



SENADO FEDERAL
Consultoria Legislativa

OFÍCIO/CONLEG-SF Nº 34/2021

Brasília, 17 de maio de 2021

A Sua Excelência o Senhor
Senador OMAR AZIZ
Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito CIPANDEMIA
Brasília – DF

Senhor Presidente,

Em adição ao Ofício nº 33/2021-Conleg, que encaminhou estudos relacionados à pandemia de Covid 19 em razão do Requerimento 59/2021-CIPANDEMIA, encaminhamos a Vossa Excelência três novos estudos que foram recentemente concluídos.

Respeitosamente

DANILO AUGUSTO BARBOZA DE AGUIAR
Consultor-Geral Legislativo





SENADO FEDERAL
Consultoria Legislativa

NOTA INFORMATIVA Nº 2.690, DE 2021

Referente à STC nº 2021-04635, do Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia, que solicita estudo comparativo acerca da quantidade de vacinas e insumos conseguidos por países em desenvolvimento em razão da atuação internacional.

BRASIL

Situado na América do Sul, conta com cerca de 213 milhões de habitantes.

Em 24 de setembro de 2020 foi editada a Medida Provisória nº 1.003, que autorizou o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - *Covax Facility*¹. A MPV foi convertida na Lei nº 14.121, de 1º de março de 2021. A adesão envolveu a aquisição de 42,5 milhões de doses de vacinas², número necessário para a vacinação de 10% da população. Há previsão de recebimento de 10,6

¹ É um consórcio internacional que visa garantir que as vacinas excedentes sejam compartilhadas entre todas as nações, ricas e pobres. É liderado pela OMS com a participação da Aliança Global de Vacinas (Gavi) e da Coalizão para Inovação na Preparação para Epidemias (Cepi). Até o final de 2021, a Covax espera entregar mais de 2 bilhões de doses em 190 países. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>
² <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/brasil-recebera-106-milhoes-de-doses-de-vacina-pela-covax-facility>



milhões de doses da AstraZeneca no primeiro semestre de 2021. Em março, foram recebidas 1 milhão de doses e no início de maio quase 4 milhões de doses.³

Em setembro foi celebrado contrato com a AstraZeneca. Inicialmente anunciada a compra de 100 milhões de doses⁴, em 16 de fevereiro foi anunciado o aumento desse número para 222,4 milhões de doses⁵. Em 22 de janeiro foram recebidas 2 milhões de doses⁶ e em fevereiro 1.999.600 doses. Há previsão de recebimento de 8.000.400 doses no terceiro trimestre, totalizando 12 milhões de doses. As demais 210.400.00 doses da vacina serão produzidas no Brasil pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a entrega do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA). Foram produzidas em março, 4.187.750 de doses; em abril, 19.186.750; e a expectativa é que sejam produzidas 20.590.000 de doses em maio; 34.2 milhões em junho; 22.235.500 no terceiro trimestre; e 110 milhões no quarto trimestre⁷.

Em 7 de janeiro foi anunciado contrato com o Instituto Butantan para adquirir 46 milhões de doses da vacina Coronavac⁸ e em 16 de fevereiro foi anunciada a compra de mais 54 milhões de doses de

3 <https://news.un.org/pt/story/2021/05/1750002> e
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-05/covax-facility-220-mil-doses-de-vacinas-chegam-hoje-ao-brasil>

4 <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/10/4885444-astrazeneca-muda-data-de-entrega-de-vacina-para-brasil-para-janeiro.html>

5 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/governo-compra-mais-54-milhoes-de-doses-de-vacina-contracovid-19>

6 <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/22/aviao-com-2-milhoes-de-doses-da-vacina-de-oxford-importadas-da-india-chega-a-sp.ghtml>

7 <file:///C:/Users/loja/Downloads/Proje%C3%A7%C3%A3o%20Contratual%20de%20entregas%20de%20vacinas%20Covid-19%20-%202012-05-2021.pdf>

8 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/saude-anuncia-compra-coronavac>

Coronavac⁹, totalizando 100 milhões de doses. Desde 17 de janeiro, quando começaram os envios de Coronavac ao governo federal, o Butantan entregou ao Plano Nacional de Imunização: 8,7 milhões de doses em janeiro; 4,85 milhões em fevereiro; 22,7 milhões em março; 5,8 milhões em abril; e 4,05 milhões de doses, até 12 de maio. A previsão é integralizar o total de 100 milhões de doses até 30 de setembro, mas o prazo poderá ser revisto diante do atraso nos envios de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) da China¹⁰. Há, ainda, previsão de aquisição de mais 30 milhões de doses no quarto trimestre¹¹.

Em 15 de março de 2021, o governo federal anunciou ter contratado a compra de 100 milhões de doses da Pfizer (seis meses após o laboratório ter oferecido 70 milhões de doses de vacinas ao país pela primeira vez¹²) e 38 milhões de doses da Janssen, da Johnson & Johnson¹³ (cuja autorização para uso emergencial no Brasil foi dada em 31 de março pela Anvisa¹⁴), a serem entregues na seguinte conformidade:

a) Pfizer: até o final de abril, 1.000.350 doses; até o final de maio, 2.515.500 doses; até o final de junho, 12 milhões de doses; no terceiro trimestre 84.485.220 doses. Entre 29 de abril e 12 de maio foram

9 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/governo-compra-mais-54-milhoes-de-doses-de-vacina-contracovid-19>

10 <https://butantan.gov.br/noticias/com-mais-1-milhao-de-doses-butantan-finaliza-1-graus-contrato-para-envio-de-46-milhoes-de-doses-ao-pni>

11 <file:///C:/Users/loja/Downloads/Proje%C3%A7%C3%A3o%20Contratual%20de%20entregas%20de%20vacinas%20Covid-19%20-%2012-05-2021.pdf>

12 <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/governo-confirma-contratacao-de-vacinas-da-pfizer-e-janssen>

13 <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/governo-confirma-contratacao-de-vacinas-da-pfizer-e-janssen>

14 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/anvisa-aprova-autorizacao-para-uso-emergencial-da-vacina-da-janssen>

recebidas 2,2 milhões de doses¹⁵. Encontram-se em fase de aquisição 99.999.900 doses, a serem fornecidas no quarto trimestre¹⁶.

b) Janssen: previsão de entrega de 38 milhões de doses no quarto trimestre¹⁷.

Segundo o cronograma de recebimento de vacinas apresentado em 30 de abril, o país contratou a compra de 10 milhões de doses de Sputnik e 20 milhões de doses de Covaxin. No entanto, ambas as vacinas ainda não obtiveram autorização para uso emergencial no país por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁸.

Até às 10:54 do dia 13 de maio haviam sido aplicadas 49.271.180 doses de vacinas no país, das quais 33.382.144 referem-se à primeira dose e 15.889.036 correspondem à segunda dose.¹⁹

CHILE

País da América do Sul com 19,2 milhões de habitantes.

Segundo o sítio eletrônico do governo central, em 17 de dezembro de 2020, o país já possuía acordos e contratos que garantiam a

¹⁵ <https://www.osul.com.br/brasil-recebe-mais-628-mil-doses-da-vacina-da-pfizer-nesta-quarta-feira/>

¹⁶ <file:///C:/Users/loja/Downloads/Proje%C3%A7%C3%A3o%20Contratual%20de%20entregas%20de%20vacinas%20Covid-19%20-%2012-05-2021.pdf>

¹⁷ <file:///C:/Users/loja/Downloads/Proje%C3%A7%C3%A3o%20Contratual%20de%20entregas%20de%20vacinas%20Covid-19%20-%2012-05-2021.pdf>

¹⁸ <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/governo-confirma-contratacao-de-vacinas-da-pfizer-e-janssen> e <file:///C:/Users/loja/Downloads/Proje%C3%A7%C3%A3o%20Contratual%20de%20entregas%20de%20vacinas%20Covid-19%20-%2012-05-2021.pdf>

¹⁹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>



compra de 10 milhões de doses da vacina Pfizer BioNTech (em razão de acordo celebrado em setembro de 2020²⁰), 10 milhões com o grupo Sinovac e mais de 10 milhões de doses com a AstraZeneca-Oxford; a Janssen, da Johnson & Johnson e a Aliança Covax (esta última em razão de acordo para compra de 8 milhões de doses, celebrado em 22.9.2020²¹), totalizando mais de 30 milhões de doses²².

Verónica Díaz Cerda²³, da Aston Universidade, no Reino Unido, sustenta que este país se tornou um improvável ganhador na corrida pelas vacinas contra a Covid-19 em razão da adoção, desde muito cedo, da estratégica de diversificação de vacinas em diversas etapas de desenvolvimento para cobrir riscos, bem como pelo fato de os negociadores comerciais chilenos terem fortes habilidades, uma ampla gama de contatos internacionais e a familiaridade com ambientes incertos. A realização de ensaios clínicos no país com as vacinas da AstraZeneca, Johnson & Johnson, Sinovac y CanSino também garantiu ao Chile acesso precoce às doses e um preço melhor.

Em 15 de fevereiro corrente aquele país já havia encomendado cerca de 90 milhões de doses. Desse montante, a Sinovac se comprometeu a entregar ao país 20 milhões de doses por ano, no total de três anos²⁴. Por seu turno, foram adquiridas mais de 7 milhões de doses da AstraZeneca,

20 <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/chile-sella-acuerdos-que-permitiran-obtener-millones-de-vacunas-contr/2020-09-22/141502.html>

21 <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/chile-sella-acuerdos-que-permitiran-obtener-millones-de-vacunas-contr/2020-09-22/141502.html>

22 <https://www.gob.cl/noticias/presidente-pinera-presenta-detalles-del-plan-de-inoculacion-contr-el-covid-19-los-contrato-suscritos-nos-permitirian-distribuir-durante-el-primer-semester-del-proximo-ano-20-millones-de-dosis-de-vacunas/>

23 <https://theconversation.com/como-chile-se-convirtio-en-un-improbable-ganador-en-la-carrera-de-la-vacuna-covid-19-155280>

24 <https://www.pauta.cl/ciencia-y-tecnologia/coronavac-sinovac-vacuna-chile-minsal-dosis>



que chegarão ao longo de 2021²⁵. Já o acordo com a Pfizer BioNTech compreende a aquisição de 10.100.025 doses²⁶. Em 30 de março, também foi anunciada a compra de 1,8 milhão de doses da vacina CanSino, aplicada em dose única, com chegada prevista para o segundo trimestre²⁷. Mais de 35 milhões de doses serão entregues em 2021 e o objetivo é vacinar 15 milhões de pessoas²⁸.

Conforme disposto no sítio eletrônico do governo chileno, a chegada das vacinas ao país, de dezembro até maio corrente, vem ocorrendo da seguinte forma²⁹:

Pfizer BioNTech	Sinovac (Coronavac)	AstraZeneca ³⁰	Total
9.750 - 24/12/2020			
11.700 - 31/12/2020			
88.725 - 13/1/2021	2 milhões - 28/1/2021		
43.875 - 20/1/2021	1.917.663 - 31/1		
161.850 - 18/2	2 milhões - 25/2		
189.150 - 24/2	2 milhões - 26/2		
229.125 - 3/3			
153.075 - 18/3	2.106.000 - 10/3		

25 <https://www.gob.cl/noticias/chile-recibe-primer-cargamento-de-vacunas-contr-el-covid-19-traves-de-covax/>

26 <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/04/29/1019394/vacunas-chile-cuanto-han-llegado.html>

27 <https://br.noticias.yahoo.com/alem-da-janssen-chile-compra-vacina-contr-covid-19-de-dose-unica-a-can-sino-155636392.html>

28 <https://www.gob.cl/coronavirus/gestionpandemia/> Ver: Plan de Vacunación #YoMeVacuno

29 <https://www.gob.cl/coronavirus/gestionpandemia/> Acesso em 3 de maio de 2021.

30 Pelo Sistema Covax. <https://www.gob.cl/noticias/chile-recibe-primer-cargamento-de-vacunas-contr-el-covid-19-traves-de-covax/>



187.200 - 24/3 ³¹			
368.550 - 31/3	2 milhões - 21/3		
234.000 - 8/4			
201.825 - 12/4	1 milhão - 10/4		
266.175 - 21/4		158.400 - 23/4	
234.975 - 29/4 ³²	500 mil - 18/4		
	1.5000.000 - 2/5 ³³		
2.589.600	Cerca de 15.000.000	158.400	

MÉXICO

País da América do Norte com cerca de 130 milhões de habitantes.

