República demonstra desprezo às regras mínimas de convivência e à democracia. A ideia de que os militares teriam a função de controlar os arroubos de Bolsonaro revelou-se incorreta. Leirner (2020) considera que as forças armadas possuem um projeto de refundação do Estado, gestado desde os anos 2.000 e se consolidaram como uma instituição que funciona e é confiável. Assim, a ampliação da presença de militares, na direção de órgãos importantes da saúde, iniciada em 2019 na direção da Anvisa e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na curta passagem do médico Nelson Teich no Ministério da Saúde, não seria casual. Desde 15 de maio o General Pazzuello ocupa o principal cargo do órgão de coordenação do SUS.

A presença de um militar da ativa em um posto chave para o enfrentamento da pandemia, foi acompanhada inicialmente por alguma turbulência provocada pela oficialização da cloroquina como estratégia de tratamento entre secretários de saúde. Em julho de 2020, o então presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, defensor da necessidade de isolamento social, se afastou do cargo em função de denúncias de uso inadequado de recursos públicos. Após três meses de gestão, o General Pazzuello passou a contar com o apoio de secretários de saúde e governadores e se tornou Ministro efetivo em setembro. No entrecruzamento entre as crises econômica, política e sanitária, restou para o Ministério da Saúde a ausência na cena política.

Houve um realinhamento político em torno do ministro general e um afastamento da área da saúde no debate nacional. A anuência de gestores à supressão das barreiras das medidas de proteção populacional, na realidade omissão em relação às providências para prover suporte objetivo ao distanciamento social e distribuição de *kits* contendo medicamentos para Covid-19, sem comprovação de eficácia agravou a situação estrutural das desigualdades na exposição aos riscos e acesso aos cuidados de saúde. Mesmo as iniciativas para ampliar recursos assistenciais para o SUS, inclusive para os grupos vulnerabilizados específicos demoraram para serem efetivadas e possuem uma escala inferior à magnitude das necessidades de saúde. Apenas em maio e junho, foram inauguradas duas alas especiais para o cuidado hospitalar aos povos indígenas: Hospital Nilton Lins, em Manaus e Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em Macapá.

Essa trajetória marcada pelo recuo das estratégias de proteção populacional, mitigação das medidas de assistência a sintomáticos e doentes e estímulos às alternativas charlatãs, que se tornaram oficiais, atinge o SUS, especialmente na sua capacidade de resposta à pandemia. Ao contrário de epidemias anteriores, o Brasil não logrou reunir esforços científicos, assistenciais e a produção de insumos de modo coordenado. O provimento de recursos estratégicos para os cuidados aos pacientes, além de tardio e insuficiente estabeleceu um fluxo de negociações entre governo federal, governadores, prefeitos secretárias de saúde e o poder legislativo, Congresso Nacional, assembleias legislativas e câmaras de vereadores se envolveram com a liberação do financiamento para a organização da rede assistencial. Em meio à fragmentação de iniciativas e à rarefação de infor-

mações objetivas, realizar uma contabilidade dos recursos efetivamente alocados no SUS tornou-se um desafio.

A Nota Técnica Recursos para o Enfrentamento do Coronavírus é um esforço de inventariamento e fornece uma linha de base para estudos posteriores. Apesar de limites importantes, avança informações preliminares sobre o uso dos recursos. Trata-se de um exercício incompleto a respeito de recursos e, incipiente no que se refere aos usos. Seu mérito principal é a identificação de fontes e a tentativa de resistir à fragmentação.

Referências

Congresso em Foco. Maia diz que mudou sua opinião sobre o SUS: “Eu tinha uma visão muito pró-mercado”, 14 maio, 2020. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/saude/maia-diz-que-mudou-visao-sobre-o-sus-eu-tinha-uma-visao-muito-pro-mercado/>

DataFolha. Instituto de Pesquisas. Opinião Pública. Avaliação de Governo. Presidente Bolsonaro, 2020. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/avaliacaodegoverno/presidente/jairbolsonaro/indice-1.shtml>

Domingues, José Maurício. Brazil: Tragedy and political choices in the face of coronavirus. ENVIRONMENT, 2020. (prelo)

Estado de São Paulo. Na mira de Guedes, Farmácia Popular atende mais de 20 milhões por ano, 24 de agosto de 2020. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,na-mira-de-guedes-farmacia-popular-atende-mais-de-20-milhoes-por-ano,70003411255>

IBGE(a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Continua. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=o-que-e>

IBGE(b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Contas Nacionais Trimestrais 2º Trimestre de 2020. Contas Nacionais Trimestrais, 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/industria/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=o-que-e>

Leirner, Piero. Bolsonaro tem papel de 'causar explosão' para permitir ação 'reparadora' de militares, diz antropólogo, 2020. Entrevista BBC em 07 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52926714>

Ministério da Economia. Secretaria de Política Econômica. Boletim MacroFiscal, Julho de 2020. Brasília: Ministério da Economia: Secretaria Especial de Fazenda Secretaria de Política Econômica; Subsecretaria de Política Fiscal; Subsecretaria de Política Macroeconômica, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletim-macrofiscal/2020/boletim-macrofiscal-julho-2020-v8.pdf/view>

Singer, André. Consequências da extensão do prazo do auxílio emergencial ainda são incertas. Jornal da USP. Poder e Contrapoder, 03 de setembro de 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/consequencias-da-extensao-do-prazo-do-auxilio-emergencial-ainda-sao-incertas/>

Veja. Guedes: governo e O Congresso “não estão falando a mesma língua”, 13 de março de 2020.