Em 31 de agosto, aquele país celebrou acordo de compra com a Covax e em 18 de setembro o acordo final³⁴. Em 13 de outubro de 2020³⁵, comunicou a assinatura de três convênios que incluíam a aquisição de 77,4 milhões de doses da britânica AstraZeneca (contrato final celebrado em 12 de outubro de 2020³⁶); entre 15,5 e 34,4 milhões da americana Pfizer (acordo final em 30 de novembro de 2020³⁷), que requer duas aplicações; e 35 milhões da chinesa CanSino (celebrado o acordo final em 8 de

31 <https://www.t13.cl/noticia/nacional/llega-chile-cargamento-187-mil-vacunas-pfizer-24-03-2021>

32 <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/04/29/1019374/nuevo-cargamento-pfizer-vacunas-chile.html>

33 <https://www.msn.com/es-cl/noticias/chile/llega-al-pa%C3%ADs-nuevo-cargamento-de-vacunas-sinovac-con-1-5-millones-de-dosis/ar-BB1gin5t?PC=EMMX20>

34 [file:///C:/Users/loja/Downloads/vacuna_COVAX_cl%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/loja/Downloads/vacuna_COVAX_cl%20(1).pdf)

35 <https://www.gob.mx/sre/prensa/gobierno-de-mexico-presenta-avances-en-los-acuerdos-de-vacunas-contra-covid-19>

36 [file:///C:/Users/loja/Downloads/vacuna_AstraZeneca_cl%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/loja/Downloads/vacuna_AstraZeneca_cl%20(1).pdf)

37 <file:///C:/Users/loja/Downloads/pfizer.pdf>

dezembro³⁸), que requer uma só dose³⁹. Aquele país também celebrou em 1º de fevereiro⁴⁰ contrato de aquisição de 24 milhões de doses da vacina Sputnik⁴¹, com previsão de entrega entre fevereiro e maio de 2021⁴², e em 16 de março contrato de compra de 20 milhões de vacinas Sinovac a serem entregues até julho deste ano⁴³.

Segundo o sítio eletrônico da Secretaria de Relações Exteriores do governo do México, estes são os convênios firmados com cada farmacêutica até o momento⁴⁴:

Contrato	Número de doses (em milhões)	Pessoas a serem vacinados (em milhões)	Vacinas recebidas até 30.4.2021 (em milhões)
Covax	51,1	25,75	
AstraZeneca	77,4	38,7	4,66
Pfizer	34,4	17,2	10,66
CanSino	35	35	3,2
Sputnik V	24	12	1,9
AstraZeneca Serum Institute	2,03	1,01	
AstraZeneca (EUA)	2,7	1,35	
Sinovac	20	10	5
Total	246,63	141,01	25,42

38 file:///C:/Users/loja/Downloads/vacuna_Cansino_cl.pdf

39 <https://www.bol.uol.com.br/noticias/2020/10/13/mexico-faz-acordo-de-compra-de-vacinas-contr-a-covid-19-com-astrazeneca-pfizer-e-cansinobio.htm>

40 <https://www.televisa.com/noticias/mexico-firma-contrato-vacuna-sputnik-v-covid-espera-aprobacion-cofepris/>

41

42 <https://www.televisa.com/noticias/mexico-firma-contrato-vacuna-sputnik-v-covid-espera-aprobacion-cofepris/>

43 <https://www.gob.mx/sre/prensa/el-gobierno-de-mexico-acelera-la-llegada-de-vacunas-a-nuestro-pais?idiom=es>

44 <https://transparencia.sre.gob.mx/gestion-diplomatica-vacunas-covid>

Também foram recebidas, entre 20 de janeiro e 3 de maio, 25.806.862 doses, em substância ativa para envase no México até 3 de maio corrente:

Contrato	Número de doses	Doses já envasadas
CanSino	5.730.000	3.137.670
AstraZeneca	20.076.862	-

Segue quadro com a data e o número de vacinas recebidas até o momento (25.427.235), bem como da data de previsão original de recebimento das respectivas vacinas:

Mês	Quantidade	Farmacêutica	Previsão de recebimento de doses ⁴⁵
De 23 a 30.12.2020	53.625	Pfizer	
Janeiro	712.725	Pfizer	
Fevereiro	3.073.275	Pfizer 1.003.275	3.300.000
		Sinovac 1.000.000	
		AstraZeneca 870.000	
		Sputnik 200.000	
Março	9.627.595	Pfizer 3.411.525	23.600.000
		Sinovac 3.000.000	
		AstraZeneca 1.510.600	
		CanSino 65.000 + 940.470 envasadas no país	
		Sputnik 700.000	
Abril	11.960.015	Pfizer 5.478.915	33.200.000
		AstraZeneca 2.283.900	
		CanSino 2.197.200 envasadas	

45Calendário de 24 de fevereiro de 2021, divulgado no sítio eletrônico do governo, conforme contratos celebrados e documentos assinados, sujeitos a modificações. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/619147/2021.02.24_CP_Salud_CTD_COVID-19.pdf

		no país	
		Sinovac 1.000.000	
		Sputnik V 1.000.000	
Maio	-		46.000.000

Verifica-se, portanto, das tabelas que houve atraso na entrega de vacinas por diversas farmacêuticas, bem como no envase de doses das vacinas AstraZeneca y CanSino que estão sendo realizados no México. Não obstante, a previsão é de que das 246.630.000 doses de vacinas adquiridas, sejam recebidas, ao longo de 2021, 174.208.450 doses, para aplicação em 104.604.225 pessoas⁴⁶.

ÁFRICA DO SUL

País africano com população de cerca de 60 milhões de pessoas.

O objetivo do governo atual é imunizar 67% da população (40 milhões) durante o ano de 2021⁴⁷, mas o prazo inicial foi adiado para março de 2022⁴⁸. O governo daquele país contratou a aquisição de doses das seguintes vacinas: AstraZeneca, Johnson & Johnson e Pfizer.

Foi comunicado em 3 de janeiro⁴⁹ que o país assegurou a aquisição, por meio do sistema Covax, de 12 milhões⁵⁰ de vacinas necessárias à imunização de 10% da população⁵¹. São aguardadas 1,5

46 <https://www.televisa.com/noticias/mexico-firma-contrato-vacuna-sputnik-v-covid-espera-aprobacion-cofepris/>

47 <https://www.gov.za/covid-19/vaccine/strategy>

48 <https://news.yahoo.com/behind-south-africas-slow-covid-002006045.html>

49 <https://www.gov.za/speeches/minister-zweli-mkhize-public-briefing-statement-south-africa%E2%80%99s-coronavirus-covid-19-vaccine>

50 <https://allafrica.com/stories/202102020013.html>

51 <https://www.gov.za/covid-19/vaccine/strategy>

milhão de doses da vacina Pfizer pelo sistema Covax no segundo trimestre⁵².

Em 7 de janeiro, foi anunciada a compra de 1,5 milhão de doses da vacina AstraZeneca do Instituto Serum, da Índia⁵³, tendo sido recebido 1 milhão de doses no início de fevereiro. No entanto, diante da ineficácia em relação à variante encontrada naquele país, o governo cancelou a compra das outras doses e vendeu as doses adquiridas para outros países africanos⁵⁴.

Em 18 de janeiro, foi anunciada a compra de 9 milhões de doses⁵⁵ da vacina Johnson & Johnson, número que aumentou para 31 milhões⁵⁶ em março⁵⁷. Também foi anunciado em 29 de março que seriam fabricadas no país, pela *Aspen Farmacare*, 220 milhões de doses adicionais dessa vacina, para distribuição em todo o continente africano⁵⁸, número que foi ampliado para 400 milhões, com entrega prevista para o terceiro trimestre⁵⁹. Até o fim do segundo trimestre são aguardadas 3 milhões de doses da Johnson & Johnson.

52 <https://businesstech.co.za/news/government/488517/its-not-our-fault-south-africa-had-a-slow-start-on-vaccines-ramaphosa/>

53 <https://apnews.com/article/africa-south-africa-coronavirus-pandemic-coronavirus-vaccine-22f3d4d4a9364ddd4c07b87f4d5294f8>

54 <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-safrica-vaccine-idUSKBN2BD0K4>

55 <https://www.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-safrica-vaccine-idUSKBN29N1D9>

56 <https://www.iol.co.za/news/politics/south-africa-has-secured-51-million-vaccine-doses-mkhize-82a2680e-3e3a-4c70-9f3f-ee248bc83d70>

57 <https://allafrica.com/stories/202103290877.html>

58 <https://www.sanews.gov.za/south-africa/sa-secures-30-million-johnson-johnson-vaccines>

59 <https://www.standardmedia.co.ke/africa/article/2001407947/firm-agrees-to-supply-africa-with-400m-covid-vaccine-doses>



Já em 31 de janeiro, foi anunciado contrato de compra de 20 milhões de doses vacina da Pfizer⁶⁰, com início de entrega no segundo trimestre⁶¹. No último 2 de maio, foram recebidas as primeiras doses, no total de 325.260.⁶² Há previsão de entrega da mesma quantidade semanalmente até o fim de maio, totalizando 1,3 milhão de doses e a entrega de 636.480 doses semanalmente de 31 de maio até o fim de junho, totalizando 4,5 milhões de doses⁶³.

Por fim, foi anunciado em 30 de março que o governo está em negociação com fabricantes como a Sinovac, Sinopharm e Sputnik V, algumas das quais se encontram em fase final de processo de aprovação para uso da vacina no país⁶⁴.

Até 5 de maio, foram administradas apenas 353.181 doses.⁶⁵.

INDONÉSIA

País do sudeste asiático com população de aproximadamente 275 milhões de habitantes.

O país contratou, até o momento, com as seguintes fabricantes: Sinovac, AstraZeneca e Sinopharm.

60 <https://www.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-safrica-vaccine-idUSKBN2A008C>

61 <https://www.gov.za/speeches/president-cyril-ramaphosa-2021-state-nation-address-11-feb-2021-0000>

62 <https://www.gov.za/speeches/minister-zweli-mkhize-arrival-pfizer-and-johnson-johnson-coronavirus-covid-19-vaccine-2-may>

63 <https://www.gov.za/speeches/minister-zweli-mkhize-arrival-pfizer-and-johnson-johnson-coronavirus-covid-19-vaccine-2-may>

64 <https://www.gov.za/speeches/president-cyril-ramaphosa-developments-country%E2%80%99s-response-coronavirus-covid-19-pandemic-30>

65 <https://businesstech.co.za/news/government/488517/its-not-our-fault-south-africa-had-a-slow-start-on-vaccines-ramaphosa/>



Em 22 de agosto de 2020, foi anunciado um acordo⁶⁶ daquele país com a Sinovac-Biotech para aquisição de 50 milhões de doses de concentrado de vacina Sinovac, distribuídas igualmente de novembro a março, a fim de que as doses sejam produzidas localmente pela estatal PT Bio Farma⁶⁷. O acordo também garantiu prioridade à Indonésia até o fim de 2021 na aquisição de vacinas⁶⁸.

Em 16 de setembro, foi assinado um acordo para aquisição de vacinas por meio do sistema Covax Facility⁶⁹.

Em dezembro de 2020, foram recebidas 3 milhões de doses da Sinovac: 1,2 milhão no dia 6 e 1,8 milhão no dia 31⁷⁰, tendo a vacinação começado em 13 de janeiro⁷¹. Segundo divulgado pela imprensa, à época o país já havia assegurado 329 milhões de doses de vacinas, sendo 125 milhões da Sinovac, 50 milhões da Novavax e 54 milhões do consórcio global Covax⁷².

66 Preliminary Agreement of Purchase and Supply of Bulk Production of Covid-19 Vaccine realizado em 20 de Agosto de 2020, em Hainan, China.

67 <https://en.tempo.co/read/1378312/bio-farma-to-receive-millions-of-covid-19-vaccine-concentrates>

68 [https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/indonesia-signs-agreement-with-sinovac-for-covid-19-vaccine#:~:text=JAKARTA%20\(BLOOMBERG\)%20%2D%20Indonesia%20has,Farma%20to%20produce%20doses%20locally.&text=Beijing%2Dbased%20Sinovac%20also%20granted,until%20the%20end%20of%202021](https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/indonesia-signs-agreement-with-sinovac-for-covid-19-vaccine#:~:text=JAKARTA%20(BLOOMBERG)%20%2D%20Indonesia%20has,Farma%20to%20produce%20doses%20locally.&text=Beijing%2Dbased%20Sinovac%20also%20granted,until%20the%20end%20of%202021)

69 <https://www.thejakartapost.com/news/2020/09/16/indonesia-unicef-sign-agreement-on-covid-19-vaccine-procurement-under-covax-facility.html>

70 <https://www.channelnewsasia.com/news/asia/indonesia-covid-19-vaccine-sinovac-1-8-million-doses-13871470>

71 <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia-idUSKBN29I09U>

72 <https://www.channelnewsasia.com/news/asia/indonesia-covid-19-vaccine-sinovac-1-8-million-doses-13871470>

Em 12 de janeiro, foram recebidas mais 15 milhões de doses ainda não finalizadas⁷³ e em 2 de fevereiro 10 milhões⁷⁴. Por seu turno, foi recebido o equivalente a 10 milhões de doses em 2 de março e a 16 milhões de doses em 25 de março⁷⁵.

O primeiro lote de vacinas AstraZeneca chegou ao país pelo Covax em 8 de março, com 1,1 milhão de doses⁷⁶. O segundo lote foi recebido em 26 de abril, também com AstraZeneca com 3,8 milhões de doses, totalizando 4,9 milhões de doses dessa vacina⁷⁷.

Em 18 de abril, foi anunciado o recebimento de 6 milhões de doses da Sinovac⁷⁸, totalizando 59,5 milhões de doses a granel, das 140 milhões solicitadas, e suficientes para a produção de cerca de 46 a 47 milhões de doses.

Em 30 de abril, foram recebidas 6 milhões de doses de Sinovac Biotech e 482.400 da Sinopharm, totalizando 65,5 milhões de doses de Sinovac a granel (para ser envasada no país) e 8.448.000 frascos de doses de Sinovac, Sinopharm e AstraZeneca, a última por meio do Covax Facility⁷⁹.

73 <https://jakartaglobe.id/news/indonesia-receives-15-million-doses-of-half-finished-sinovac-vaccine>

74 <https://jakartaglobe.id/news/fourth-batch-of-sinovac-vaccine-arrives-in-indonesia>

75 <https://en.tempo.co/read/1445856/16-million-sinovac-vaccines-material-arrives-in-indonesia>

76 <https://www.thejakartapost.com/news/2021/03/08/indonesia-receives-first-astrazeneca-vaccines-under-covax-facility.html>

77 [file:///C:/Users/loja/Downloads/OCHA_situation_update%20\(indonesia\).pdf](file:///C:/Users/loja/Downloads/OCHA_situation_update%20(indonesia).pdf)

78 <https://nasional.kontan.co.id/news/menkes-6-juta-bulk-vaksin-covid-19-sinovac-tiba-di-indonesia>

79 <https://reliefweb.int/report/indonesia/situation-update-response-covid-19-indonesia-4-may-2021>



Segundo veiculado pela imprensa em abril, a Indonésia objetiva adquirir cerca de 35 milhões de doses de vacina para o programa privado de vacinação (programa de vacinação independente para trabalhadores de empresas privadas)⁸⁰, das quais 15 milhões da Sinopharm e 20 milhões da Sputnik V da Rússia⁸¹.

Até 8 de maio, o país havia recebido 75,9 milhões de doses de vacinas: 68,5 milhões da Sinovac, 6,4 milhões da AstraZeneca por meio do Covax Facility) e 1 milhão da Sinopharm⁸², cujo uso foi aprovado no fim de abril⁸³.

ÍNDIA

País asiático com cerca de 1 bilhão e 390 milhões de habitantes.

Em 8 de dezembro de 2020 foi anunciado pelo Centro de Inovação em Saúde Global da Universidade Duke nos Estados Unidos (*Duke University Global Health Innovation Centre*) a **reserva** de 1 bilhão e 600 milhões de vacinas pela Índia, quantidade suficiente para vacinar 800 milhões de habitantes, o equivalente a 60% de sua população, na seguinte conformidade: 500 milhões da AstraZeneca , 1 bilhão da Novavax e 100

80 <https://www.cnbcindonesia.com/news/20210408160732-4-236310/kabar-baik-vaksin-sinopharm-cansino-tiba-minggu-ke-4-april>

81 <https://www.channelnewsasia.com/news/asia/indonesia-covid-19-authorise-sinopharm-vaccine-private-scheme-14719288>

82 <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5562656/indonesia-sudah-amankan-75-juta-dosis-vaksin-covid-19-ini-rinciannya> e <https://jakartaglobe.id/news/indonesia-receives-13-million-astrazeneca-doses-backs-vaccine-patent-waiver>

83 <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/indonesia-approves-sinopharm-covid-19-vaccine-emergency-use-2021-04-30/>

milhões da Sputnik V⁸⁴. As duas primeiras seriam produzidas no próprio país, no Instituto Serum da Índia, o maior fabricante mundial de vacinas. Tal informação não foi confirmada pelo governo daquele país.

A americana Novavax, que receberá o nome Covovax ao ser fabricada pelo referido Instituto, ainda deve passar para a fase 3 (final) em meados de maio⁸⁵. Portanto, não começou a ser fabricada e distribuída. Embora inicialmente prevista para ser distribuída em junho, espera-se que isso ocorra apenas em setembro⁸⁶.

Foi anunciada a aprovação da Sputnik V somente em 12 de abril corrente⁸⁷ e a expectativa de que seja entregue no segundo trimestre⁸⁸. No dia 1º de maio, foram recebidas 150.000 doses⁸⁹.

Até o momento, portanto, duas vacinas estão sendo distribuídas na Índia: Covaxin (produzida pela Bharat Biotech Limited) e Covishield, aprovadas naquele país em 3 de janeiro⁹⁰.

Em 14 de janeiro, foi anunciado pela imprensa oficial que o número de doses de tais vacinas inicialmente adquiridas por aquele país foi

84 <https://www.straitstimes.com/asia/south-asia/india-buys-the-largest-number-of-covid-19-vaccine-doses-in-the-world>

85 <https://zeenews.india.com/india/serum-institute-to-start-phase-3-trials-of-covid-19-vaccine-covovax-by-mid-may-2359747.html>

86 <https://news.yahoo.com/serum-institute-delays-expected-launch-111405573.html>

87 <https://www.reuters.com/world/india/india-approves-russias-sputnik-v-vaccine-economic-times-2021-04-12/>

88 <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-55748124>

89 <https://www.thehindu.com/news/national/india-gets-first-consignment-of-sputnik-v-vaccine-from-russia/article34458233.ece>

90 <https://pib.gov.in/PressReleaseDetail.aspx?PMO=3&PRID=1685763>



de 16,5 milhões⁹¹: 11 milhões de doses da Covishield e 5,5 milhões de doses de Covaxin⁹².

Em 10 de fevereiro, foi anunciada a compra de 10 milhões de doses de Covishield e de 4,5 milhões de doses de Covaxin⁹³.

Já em 21 de março, foi comunicada a aquisição de 100 milhões de doses de Covishield e 20 milhões de doses de Covaxin⁹⁴.

Em 28 de abril o governo anunciou⁹⁵ a compra de 110 milhões de doses de Covishield e a 50 milhões de doses de Covaxin⁹⁶, ambas a serem entregues entre maio e julho.

Cabe registrar que em 19 de abril foi anunciada uma nova estratégia de vacinação contra a Covid-19 (*Liberalised Pricing and Accelerated National Covid-19 Vaccination Strategy*)⁹⁷. A partir de maio, maiores de 18 anos estão autorizados a se vacinarem, independentemente de fila de prioridade, o governo federal adquirirá apenas 50% das doses fabricadas e as distribuirá gratuitamente aos Estados. Os outros 50%

91 <https://pib.gov.in/PressReleseDetail.aspx?PRID=1688456>

92 <https://www.hindustantimes.com/india-news/covid19-govt-orders-14-5mn-more-doses-as-preparation-for-second-dose-begins-101612911222590.html>

93 <https://www.hindustantimes.com/india-news/covid19-govt-orders-14-5mn-more-doses-as-preparation-for-second-dose-begins-101612911222590.html>

94 <https://www.hindustantimes.com/india-news/120mn-doses-ordered-as-vaccine-urgency-deepens-101616264676262.html> e <https://www.republicworld.com/india-news/general-news/centre-orders-120-million-more-covid-vaccine-doses-100m-of-sii-and-20m-of-bharat-biotech.html>

95 <https://swarajyamag.com/news-brief/govt-rubbishes-media-reports-claiming-that-centre-hasnt-placed-new-covid-vaccines-orders-after-march-sii-confirms> e <https://pib.gov.in/PressReleseDetail.aspx?PRID=1715649>

96 <https://economictimes.indiatimes.com/news/india/order-for-160-m-vax-doses-placed-last-month-centre/articleshow/82378739.cms>

97 <https://pib.gov.in/PressReleseDetail.aspx?PMO=3&PRID=1685763>



poderão ser comprados diretamente pelos Estados e pelos hospitais particulares⁹⁸.

A vacinação no país começou em 16 de janeiro⁹⁹. Em 11 de maio haviam sido aplicadas 175.171.482 doses¹⁰⁰.

Prestados esses esclarecimentos, a Consultoria Legislativa permanece à disposição para providências necessárias.

Consultoria Legislativa, 13 de maio de 2021.

Flávia Cristina M. Magalhães
Consultora Legislativa

98 <https://indianexpress.com/article/india/covid-19-vaccine-18-years-may-7280472/>

99 <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1687305>

100 <https://pib.gov.in/PressReleseDetail.aspx?PMO=3&PRID=1685763>





SENADO FEDERAL

Consultoria Legislativa

NOTA INFORMATIVA Nº 2.691, DE 2021

Em atendimento à STC nº 2021-04635, da Consultoria Legislativa, que requer a elaboração de estudo comparativo dos valores gastos com propaganda oficial e orientação direta à população em outros países.

1) Da solicitação

O Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia, Senador Omar Aziz, por meio do Ofício nº 97/2021, de 30 de abril de 2021, solicitou que a Consultoria Legislativa elaborasse, entre outros, “estudo comparativo dos valores gastos com propaganda oficial e orientação direta à população em outros países”.

Para responder a demanda encaminhada foram examinados três documentos elaborados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) entre abril e julho de 2020, após a decretação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da pandemia do novo coronavírus, a saber:

- *Orçamento inicial e iniciativas da administração pública nos países da OCDE em resposta à pandemia de coronavírus* (em livre tradução)¹;

¹ Disponível em: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/initial-budget-and-public-management-responses-to-covid19-in-oecd-countries.pdf>. Acesso em 3 de maio de 2021.



- *COVID-19 na América Latina e no Caribe: uma visão geral das respostas dos governos à crise*²;
- *Transparência, comunicação e confiança: o papel da comunicação pública em resposta à onda de desinformação sobre o novo coronavírus* (em livre tradução)³.

2) Da importância da comunicação pública para a prevenção e combate à pandemia

Em 3 de julho de 2020, a OCDE publicou o documento *Transparência, comunicação e confiança: o papel da comunicação pública em resposta à onda de desinformação sobre o novo coronavírus*, ressaltando a importância da implementação, pelos governos, de políticas públicas de comunicação para o combate à pandemia de covid-19, notadamente num ambiente de rápido compartilhamento de informações por meio de redes sociais e aplicativos de comunicação pessoal.

De acordo com o trabalho, pesquisa realizada pelo Instituto Reuters, com uma amostra de informações falsas sobre a covid-19, concluiu que 88% delas têm origem em redes sociais. Nesse contexto, afirma textualmente que “a luta contra a *infodemia* é uma das frentes prioritárias na gestão da pandemia do coronavírus”, já que conteúdos com tratamentos médicos e técnicas de prevenção de eficácia não comprovada, bem como

² Disponível em: [COVID-19 na América Latina e no Caribe: Uma visão geral das respostas dos governos à crise \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/coronavirus/policy-guidelines/2020/07/covid-19-na-america-latina-e-no-caribe-uma-visao-geral-das-respostas-dos-governos-a-crise-2020-07-03/). Acesso em 12 de maio de 2021.

³ Disponível em: [Transparency, communication and trust: The role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new Coronavirus \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/coronavirus/policy-guidelines/2020/07/transparency-communication-and-trust-the-role-of-public-communication-in-responding-to-the-wave-of-disinformation-about-the-new-coronavirus-2020-07-03/). Acesso em 3 de maio de 2021.



provenientes de grupos anti-vacinação, estão sendo amplamente disseminados.

Para a OCDE, uma hesitação dos governos em comunicar, de forma veloz, clara e enfática, as dificuldades e incertezas que ainda rondam a emergência pandêmica abre espaço para a proliferação deliberada de desinformação. Corroborando essa avaliação, o estudo do Instituto Reuters identificou que 39% da desinformação sobre o coronavírus diz respeito a falsas iniciativas, estatísticas e políticas, atribuídas a governos e a organismos internacionais, sugerindo que a comunicação pública não está obtendo sucesso no provimento de informações úteis e confiáveis capazes de corresponder às demandas das diferentes sociedades.

Então, segundo a OCDE, uma resposta bem-sucedida para a pandemia requer um esforço coordenado de diferentes atores para combater a desinformação que a rodeia, com a necessidade de uma firme liderança dos governos. “Uma comunicação transparente e estratégica deve estar entre as primeiras linhas de ação das instituições públicas em todos os níveis”, assevera o ente internacional.

3) Dos países membros da OCDE

O documento *Orçamento inicial e iniciativas da administração pública nos países da OCDE em resposta à pandemia de coronavírus*, divulgado em 22 de abril de 2020, examina as primeiras iniciativas e os respectivos orçamentos destinados pelos países do grupo para a prevenção e o enfrentamento da pandemia de covid-19.



Nesse contexto, a OCDE divide a análise em três eixos, aplicados aos então 36 países membros⁴: *i)* medidas orçamentárias, aplicadas para empresas e trabalhadores, residências e cidadãos, indústrias e outros setores da economia; *ii)* ações aplicáveis à administração pública, relacionadas à alocação de trabalhadores em serviços essenciais, ao estabelecimento do trabalho remoto, ao apoio a servidores públicos impossibilitados de trabalhar e à filiação a sindicatos e outras entidades; e *iii)* implementação das ações, tanto em âmbito nacional quanto em âmbito subnacional, no caso de entes federados.

De todos os países analisados, apenas **Alemanha, Finlândia e Nova Zelândia** apresentaram informações acerca dos recursos disponibilizados para, num primeiro momento, serem aplicados em campanhas de comunicação voltadas a esclarecimentos sobre a pandemia, ainda assim considerados outros investimentos emergenciais em saúde pública.

Segundo o levantamento, a Alemanha destinou, em 2020, € 156 bilhões para incrementar seu sistema de saúde e para mitigar os efeitos econômicos da covid-19. Desses recursos, € 3,5 bilhões foram direcionados para “**campanhas de informação**, aquisição de equipamentos de proteção e promoção do desenvolvimento de vacina e de medidas de tratamento”.

De acordo com a OCDE, o governo da Finlândia submeteu ao Parlamento do país duas propostas de orçamento suplementar: a primeira, de

⁴ Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, Coreia do Sul, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Japão, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, México, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Suécia, Suíça e Turquia. A Colômbia, o 37º país membro da OCDE, ingressou no organismo internacional em 28 de abril de 2020, após a elaboração do estudo. Disponível em: [Global OECD welcomes Colombia as its 37th Member - OECD](https://www.oecd.org/colombia/). Acesso em 15 de maio de 2021.



€ 398 milhões, estava relacionada à pandemia e à atenuação de seus efeitos para as companhias finlandesas; e a segunda, de aproximadamente € 3,6 bilhões, relativa a medidas para o combate dos efeitos da covid-19 na saúde e na economia do país. Entre as principais iniciativas previstas, estava o “**apoio à informação pública** e a iniciativas de educação”.

Já a Nova Zelândia destinou NZD⁵ 500 milhões (cerca de € 300 milhões⁶) para “**comunicações públicas de saúde**, apoio a populações vulneráveis, financiamento da força de trabalho de saúde, testagem, rastreamento e tratamento de casos”.

4) Dos países da América Latina e Caribe

O terceiro documento que subsidiou a presente nota informativa, intitulado *COVID-19 na América Latina e no Caribe: uma visão geral das respostas dos governos à crise*, foi publicado pela OCDE em 4 de maio de 2020, considerando quinze países da região, quais sejam Argentina, Brasil, Chile (país membro), Colômbia (país membro), Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai.

O objetivo do estudo foi identificar as medidas iniciais adotadas por esses países para gerenciar a situação de emergência na saúde pública, bem como examinar os aspectos sociais, econômicos e de governança da crise de covid-19 na América Latina e no Caribe.

⁵ Dólares da Nova Zelândia.

⁶ Disponível em: [Converter Euro para Dólar da Nova Zelândia. Cotação EUR/NZD - Wise](#). Acesso em 15 de maio de 2021.



Importante notar que, entre as iniciativas prioritárias eleitas pela OCDE para o combate da pandemia na região estava “o fortalecimento da comunicação pública e da transparência para aumentar a confiança e a credibilidade do poder decisório na gestão de crises”.

No entanto, não consta do levantamento qualquer ação dos países analisados relativa ao financiamento de campanhas de comunicação sobre a pandemia, tampouco a previsão de sua realização.

5) Do Brasil

No Brasil, a Medida Provisória (MPV) nº 1.015, editada em 17 de dezembro de 2020, abriu um crédito extraordinário de R\$ 20 bilhões ao Ministério da Saúde para o *enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus*.

E, segundo a Exposição de Motivos (EM) nº 00464/2020 ME, de 16 de dezembro daquele ano, que encaminhou a matéria para a apreciação do Congresso Nacional, a referida medida tinha como objetivo “financiar a aquisição das doses necessárias para cobertura vacinal da população nacional, assim como despesas com insumos, logística, **comunicação social e publicitária** e outras necessidades para implementar a imunização contra o coronavírus (Covid-19)”⁷.

Nesse sentido, importante destacar a incorporação, no texto do Projeto de Lei nº 1.136, de 2021⁸, aprovado por esta Casa Legislativa em 27

⁷ Disponível em: [EM nº /MP \(senado.leg.br\)](http://www.senado.leg.br/em/00464/2020). Acesso em 14 de maio de 2021.

⁸ O PL nº 1.136, de 2021, de autoria do Senador Chico Rodrigues, *altera as Leis nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e nº 14.124, de 10 de março de 2021, para prever a obrigatoriedade de vacinação diária, inclusive aos finais de semana e feriados, como medida excepcional para controle de epidemias e em estado de calamidade pública*.



de abril, da Emenda nº 10-PLEN, de autoria do Senador Alessandro Vieira, que obriga a veiculação diária de campanha publicitária nacional que explique, de forma detalhada e didática, os elementos essenciais do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNOVC), esclarecendo os efeitos benéficos da imunização universal, para que a população seja estimulada a se vacinar. A iniciativa foi encaminhada para deliberação da Câmara dos Deputados no último dia 29 de abril.

Feitas essas considerações, ficamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Consultoria Legislativa, 15 de maio de 2021.

Marcus Martins
Consultor Legislativo





SENADO FEDERAL
Consultoria Legislativa

NOTA INFORMATIVA Nº 2.694, DE 2021

Referente à STC nº 2021-04635, da Consultoria Legislativa, a respeito da atuação do Ministério da Saúde *em relação a pandemias recentes no Brasil: zika vírus, h1n1*.

1. Introdução

Por força da aprovação do Requerimento nº 59, de 2021 – CPIPANDEMIA, a Consultoria Legislativa foi incumbida de elaborar estudos a fim de instruir os trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito criada pelos Requerimentos do Senado Federal nºs 1.371 e 1.372, de 2021, para “apurar as ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Brasil; as possíveis irregularidades, bem como outras ações ou omissões cometidas por administradores públicos federais, estaduais e municipais, no trato com a coisa pública, limitado apenas quanto à fiscalização dos recursos da União repassados aos demais entes federados para as ações de prevenção e combate à Pandemia da Covid-19”.

A presente nota informativa cuidará do item “g” do Requerimento nº 59, de 2021 – CPIPANDEMIA: “g) estudo comparativo sobre atuação do Ministério da Saúde em relação a pandemias recentes no Brasil: zika vírus, h1n1.”



2. Influenza A H1N1

2.1. Epidemiologia e quadro clínico

O vírus responsável pela pandemia de influenza de 2009, foi denominado pela OMS como influenza A (H1N1)pdm09, a fim de denotar a pandemia e distingui-lo das cepas sazonais H1N1 e da cepa H1N1 pandêmica de 1918. O vírus surgiu em criações de porcos em uma pequena área na região central do México e, por isso, a doença ficou conhecida como “gripe suína”. Importante notar que, apesar de sua origem, o vírus é transmissível de pessoa a pessoa e não se transmite pela ingestão da carne suína.

Em junho de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a influenza causada por essa cepa viral como uma pandemia¹, que se espalhou para mais de 120 países a partir de seu epicentro no México. A incidência e a mortalidade pela H1N1 foram maiores em adultos jovens e de meia idade e menores em idosos, quando comparamos com a influenza sazonal. A provável explicação para esse fenômeno é a maior exposição prévia dos idosos a vírus com características imunogênicas similares, que gerou proteção imune parcial. O quadro epidemiológico entrou em fase pós-pandêmica a partir de agosto de 2010. Desde então, o vírus passou a circular como causa de gripe sazonal.²

¹ Disponível em:

https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/. Acesso em 11 mai. 2021.

² TESINI BL. Pandemic 2009 H1N1 Influenza (Swine Flu). **MSD Manuals**. 2021. ²

Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/professional/infectious-diseases/respiratory-viruses/pandemic-2009-h1n1-influenza-swine-flu?query=h1n1%20pdm09>. Acesso em 11 mai. 2021.



O número global de mortes oficialmente atribuídas à doença pela OMS, com confirmação laboratorial, foi de apenas 18.449³. No entanto, estudos posteriores estimaram um total de 284 mil óbitos pela gripe suína no período pandêmico⁴, a maioria no sudeste asiático e na África.

No Brasil, a notificação do primeiro caso se deu em 7 de maio de 2009 (caso importado). Em julho foi detectada a transmissão autóctone sustentada, quando o País restringiu sua definição de caso da doença – febre e tosse acompanhadas de dispneia ou óbito –, que ficou limitada, portanto, aos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A investigação laboratorial também passou a ser restrita a esses casos. O País registrou 48.978 casos de influenza A H1N1 durante a pandemia de 2009 (23,3 casos por 100 mil habitantes), que resultaram em 2.051 óbitos (mortalidade de 1,1/100 mil habitantes). A idade média dos pacientes foi de 26 anos (0 a 90 anos), com a maioria situada entre 20 e 49 anos de idade.⁵ A distribuição da doença foi desigual entre as regiões brasileiras. Enquanto a Região Sul apresentou mortalidade de 3,0/100 mil habitantes, na Região Nordeste essa taxa foi de apenas 0,1/100 mil habitantes.⁶ As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste contribuíram com apenas 6% do total dos casos.

³ Disponível em: https://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/. Acesso em 11 mai. 2021.

⁴ DAWOOD FS *et al.* Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. **The Lancet Infectious Diseases**, 12(9): 687-695, 2012.

⁵ CERBINO NETO J. **Pandemia de Influenza no Brasil: Epidemiologia, Tratamento e Prevenção da Influenza A (H1N1)**. 2012. Tese de doutorado. Orientador: Werneck, Guilherme Loureiro. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3024>. Acesso em 11 mai. 2021.

⁶ PIRES NETO, RJ *et al.* Pandemic influenza A (H1N1) 2009: epidemiological analysis of cases in a tropical/semi-arid region of Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 46, n.



Em relação à apresentação clínica da influenza H1N1, os sintomas predominantes são febre, tosse, faringite e rinorreia, após um período de incubação de 36 horas a três dias, que se pode prolongar por até sete dias, sendo que pouco mais da metade dos casos foi assintomática no curso da pandemia. Os sinais de progressão para formas graves ou complicações envolveram dispneia, dor no peito, hemoptise, escarro purulento, febre prolongada ou recorrente, estado mental alterado, manifestações de desidratação e recrudescimento de sintomas respiratórios após melhora inicial. Doença pulmonar preexistente foi um importante fator de risco, com 24 a 50% dos pacientes hospitalizados com história de asma, e 36% de adultos com história de doença pulmonar obstrutiva crônica.⁷

Da mesma forma que ocorre na zika, conforme discutiremos neste trabalho, o tratamento da influenza é centrado no alívio dos sintomas, com analgésicos e antitérmicos (dipirona, paracetamol etc.). Fármacos antivirais diminuem ligeiramente a duração da febre, a intensidade dos sintomas e o tempo para retornar às atividades habituais quando administrados dentro de um a dois dias após o início dos sintomas. Geralmente, recomenda-se o tratamento com esses medicamentos para os pacientes de alto risco (incluindo todos os pacientes hospitalizados) com sintomas gripais. Os medicamentos contra influenza por H1N1 são os mesmos que para as cepas comuns da influenza: oseltamivir, zanamivir e peramivir (inibidores de neuraminidase), além do baloxavir (novo inibidor da endonuclease).⁸

2, p. 141-146, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0016-2012>. Acesso em 11 mai. 2021.

⁷ CERBINO NETO J. *Op. cit.*

⁸ TESINI BL. *Op. cit.*



2.2.Resposta do Ministério da Saúde

As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da primeira pandemia do século XXI foram detalhadas em publicação subscrita pelo próprio ministro da Saúde, José Gomes Temporão⁹.

Após o comunicado da pandemia pela OMS, foi instituído o Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública (GPESP), no Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). O Gabinete passou a realizar diariamente reuniões para monitorar a situação mundial e nacional, com o objetivo de adotar as medidas de prevenção e controle mais indicadas ao País.

Em linhas gerais, foram essas as medidas iniciais adotadas pela Pasta: monitoramento e ações de vigilância epidemiológica, com notificação de casos; monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras; recomendações aos viajantes; assistência aos casos e contatos; campanha de divulgação nos meios de comunicação; estruturação das redes de saúde; aquisição de insumos diagnósticos e terapêuticos, além do desenvolvimento de capacidade para produção da vacina contra o vírus influenza A H1N1.

No que se refere ao monitoramento da pandemia, o Ministério da Saúde coordenou reuniões frequentes com outros setores do governo federal, a fim de alinhar as ações conjuntas, com destaque para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Gabinete de Segurança

⁹ TEMPORAO, JG. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 201-204, set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300001>. Acesso em: 11 mai. 2021.



Institucional da Presidência da República, o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.

Para a notificação dos casos suspeitos, o Ministério da Saúde elaborou um Protocolo de Notificação e Investigação Imediata, inclusive com o desenvolvimento de aplicativo *online* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi disponibilizado, para os profissionais de saúde, um *link* "Notifique Aqui", para notificação de casos suspeitos.

Em relação à articulação com outras esferas, todas as secretarias estaduais e municipais de saúde foram instadas a intensificar suas ações de monitoramento e detecção oportuna de casos suspeitos de influenza A H1N1, a partir da rede de vigilância de influenza e de laboratórios. O Ministério passou a coordenar o fluxo de envio de amostras biológicas para os três laboratórios de referência nacional: Instituto Adolfo Lutz, Instituto Evandro Chagas e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). No plano internacional, a Pasta realizou videoconferências semanais com ministérios da saúde dos países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL).

O monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras foi intensificado pela Anvisa e pela Secretaria Especial de Portos da Presidência da República, com medidas específicas para vigilância e controle em portos brasileiros. Nos aeroportos, os viajantes, em todos os voos internacionais, recebiam panfletos trilingues (em português, espanhol e inglês) com orientações acerca da epidemia.

Para orientar a assistência médica disponibilizada aos casos e contatos, o Ministério publicou o *Protocolo de Procedimentos para o*



Manejo de Casos e Contatos de Influenza A(H1N1), em que constam, entre outras recomendações: definição de casos; manejo clínico em unidades de saúde; manejo de contatos; indicação de tratamento antiviral; e biossegurança¹⁰. Foram adotadas ainda ações de capacitação de profissionais de saúde nas seguintes áreas de atenção: hospitais de referência; portos, aeroportos e fronteiras; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); centrais de regulação e equipes de saúde da família. Para isso, foi formada uma rede coordenada pela Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que funcionou em parceria com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), os hospitais universitários federais e os Núcleos do Telessaúde da Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS).

Além dessas medidas de educação em saúde voltadas para profissionais, houve também a instituição de uma estratégia de comunicação direcionada à população, com destaque para peças publicitárias, estreladas pelo personagem “Dr. Bactéria”, sobre as medidas de prevenção, veiculadas na TV e no rádio¹¹. O Ministério publicou anúncios de esclarecimentos nos principais jornais do País, disponibilizou um *hotsite* sobre a doença e confeccionou um milhão de folders e 400 mil cartazes sobre medidas de prevenção contra a influenza.

¹⁰ Disponível em:

[http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/dam/h1n1/referencias/Protocolo_de_procedimentos_para_o_manejo_de_casos_e_contatos_de_influenza_A_\(H1N1\).pdf](http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/dam/h1n1/referencias/Protocolo_de_procedimentos_para_o_manejo_de_casos_e_contatos_de_influenza_A_(H1N1).pdf). Acesso em 11 mai. 2021.

¹¹ Disponível em: <https://www.comunicaquemuda.com.br/dr-bacteria-tira-duvidas-sobre-a-influenza-ah1n1/>. Acesso em 11 mai. 2021.



Foram designadas 53 unidades de referência hospitalar para acompanhamento e tratamento de pacientes com infecção por influenza A H1N1, com 1.270 leitos reservados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Os protocolos de atendimento já foram mencionados anteriormente. No tocante ao diagnóstico, foi estruturada uma Rede Nacional de Diagnóstico de Influenza, com participação dos laboratórios centrais de saúde pública dos estados.¹² Quanto à aquisição de insumos, o Ministério forneceu *primers* para a realização do diagnóstico molecular da doença (RT-PCR) e, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, adquiriu 80 mil testes rápidos e distribuiu um milhão de kits de equipamentos de proteção individual (EPI) para a rede de referência.

O País providenciou estoque de matéria prima para a fabricação de medicamento antiviral suficiente para nove milhões de tratamentos contra a influenza. No lado da profilaxia, as primeiras vacinas começaram a ser desenvolvidas no segundo semestre de 2009. Para garantir o acesso do Brasil aos imunizantes, o Ministério estabeleceu parcerias com três laboratórios – GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur e Novartis –, além de receber da OMS um lote semente da vacina. Em colaboração com o Estado de São Paulo, o governo federal fez acordo de licenciamento e transferência de tecnologia da vacina Sanofi Pasteur, que passaria a ser produzida pelo Instituto Butantan, com subvenção do Programa Nacional

¹² ROCHA L. **Pandemia de gripe: dez anos depois. Como agir frente ao inevitável?** 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-de-gripe-dez-anos-depois-como-agir-frente-ao-inevitavel>. Acesso em 11 mai. 2021.



de Imunizações. Ao todo, foram adquiridas 83 milhões de doses da vacina contra a influenza H1N1.¹³

De acordo com a Fiocruz¹⁴:

Em março de 2010, o governo federal iniciou a campanha de vacinação. Em apenas três meses, utilizando as vacinas adquiridas e os novos lotes fabricados pelo Instituto Butantan, o Brasil conseguiu vacinar 92 milhões de pessoas, ultrapassando com ampla margem a meta em relação ao público alvo. O governo federal esperava vacinar 80% dos grupos prioritários, mas conseguiu chegar a 88%. O sucesso deve-se ao esforço de mobilização e à estratégia de multiplicar os pontos de vacinação, englobando unidades de saúde, escolas, repartições públicas, locais de trabalho e até mesmo vias públicas.

O Brasil foi o país que mais vacinou em relação ao percentual da população total: 42% da população brasileira foi imunizada, índice superior ao registrado, por exemplo, nos Estados Unidos (26%), México (24%), Suíça (17%), Argentina (13%), França (8%) e Alemanha (6%). Até o momento, a campanha brasileira contra o H1N1 em 2010 foi a maior campanha de vacinação em massa do século XXI. A rápida ação do poder público foi essencial para debelar a pandemia e mantê-la sob controle. O Brasil registrou quase 60.000 casos da doença e 2.146 mortes em 2009. Em 2010, o número de mortes caiu para cerca de 100. A vacina contra a gripe H1N1 é aplicada anualmente pela rede pública desde então e 100% das doses são produzidas pelo Instituto Butantan.

Merece menção ainda a elaboração, pelo Grupo Executivo Interministerial (GEI)¹⁵, da quarta versão do *Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza*,¹⁶ com três objetivos precípuos: i) reduzir o impacto de uma pandemia de influenza em

¹³ CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ (CEE-FIOCRUZ). **Combate à epidemia de H1N1: um histórico de sucesso**. 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1314>. Acesso em 11 mai. 2021.

¹⁴ CEE-FIOCRUZ. *Op.cit.*

¹⁵ O grupo foi criado em 2005, com a participação de 15 órgãos federais, sob a coordenação do Ministério da Saúde.

¹⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdf. Acesso em 11 mai. 2021.

termos de morbidade e mortalidade; ii) otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunas; e iii) reduzir as repercussões de uma pandemia de influenza no aspecto socioeconômico e no funcionamento dos serviços essenciais do País.

O Presidente da República editou a Medida Provisória (MPV) nº 469, de 2009, que destinou R\$ 102,4 milhões ao Ministério da Saúde para empregar em ações de enfrentamento da pandemia de influenza¹⁷. Segundo a Fiocruz, o governo federal aplicou 2,1 bilhões de reais em 2009 no financiamento de ações de enfrentamento da pandemia, incluindo aquisição de vacinas, insumos, material de diagnóstico e equipamentos de hospitalização, e ampliação dos leitos de UTI.¹⁸

3. Zika

3.1. Epidemiologia e quadro clínico

O vírus da zika foi inicialmente isolado em 1947, em floresta homônima em Uganda, a partir de macacos. Sua identificação em humanos data de 1954, na Nigéria¹⁹. Permaneceu como um patógeno muito pouco conhecido até o ano de 2007, quando provocou um surto de febre da zika, ou simplesmente zika, na Micronésia. A doença ressurgiu em 2013 na Polinésia Francesa e disseminou-se na região do Oceano Pacífico. Nas Américas, o primeiro relato de transmissão autóctone do vírus foi realizado pelo Brasil, em 2015.

¹⁷ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/129693-orcamento-aprova-r-12-bilhao-para-enchentes-e-gripe-a/>. Acesso em 11 mai. 2021.

¹⁸ CEE-FIOCRUZ. *Op.cit.*

¹⁹ HAYES EB. Zika Virus Outside Africa. **Emerg Infect Dis.** 2009;15(9):1347-1350. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid1509.090442>. Acesso em 10 mai. 2021.



Após suspeitas iniciais de que o agente etiológico teria sido trazido ao Brasil durante a Copa do Mundo de Futebol de 2014, estudos²⁰ mais recentes determinaram que sua entrada se deu via Caribe, passando antes pela Ilha de Páscoa (Chile) e América Central. De acordo com os autores, o vírus zika teria sido introduzido no País principalmente por refugiados haitianos e militares brasileiros retornando da missão no Haiti. Os primeiros casos registrados no País ocorreram no município de Camaçari/BA, em meados de abril de 2015²¹. Hoje o vírus – que é transmitido por mosquitos do gênero *Aedes*, o mesmo que transmite a dengue e a chicungunha – já foi identificado em mais de 60 países ou territórios.

A maioria dos casos de infecção pelo vírus zika (cerca de 80%) não resulta em quadro sintomático. Na pequena parcela de casos sintomáticos, podem ser observados febre baixa, exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia (dor à deglutição), tosse seca e alterações gastrointestinais, com regressão dos sintomas em dois a sete dias. Há relatos de óbitos relacionados à zika, mas são raros²². O tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus zika é baseado no uso de analgésicos e antitérmicos para o controle da febre e da dor. No caso de erupções pruriginosas, anti-histamínicos são indicados. Ou seja, apenas tratamentos sintomáticos são recomendados.

²⁰ CAMPOS TL, *et al.* Revisiting Key Entry Routes of Human Epidemic Arboviruses into the Mainland Americas through Large-Scale Phylogenomics. **Int Journal of Genomics**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/6941735>. Acesso em 10 mai. 2021.

²¹ BRITO D. **Epidemia do vírus Zika no Brasil completa um ano com desafio na área de pesquisa**. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/epidemia-do-virus-zika-no-brasil-completa-um-ano-com-desafio-na-area-de#:~:text=Os%20primeiros%20casos%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o,metropolitana%20de%20Salvador%20\(BA\)](https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/epidemia-do-virus-zika-no-brasil-completa-um-ano-com-desafio-na-area-de#:~:text=Os%20primeiros%20casos%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o,metropolitana%20de%20Salvador%20(BA)). Acesso em 10 mai. 2021.

²² YOUNGER DS. Epidemiology of Zika virus. *Neurol Clin*. 2016;34: 1049-56.



Complicações graves da zika são o desenvolvimento da síndrome de Guillain-Barré, na qual reações autoimunes contra células do sistema nervoso central levam à paralisia e até morte, e de malformações fetais, em especial a microcefalia.

Com efeito, a síndrome da zika congênita constitui a principal preocupação com a doença, que ocorre quando a gestante adquire o vírus no primeiro e segundo trimestres da gravidez²³. Nesses casos, o vírus passa da mãe para o feto através da placenta, atingindo o sistema nervoso central do conceito, onde infecta células cerebrais em desenvolvimento, causando morte celular.

Como resultado, temos microcefalia, lesões cerebrais disseminadas, com redução do parênquima cerebral, alterações graves da retina e deformidades articulares, entre outras anormalidades. As crianças acometidas apresentam retardo no desenvolvimento cognitivo e motor, problemas na visão e audição, epilepsia e paralisia cerebral.²⁴ Como não há tratamento específico para essa síndrome, a assistência deve ser voltada para o melhor desenvolvimento da criança, de acordo com seu quadro clínico (sequelas).

Interessante apontar que, até o alerta dado pelo Brasil, não se conhecia o potencial teratogênico desse vírus. Ele circulou durante anos na África e Ásia, porém, na ausência de um sistema de vigilância epidemiológica integrado, casos isolados eventualmente identificados não foram associados à zika. Apenas depois do alerta internacional provocado

²³ RIBEIRO BNF *et al.* Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem: o que sabemos até o momento?. **Radiol Bras.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0098>. Acesso em 10 mai. 2021.

²⁴ TEIXEIRA GA *et al.* Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Ciênc. saúde coletiva**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.30002017>. Acesso em 10 mai. 2021.



pelo Ministério da Saúde brasileiro houve o pronunciamento de autoridades sanitárias francesas sobre a detecção de casos de malformações congênitas na Polinésia coincidentes com a ocorrência da epidemia da doença naquela região.²⁵

3.2. Resposta do Ministério da Saúde²⁶

A existência de um sistema de vigilância em saúde bem estruturado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a rápida resposta brasileira, por meio do CIEVS. Em virtude da integração dos sistemas de informação, foi possível detectar tempestivamente a súbita e inexplicada elevação do número de casos de microcefalia. Levantamento²⁷ realizado com base no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos mostrou que, no período de 2000 a 2014, a média anual nacional de casos de microcefalia foi de 164. Em 2015, foram registrados

²⁵ EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic**. 2015.

Disponível em:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/zika-microcephaly-Brazil-rapid-risk-assessment-Nov-2015.pdf>. Acesso em 10 mai. 2021.

²⁶ A maior parte das informações disponibilizadas nesse tópico foram obtidas das seguintes fontes:

i) GARCIA LP. **Epidemia do vírus zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: 2018. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf. Acesso em 10 mai. 2021.

ii) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia**. Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/combateaedeshtml/index.php/plano-nacional.html>. Acesso em 10 mai. 2021.

iii) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [recurso eletrônico]**. 2016. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_a_infeccao_virus_zika.pdf. Acesso em 10 mai. 2021.

²⁷ MARINHO F. *et al.* Microcephaly in Brazil: prevalence and characterization of cases from the information system on live births (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000400004>. Acesso em 10 mai. 2021.



1.608 casos, quantidade quase dez vezes superior à média de ocorrência dos anos anteriores.

No final daquele ano, após avaliação da situação de aumento explosivo da prevalência de microcefalia, em especial no estado de Pernambuco, associada à identificação de comportamento semelhante em outros estados nordestinos, o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, que *declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil*.

O art. 2º da Portaria estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES) como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Suas atribuições foram definidas no art. 3º:

Art. 3º A gestão do COES estará sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde designada para:

I – planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

II – articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;

III – encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;

IV – divulgar à população informações relativas à ESPIN;

V – propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde: o acionamento da Força Nacional do Sistema Único de Saúde; a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993; a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN; a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; e o encerramento da ESPIN.



Também foi acionado o Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII)²⁸, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), além de ter sido feita a comunicação oficial da epidemia à Organização Mundial da Saúde (OMS).

É preciso ressaltar que, naquele momento (final de 2015), ainda pairavam dúvidas sobre a relação entre zika e microcefalia. Apesar de o Instituto Evandro Chagas ter demonstrado a presença do agente etiológico em diversos tecidos do corpo de recém-nascidos com microcefalia, inclusive no cérebro, não era possível estabelecer um nexo causal irrefutável. Nesse sentido, contribuiu para a confirmação da causalidade a autópsia de feto realizada na Eslovênia, filho de mãe que passou um período da gravidez na região Nordeste do Brasil²⁹.

A OMS convocou um comitê de emergência para tratar dos casos de microcefalia e outras alterações neurológicas associadas à circulação do vírus zika somente cerca de três meses após receber o alerta brasileiro. Esse comitê, composto por 18 especialistas internacionais, reuniu-se em fevereiro de 2016 e recomendou a declaração de que se tratava de evento internacional (Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional), considerando em retrospectiva os casos identificados na Polinésia Francesa.

²⁸ O grupo foi originalmente instituído pelo Decreto de 6 de dezembro de 2010, da Presidência da República, com participação de 19 órgãos governamentais (ministérios e secretarias). Atualmente a matéria é regulada pelo Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020, que *dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII*, com as alterações implementadas pelo Decreto nº 10.238, de 11 de fevereiro de 2020. O número de órgãos participantes da GEI-ESPII foi reduzido para nove.

²⁹ MLAKAR J *et al.* Zika Virus Associated with Microcephaly. **N Engl J Med**, 2016; 374:951-958. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1600651>. Acesso em 10 mai. 2021.



A partir de novembro de 2015, os casos suspeitos de microcefalia passaram a ser notificados também em um sistema específico, o Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP). A criação desse formulário eletrônico buscou facilitar a notificação, a investigação e o acompanhamento dos casos de microcefalia. Em 2015, foram notificados 4.749 casos de microcefalia, dos quais 1.161 (24%) foram confirmados. Em 2016, foram 5.204 casos notificados, dos quais 857 (17%) se confirmaram. Em 2015, os estados com mais casos confirmados de microcefalia por 10 mil nascidos vivos foram Sergipe (27,62), Pernambuco (27,71), Rio Grande do Norte (19,99), Paraíba (15,98), Piauí (12,57) e Bahia (11,36). Em 2016, foram Paraíba (14,61), Alagoas (12,49) e Roraima (10,13).³⁰

Transcrevemos a seguir trecho de estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)³¹ que descreve a sequência de ações do Ministério da Saúde em resposta à epidemia de zika:

A partir da notificação do evento, em outubro de 2015, o Ministério da Saúde agiu oportunamente para apoiar as atividades de monitoramento e na investigação dos casos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde. Para orientar essas ações, o ministério elaborou e publicou protocolos e diretrizes para a vigilância e atenção à saúde.

Em 17 de novembro de 2015, logo após a declaração da Espin, foi publicada a nota informativa sobre procedimentos preliminares a serem adotados para a vigilância dos casos de microcefalia no Brasil, que estabeleceu as definições para notificação de casos de recém-nascidos com microcefalia. Essas definições vieram a ser alteradas em 12 de dezembro de 2015, com a publicação do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), e, posteriormente, em 12 de março de 2016, com a publicação da versão atualizada do protocolo de vigilância. Essas orientações guiaram as notificações no Resp, instrumento criado para

³⁰ GARCIA LP, *op. cit.*

³¹ GARCIA LP, *op. cit.*



notificação e registro dos casos de microcefalia, bem como a investigação dos casos.

Também como parte do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, em dezembro de 2015, a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, lançou o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia. Esse documento foi atualizado e teve três versões, que contemplaram, além da definição de caso de microcefalia, questões relacionadas à atenção à saúde reprodutiva das mulheres, à atenção à saúde do recém-nascido, lactente e criança com microcefalia, triagens neonatais (para rastreio de malformações auditivas e oculares), alta e seguimento do recém-nascido, estimulação precoce e assistência social.

Ainda em novembro de 2015, o Ministério da Saúde lançou a campanha nacional de combate ao *Aedes aegypti*, chamando a atenção para a importância da limpeza a fim de eliminar os focos do mosquito. A campanha teve como *slogan* “Sábado da faxina. Não dê folga para o mosquito da dengue”. Também foi realizada uma campanha informativa para gestantes e mulheres em idade fértil e foram criados uma página na internet e um aplicativo de celular com informações sobre microcefalia e vírus Zika. Posteriormente, a hashtag #ZikaZero e os cartazes da campanha de combate ao *Aedes aegypti* circularam fortemente na mídia e nas redes sociais.

O Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia tinha por objetivo “reduzir o índice de infestação por *Aedes aegypti* para menos que 1% nos municípios brasileiros”, com três metas estabelecidas a esse respeito:

- intensificar a campanha no período entre dezembro de 2015 a junho de 2016;
- inspecionar todos os domicílios e instalações públicas e privadas urbanas até 31 de janeiro de 2016;
- intensificar as visitas de controle do mosquito com visitas mensais até fevereiro e bimestrais a partir de março.



As três frentes de atuação do Plano eram: i) prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*; ii) melhoria da assistência às gestantes e crianças; e iii) realização de estudos e pesquisas sobre o tema.

Com relação ao combate ao mosquito, a emergência da zika apenas reforçou medidas já conhecidas do governo e da população há longa data, referentes ao controle do vetor, que também transmite a dengue e a chicungunha. De qualquer modo, foi criada uma Sala Nacional de Coordenação Interagências, no Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), do Ministério da Integração Nacional, embora sua coordenação coubesse ao Ministério da Saúde. Em cada estado foi criada também uma sala de situação para lidar com o problema, com representantes do Ministério da Saúde, das secretarias de Saúde, Educação, Segurança Pública, Assistência Social, Defesa Civil e Forças Armadas.

Também foi editada a Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que *dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, resultante da conversão da MPV nº 712, de 2016.*

A principal inovação legislativa proporcionada pela medida estava consignada no inciso IV do § 1º do seu art. 1º, que permitia o

IV – ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.



Também merece destaque a Lei nº 13.310, de 7 de julho de 2016, que *abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação, da Defesa e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no valor de R\$ 420.000.000,00, para os fins que especifica*, que resultou da conversão da MPV nº 716, de 2016. Os créditos mencionados foram usados no apoio a ações integrantes do Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia.

O já mencionado GEI-ESPPI criou a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA).³² Formalmente instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.046, de 20 de maio de 2015, sua coordenação ficou a cargo de uma Secretaria Executiva, composta por representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde e coordenada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). A Rede agrega especialistas e instituições de atuação relevante no enfrentamento da zika e de doenças correlatas.

São objetivos da Renezika:

I – subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus zika e doenças correlatas (dengue e chicungunha) no âmbito das seguintes áreas: vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e desenvolvimento científico e tecnológico;

II – contribuir com a formulação e o aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema;

³² Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/24/renezika.pdf>. Acesso em 10 mai. 2021.

III – fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o SUS;

IV – buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias;

V – promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica;

VI – apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e

VII – fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus zika e doenças correlatas.

De acordo com o Ministério da Saúde, foram investidos mais de 250 milhões de reais em pesquisas nas três modalidades de fomento: nacional, descentralizado e contratações diretas. A Renezika promoveu encontros periódicos para a discussão de questões técnicas prioritárias relacionadas à zika e doenças correlatas. Todas essas atividades resultaram em atualizações dos protocolos do Ministério referentes ao enfrentamento da doença.

Em 2016, foi lançada pelo Ministério da Saúde uma chamada pública para trabalhos científicos especificamente direcionados ao combate ao vírus da zika, em conjunto com o Ministério da Educação, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



(CNPq). Por fim, a Portaria nº 1.682, de 30 de julho de 2017, declarou o *encerramento da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil* e desativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES).

4. Covid-19

4.1. Epidemiologia e quadro clínico

Estudos indicam que o surgimento do novo coronavírus, o Sars-CoV-2, se deu entre outubro e novembro de 2019, mas há evidências conflitantes de que o vírus já estaria circulando antes mesmo desse período. De qualquer modo, o caso índice da doença, também chamado “paciente zero”, apresentou sintomas a partir do dia 1º de dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan. Outros casos da doença até então desconhecida surgiram na região, até que, em 31 de dezembro, a OMS tomou conhecimento do surto de pneumonia de etiologia desconhecida. A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização deu-se em 30 de janeiro de 2020³³.

A doença espalhou-se rapidamente por todos os continentes, com destaque para o acometimento da Itália, onde causou o colapso do sistema de saúde e alertou a comunidade internacional. O primeiro caso registrado no Brasil – um paciente vindo da Itália – foi confirmado em 26 de fevereiro. O primeiro registro de transmissão autóctone no País ocorreu em 5 março, enquanto o primeiro óbito pela doença data de 12 de março. Atualmente (17 de maio de 2021), são 15.627.475 casos notificados da

³³ Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em 12 mai. 2021.



doença no Brasil, com 435.751 óbitos confirmados³⁴. No mundo, são 163.147.111 casos e 3.381.069 óbitos pela doença³⁵.

A transmissão do vírus acontece de um indivíduo infectado para outro por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, e também por contato direto ou próximo (aperto de mãos, por exemplo). Estudos laboratoriais indicam que as pessoas acometidas pelo Sars-CoV-2 apresentam maior transmissibilidade do vírus antes mesmo de desenvolver os sintomas (geralmente dois dias antes) e nas fases iniciais da doença. Sabe-se que mesmo pessoas que permanecem assintomáticas podem transmitir o vírus, mas não se conhece exatamente a importância epidemiológica dessa modalidade de transmissão (a partir de indivíduos assintomáticos).³⁶

A taxa de transmissão inicial da covid-19³⁷ no Brasil, também conhecida como número de reprodução (R_0), ou seja, o número de infecções secundárias geradas por cada indivíduo infectado, foi estimado em 3,95 em publicação do *International Journal of Infectious Diseases*³⁸.

³⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 17 mai. 2021.

³⁵ JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/>. Acesso em 17 mai. 2021.

³⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?** Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>. Acesso em: 13 mai. 2021.

³⁷ Considerando que nenhuma medida de contenção da disseminação é adotada.

³⁸ CAICEDO-OCHOA Y, *et al.* Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 95, p316-318, junho 1, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>. Acesso em: 13 mai. 2021



A infecção pelo Sars-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos ou com manifestações clínicas leves como um simples resfriado, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos. A proporção de casos assintomáticos foi extremamente variável nos estudos, desde cerca de 18%³⁹ até 95%⁴⁰ dos casos. A OMS estima que as formas leves e assintomáticas da covid-19 respondem por aproximadamente 80% dos casos⁴¹.

O prognóstico da doença é significativamente pior em idosos. O CDC estima a taxa de mortalidade por covid-19 por 100 mil idosos com idade igual ou superior a 85 anos como próxima de 1.800, enquanto é de apenas 1,4/100 mil na faixa etária de 15 a 24 anos. Na faixa etária de 75 a 84 anos, a taxa de mortalidade por covid-19 durante o ano de 2020 foi de 635 por 100 mil pessoas⁴². O prognóstico também é pior em pessoas com diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, entre outras comorbidades.

³⁹ MIZUMOTO K, KAGAYA K, ZAREBSKI A, CHOWELL G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. **Euro Surveill.** 2020;25(10):pii=2000180. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917>. Acesso em 13 mai. 2021.

⁴⁰ YANES-LANE M, et al. Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One.** 2020;15(11):e0241536. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7608887/>. Acesso em 13 mai. 2021.

⁴¹ WHO. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 46.** 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid-19.pdf?sfvrsn=96b04adf_4#:~:text=For%20COVID%2D19%2C,infections%2C%20requiring%20ventilation. Acesso em 13 mai. 2021.

⁴² AHMAD FB, CISEWSKI JA, MINIÑO A, ANDERSON RN. Provisional Mortality Data — United States, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2021;70:519–522. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7014e1>. Acesso em 13 mai. 2021.



4.2. Resposta do Ministério da Saúde

O Ministério passou a acompanhar o tema da covid-19 desde os primeiros relatos em Wuhan. No dia 20 de janeiro de 2020, notificou a Anvisa para reforço da atenção em portos, aeroportos e fronteiras, assim como o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e secretarias estaduais e municipais de saúde para o monitoramento de eventos incomuns. Logo em seguida instalou o Centro de Operações de Emergência para o novo Coronavírus (COE Covid-19) para monitorar a situação junto à OMS e iniciar a preparação da rede pública de saúde.⁴³

A partir da declaração da situação de emergência internacional pela OMS, em 30 de janeiro, a Anvisa fez a primeira inspeção de saúde em voo originário da China, mesma data em que foi publicado o Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020, que *dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPIN*, cujo objetivo é coordenar a articulação de medidas de preparação e de enfrentamento ao vírus.

No dia 3 de fevereiro foi publicada a Portaria MS/GM nº 188, que *declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)*. Durante esse mês, houve intensificação das ações de monitoramento da doença no País, com avaliação e descarte de diversos casos suspeitos. A campanha de prevenção da doença e um aplicativo de celular com informações sobre a covid-19 foram lançados no fim do mês.

⁴³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus: saiba como o Governo Federal está agindo**. 16/03/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/coronavirus-saiba-como-o-governo-federal-esta-agindo>. Acesso em 12 mai. 2021.



A estratégia inicial de enfrentamento da pandemia foi desenhada no *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*, lançado ainda em fevereiro⁴⁴, pela SVS/MS. Naquele momento, foram estabelecidas as seguintes medidas de resposta ao novo coronavírus: vigilância; suporte laboratorial; medidas de controle de infecção; assistência médica e farmacêutica; vigilância sanitária, com ações de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras); comunicação de risco; e gestão. Cada um desses itens foi detalhado de acordo com o nível de resposta adotado (alerta, perigo iminente ou Espin).

No entanto, detalhes com relação a regras procedimentais a respeito de medidas de isolamento e quarentena, testagem de suspeitos, termos de consentimento e responsabilidade, requisição administrativa de bens e serviços, entre outras questões foram estabelecidos somente com a edição da Portaria MS/GM nº 356, de 11 de março de 2020, que *dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)*. No que se refere à transparência das informações, o art. 13 da portaria dispõe que:

Art. 13. O Ministério da Saúde manterá dados públicos e atualizados sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação, relativos à situação de emergência pública sanitária, resguardando o direito ao sigilo das informações pessoais.

⁴⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em 12 mai. 2021.



Também de grande relevância foi a edição da Portaria MS/GM nº 395, de 16 de março de 2020, que *estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19.*

Ainda sobre as medidas inicialmente adotadas pelo MS, cumpre destacar sua ênfase nas estratégias de informação e comunicação, principalmente considerando se tratar de doença nova e muito pouco conhecida. Números de casos confirmados e de óbitos foram divulgados e atualizados diariamente, da mesma forma que os boletins epidemiológicos, de caráter mais técnico, foram direcionados para orientar a atuação dos serviços de vigilância no contexto da Espin. As entrevistas coletivas dos gestores do Ministério tornaram-se quase diárias. A Assessoria de Imprensa do MS passou a trabalhar em regime de plantão, num esforço de combate às notícias falsas (*fake news*), que tanta desinformação promoveram ao longo da pandemia.⁴⁵

A orientação inicial do MS para a população foi no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do Sars-CoV-2, que incluem: i) a lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel; ii) a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; iii) o distanciamento social; iv) o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e v) o hábito de se manter a ventilação nos ambientes. A partir de

⁴⁵ OLIVEIRA WK, *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde** 29 (2) 27 Abr 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em 12 mai. 2021.



abril de 2020, o MS passou a orientar a população para o uso de máscaras de pano como barreira à propagação do vírus.

Ressalte-se que, até o mês de março do ano passado, os casos de covid-19 eram majoritariamente importados e a estratégia de contenção da epidemia baseava-se na busca e isolamento dos casos e contatos, para se evitar transmissão do vírus de pessoa a pessoa, de modo sustentado, em território nacional. Após a elevação do número de casos da doença e a instalação de transmissão comunitária, estratégias de mitigação passaram a ser adotadas, buscando-se evitar agravamento dos casos graves e óbitos pela doença. Tais estratégias incluíram atenção hospitalar para os casos graves, além de medidas de isolamento para casos leves e contatos.

Nas palavras⁴⁶ do então Secretário de Vigilância em Saúde, Wanderson de Oliveira

Nesse sentido, a atuação do MS tem se pautado, ainda, no fortalecimento da assistência à saúde. Ações têm sido direcionadas à capacitação de recursos humanos e ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da contratação de profissionais, especialmente médicos. Foram ofertadas 5.811 vagas para médicos atuarem nas Unidades Básicas de Saúde, em 1.864 municípios, além de 19 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em todo o país. Capitais e grandes centros urbanos foram contemplados, uma vez que possuem maior adensamento populacional, constituindo-se em locais mais propensos à propagação do coronavírus. Destaca-se também a ação estratégica “O Brasil conta comigo”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à COVID-19. Estudantes que cursam os anos finais dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia, em instituições de ensino superior, públicas e privadas, também poderão atuar nesta ação.

Ademais, garantir a proteção dos trabalhadores da saúde é prioridade, pois estes compõem a linha de frente do combate à Covid-19, com papel de protagonismo no diagnóstico e tratamento dos casos. O MS tem dado especial atenção à produção, aquisição e distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) para os

⁴⁶ OLIVEIRA WK, *et al.* *Op. cit.*



trabalhadores da saúde, em todo o território nacional. Medidas de prevenção de infecção devem ser implementadas em todos os serviços de saúde, e também em seus veículos.

A ampliação da estrutura para atendimento dos casos graves e que requerem internação e/ou cuidados intensivos se dá por meio da aquisição de equipamentos e insumos, da construção de unidades hospitalares, da ampliação da capacidade das unidades existentes, da contratação de leitos em hospitais privados ou do setor suplementar, bem como do apoio à montagem de hospitais de campanha. Também tem sido priorizado o incentivo à produção e à aquisição de ventiladores mecânicos, cuja disponibilidade e distribuição são essenciais para atender aos casos graves. Em março de 2020, foi repassado mais de R\$ 1 bilhão aos estados e municípios, para o financiamento de ações de combate à Covid-19.

O MS tem envidado esforços para atender à recomendação da OMS de se testar casos suspeitos, para a detecção dos positivos, e orientar o isolamento dos casos da doença e de seus contatos domiciliares, a fim de que se reduza a disseminação. **Todavia, após o espalhamento da Covid-19 por transmissão comunitária, não havia capacidade suficiente para testar todas as pessoas com suspeita da doença que procuraram as unidades do SUS.** Rapidamente, o MS ampliou o número de testes para diagnosticar a Covid-19, incluindo dois tipos de testes: (i) o RT-PCR, que detecta a presença do vírus na amostra; e (ii) o teste rápido de sorologia, que verifica a presença de anticorpos contra o coronavírus. Em um primeiro momento, foi priorizada a testagem dos profissionais da saúde e da segurança pública, além dos casos graves e óbitos. [grifou-se]

[...]

Outra estratégia é o uso da telemedicina. O Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a realização de consultas médicas *on-line*, assim como telecirurgias e telediagnóstico, entre outras formas de atendimento médico a distância, que serão importantes para garantir o atendimento, não somente das pessoas afetadas pela Covid-19, mas também de todas aquelas que necessitem de assistência médica.

Outro eixo de atuação do MS é o fomento à pesquisa, inovação e desenvolvimento. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) está liderando a produção de sínteses de evidências para orientar as decisões do COE. O apoio a projetos de pesquisa sobre a Covid-19 e outras doenças respiratórias agudas graves será realizado pelo MS em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de chamada pública. Serão privilegiados projetos em diferentes eixos/linhas de pesquisa que possam contribuir com a produção de evidências sobre a história natural da doença, o diagnóstico, a organização da atenção à saúde, a efetividade das medidas de vigilância, prevenção e controle, as



alternativas terapêuticas, além do apoio ao desenvolvimento e avaliação da acurácia de testes diagnósticos. As pesquisas consideradas prioritárias estão sendo apoiadas, de forma mais ágil, com a colaboração de instituições de pesquisa e hospitais filantrópicos que participam do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), por meio da iniciativa denominada Coalizão Covid-Brasil. Ensaios clínicos multicêntricos nacionais para a avaliação da eficácia e segurança de medicamentos e combinações terapêuticas têm sido priorizados. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) participa da pesquisa global denominada SOLIDARITY, lançada pela OMS para testar terapias promissoras contra a Covid-19. O Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) também colabora com essas iniciativas, e criou o Comitê de Especialistas Rede Vírus, visando promover a integração dos esforços de pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico.

Quanto à produção de diretrizes, orientações e material informativo para profissionais de saúde, destacam-se:

- Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde⁴⁷;
- Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada⁴⁸;
- Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19⁴⁹;

⁴⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁴⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/105>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁴⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE (SCTIE). **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/118>. Acesso em 14 mai. 2021.



- Fast-Track de Teleatendimento para a Atenção Primária⁵⁰;
- Fluxo rápido para pacientes com sintomas respiratórios dentro de Unidades de Urgência não Hospitalares⁵¹;
- Orientações para manejo de pacientes com covid-19⁵²;
- Boletins Epidemiológicos⁵³;
- Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde⁵⁴;
- Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019⁵⁵;
- Prevenção ao covid-19 no âmbito das equipes de Consultórios na Rua⁵⁶;

⁵⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fast-Track de Teleatendimento para a Atenção Primária**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/59>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. **Fluxo rápido para pacientes com sintomas respiratórios dentro de Unidades de Urgência não Hospitalares**. Brasília, 2020.

Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/40>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵² BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para manejo de pacientes com covid-19**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/206>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵³ Disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>.

⁵⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵⁵ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS. **Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/120>. Acesso em 14 mai. 2021.



- Orientações sobre o isolamento domiciliar⁵⁷;
- Fluxograma de atendimento odontológico na covid-19⁵⁸;
- Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19⁵⁹;
- Manual sobre biossegurança para reabertura de escolas no contexto da covid-19⁶⁰;
- Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais⁶¹;
- Prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) a serem adotadas nas

⁵⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAPS. **Prevenção ao covid-19 no âmbito das equipes de Consultórios na Rua**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/54>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAPS. **Orientações sobre o isolamento domiciliar**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/28>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fluxograma de atendimento odontológico na covid-19**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/53>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁵⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁰ PEREIRA IDF, *et al.* **Manual sobre biossegurança para reabertura de escolas no contexto da covid-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/manual_reabertura.pdf. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/175>. Acesso em 14 mai. 2021.



instituições de longa permanência de idosos (ILPI) –
 Nota Técnica nº 8/2020-
 COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS⁶²;

- Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)⁶³;
- SARS-CoV-2 antibody test – Teste Rápido Imunocromatográfico⁶⁴;
- Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19 – recomendações para gestores⁶⁵;
- Recomendações à rede de atenção psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus – Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/ DAPES/ SAPS/ MS ⁶⁶;

⁶² BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAPS. **Prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) a serem adotadas nas instituições de longa permanência de idosos (ILPI)**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/128>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAPS. **Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Brasília, 2020.

Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/97>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS. **SARS-CoV-2 antibody test – Teste Rápido Imunocromatográfico**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/SARS-CoV-2-antibodytest.pdf>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁵ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19 – recomendações para gestores**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41030>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAPS. **Recomendações à rede de atenção psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/103>. Acesso em 14 mai. 2021.



- Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19⁶⁷;
- Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas⁶⁸;
- Orientações para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de covid-19⁶⁹ – Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS⁷⁰.

Ressalte-se que foram listadas apenas algumas das publicações do Ministério da Saúde e de suas autarquias (Fiocruz) que tratam da pandemia de covid. A quantidade de material técnico produzido pela Pasta sem dúvida superou de longe tudo o que foi apresentado nas pandemias anteriores.

⁶⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**. Brasília, 2020. Disponível em:

https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/manejo_corpos_coronavirus_versao1_25mar20_rev3.pdf. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/33>. Acesso em 14 mai. 2021.

⁶⁹ Este documento, mais conhecido como “protocolo da cloroquina”, gerou bastante polêmica no seu lançamento. Apesar de o título da publicação indicar tratar-se de um guia para o manejo clínico de pacientes acometidos pelo novo coronavírus, seu conteúdo restringe-se essencialmente ao uso das aminoquinolinas hidroxicloroquina (HCQ) e cloroquina (CQ), em associação com o antibiótico azitromicina (AZM), para o tratamento da covid-19.

⁷⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de covid-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta---es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>. Acesso em 14 mai. 2021.



No tocante à produção normativa do Ministério⁷¹⁷², além das normas basilares mencionadas no início deste tópico, que direcionaram a atuação da Pasta ao longo da pandemia, merecem destaque as seguintes normas⁷³:

- Portaria MS/SAES nº 237, de 18 de março de 2020, que *inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19;*

- Portaria MS/GM nº 414, de 18 de março de 2020, que *autoriza a habilitação de até 2.540 (dois mil e quinhentos e quarenta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;*

- Portaria MS/GM nº 430, de 19 de março de 2020, que *estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19).*

⁷¹ BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. COMISSÃO MISTA DESTINADA A ACOMPANHAR A SITUAÇÃO FISCAL E A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DAS MEDIDAS RELACIONADAS AO CORONAVÍRUS. **Parecer nº 1**. Brasília, 2020.

⁷² BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Legislação COVID-19**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/quadro_portaria.htm. Acesso em 17 mai. 2021.

⁷³ As normas de conteúdo semelhante foram omitidas.



- Portaria MS/GM nº 454, de 20 de março de 2020, que *declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).*

- Portaria MS/SAES nº 245, de 24 de março de 2020, *inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pelo COVID-19 e altera o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) para permitir o registro de ações relativas ao enfrentamento do COVID-19.*

- Portaria MS/GM nº 545, de 25 de março de 2020, que *altera a Portaria nº 488/GM/MS, de 23 de março de 2020, para determinar que a aplicação de recursos oriundos de emendas parlamentares seja feita preferencialmente em medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19).*

- Portaria MS/GM nº 561, de 26 de março de 2020, *autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva e leitos de enfermagem de hospitais de referência ao COVID-19.*

- Portaria MS/GM nº 580, de 27 de março de 2020, *dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).*

- Portaria MS/GM nº 639, de 31 de março de 2020, *dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da*



Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).

- Portaria MS/SESAI nº 36, de 1º de abril de 2020, que *cria o Comitê de Crise Nacional para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da COVID-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas.*

- Portaria MS/GM nº 662, de 1º de abril de 2020, que *estabelece regras de forma excepcional - para as transferências de recursos do Bloco de Custeio - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC pelo período de 90 (noventa) dias. Estabelece a transferência de recursos referentes à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares prestada pelos estabelecimentos de saúde com financiamento pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC com base na média da produção.*

- Portaria MS/GM nº 758, de 9 de abril de 2020, que *define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS.*

- Portaria MS/GM nº 774, de 9 de abril de 2020, que *estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19.*

- Portaria MS/SESAI nº 55, de 13 de abril de 2020, que *institui a Equipe de Resposta Rápida, no âmbito dos Distritos Sanitários*



Especiais Indígenas, para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

- Portaria MS/GM nº 1.434, de 28 de maio de 2020, que institui o Programa Conecte SUS, implanta a Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS, apoia a informatização dos estabelecimentos de saúde, iniciando pela Atenção Primária à Saúde, promove o acesso a plataforma móvel e de serviços digitais do Ministério da Saúde e cria padrões de interoperabilidade em saúde.

- Portaria MS/GM nº 1.444, de 29 de maio de 2020, que institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional.

- Portaria MS/GM nº 1.445, de 29 de maio de 2020, que institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

- Portaria MS/GM nº 1.448, de 29 de maio de 2020, que disponibiliza a segunda parcela do auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020.



- Portaria MS/GM nº 1.514, de 15 de junho de 2020, que *define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar – HOSPITAL DE CAMPANHA – voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19.*

- Portaria MS/GM nº 1.521, de 15 de junho de 2020, que *autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19.*

- Portaria MS/SAES nº 510, de 16 de junho de 2020, que *inclui leito e habilitação de Suporte Ventilatório Pulmonar no CNES e procedimento de diária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19.*

- Portaria MS/GM nº 1.565, de 18 de junho de 2020, que *estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.*

- Portaria MS/GM nº 1.587, de 19 de junho de 2020, que *institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Força Tarefa de Fundamentação, com a finalidade de coordenar o processo para a: I - aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos; II - manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares; e III - habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia de Covid-19.*



- Portaria MS/SAES nº 564, de 8 de julho de 2020, que *inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento da Atenção Primária no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) "Prevenção à Covid-19 nas Escolas"*.

- Portaria MS/GM nº 2.222, de 25 de agosto de 2020, que *institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.*

- Portaria MS/GM nº 2.298, de 27 de agosto de 2020, que *institui, para o ano de 2020, o repasse financeiro referente ao Piso Variável de Vigilância Sanitária (PV-Visa) para o fortalecimento e execução das ações de Vigilância Sanitária voltadas ao enfrentamento do coronavírus - Sars-CoV-2.*

- Portaria MS/GM nº 2.358, de 2 de setembro de 2020, que *institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.*

- Portaria MS/GM nº 2.782, de 14 de outubro de 2020, que *institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para execução das ações de imunização e vigilância em saúde, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de Covid-19.*

- Portaria MS/GM nº 2.824, de 15 de outubro de 2020, que *institui, no âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos*



de Saúde – Siops, quadro de informações gerenciais relacionadas à aplicação de recursos, pelos entes federativos, no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

- Portaria MS/GM nº 2.994, de 29 de outubro de 2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus.

- Portaria MS/GM nº 3.008, de 4 de novembro de 2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para viabilização do acesso e resolução das demandas de saúde bucal em condições adequadas para a mitigação dos riscos individuais e coletivos relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (Covid-19), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020.

- Portaria nº 518, de 12 de novembro de 2020, da Casa Civil da Presidência da República, que dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.



• Portaria MS/GM nº 268, de 12 de fevereiro de 2021, que *delega competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos, bens e serviços de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).*

Em relação à abertura de créditos extraordinários destinados ao Ministério da Saúde para o financiamento de ações voltadas ao enfrentamento da pandemia de covid-19, destacamos as seguintes MPVs⁷⁴:

- MPV nº 924, de 13 de março de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica.*
- MPV nº 940, de 2 de abril de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica.*
- MPV nº 941, de 2 de abril de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 2.113.789.466,00, para os fins que especifica.*

⁷⁴ BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Legislação COVID-19.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/quadro_portaria.htm. Acesso em 17 mai. 2021.



- MPV nº 947, de 8 de abril de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.600.000.000,00, para os fins que especifica.*
- MPV nº 967, de 19 de maio de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.566.379.351,00, para os fins que especifica e dá outras providências.*
- MPV nº 969, de 20 de maio de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 10.000.000.000,00, para os fins que especifica, e dá outras providências.*
- MPV nº 970, de 25 de maio de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 29.058.260.654,00, para os fins que especifica e dá outras providências.*
- MPV nº 976, de 4 de junho de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 4.489.224.000,00, para o fim que especifica.*
- MPV nº 989, de 8 de julho de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 348.347.886,00, para os fins que especifica.*



- MPV nº 994, de 6 de agosto de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 1.994.960.005,00, para o fim que especifica, e dá outras providências.*
- MPV nº 1.004, de 24 de setembro de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências.*
- MPV nº 1.015, de 17 de dezembro de 2020, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 20.000.000.000,00, para o fim que especifica.*
- MPV nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.861.205.000,00, para os fins que especifica.*
- MPV nº 1.041, de 30 de março de 2021, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.324.320.142,00, para os fins que especifica.*
- MPV nº 1.043, de 16 de abril de 2021, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.693.315.000,00, para os fins que especifica.*



- MPV nº 1.048, de 10 de maio de 2021, que *abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.500.071.904,00, para os fins que especifica.*

As diversas medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para a aquisição de vacinas contra a covid-19 já foram relatadas na Nota Informativa nº 2.693, de 2021, desta Consultoria Legislativa.

5. Considerações finais

Conforme evidenciado nos tópicos anteriores, as pandemias de influenza A H1N1, de zika e de covid-19 apresentam características clínicas e, principalmente, epidemiológicas completamente distintas, de modo que fazer a comparação entre as ações de enfrentamento adotadas pelo Ministério da Saúde em cada uma delas é bastante questionável. Mesmo o levantamento superficial efetuado para a elaboração do presente trabalho mostra um predomínio significativo – incomparável, pode-se dizer – de ações da Pasta para o combate à covid-19, se cotejadas com as medidas voltadas ao enfrentamento das pandemias anteriores.

A comparação com a doença causada pelo vírus zika é a mais difícil. Afinal, o agente etiológico é transmitido por vetor (mosquito) já conhecido de longa data tanto pelos gestores da saúde quanto pela população em geral. As medidas preventivas já estavam bem consolidadas. Ademais, a zika tem potencial de morbimortalidade bastante restrito, se comparado à da covid-19, limitando-se essencialmente às malformações fetais e aos infrequentes casos de síndrome de Guillain-Barré.



Dessa forma, mesmo se considerarmos que o tempo decorrido entre a detecção dos primeiros casos e a declaração da Espin pelo Ministério tenha sido muito superior na pandemia de zika (sete meses) do que na de covid-19 (pouco mais de um mês), não seria razoável atribuir tal diferença a uma suposta falha na atuação do órgão na primeira ocasião. Cada pandemia teve uma dinâmica diferente, não sendo esperado que o Ministério oferecesse respostas idênticas.

Quanto à comparação da covid-19 com a pandemia de influenza, o fato de ambas serem doenças virais respiratórias transmissíveis de pessoa a pessoa poderia permitir uma comparação mais justa entre as ações do Ministério da Saúde em seu enfrentamento. No entanto, há diferenças expressivas entre os dois agentes etiológicos e a maneira como se disseminam e interagem com a população, com importantes repercussões sobre as medidas de saúde pública a serem implementadas em resposta a cada uma delas.

Quanto às semelhanças, cumpre pontuar que ambas as doenças têm amplo espectro de apresentação clínica e gravidade, variando desde casos assintomáticos e leves até quadros críticos que resultam em óbito. Ambas se disseminam também por contato próximo e por meio de gotículas respiratórias. Dessa forma, são indicadas para a prevenção de ambas determinadas medidas sanitárias, a exemplo de higienização das mãos, uso de máscaras faciais, distanciamento para evitar aglomerações e recintos fechados, adoção da “etiqueta respiratória” (tossir ou espirrar no cotovelo ou em um lenço) etc.

Quanto às diferenças, a velocidade de transmissão dos vírus constitui um ponto relevante. A influenza tem um tempo de incubação mais curto (intervalo entre a aquisição do vírus e o surgimento dos sintomas) e



também um menor intervalo de série (tempo entre casos sucessivos) do que a covid-19. Isso, em princípio, favoreceria a maior transmissibilidade da influenza. No entanto, a prática epidemiológica demonstrou que a taxa de transmissão da covid-19 – ou seja, o número de infecções secundárias geradas por cada indivíduo infectado, estimado em 2 a 2,5 pela OMS – é bem superior à da influenza, o que explica sua disseminação muito mais intensa por todo o planeta. Ainda assim, estimativas dessas taxas para a influenza e para a covid-19 são sempre vinculadas a um período e a um contexto específico, tornando difícil fazer comparações diretas. As crianças são importantes fatores de transmissão comunitária da influenza, mas parecem ter um papel muito menor na da covid-19.

A gravidade do quadro clínico, assim como a necessidade de cuidados intensivos, é bem maior em pacientes acometidos pela covid-19. Por outro lado, o acometimento de crianças, gestantes e adultos jovens é proporcionalmente menor na covid-19.

Quanto à disponibilidade de medidas farmacológicas de prevenção e tratamento, já se dispunha de vacina contra a influenza quando da eclosão da pandemia, enquanto os imunizantes contra a covid-19 tiveram que ser desenvolvidos “a partir do zero” já com a pandemia instalada. Da mesma forma, os medicamentos antivirais indicados para o tratamento da influenza (vide item 2.1 desta nota) já eram conhecidos, enquanto não se tinha nenhuma indicação terapêutica específica para a covid-19.

Talvez a diferença mais relevante entre essas doenças seja a taxa de letalidade, que informa o número de mortes em relação às pessoas que apresentam a doença ativa. A OMS estima uma taxa de letalidade global por covid-19 entre 3% e 4%, enquanto o Ministério da Saúde



informa o valor de 2,8% para o País⁷⁵. Para a influenza, essa taxa é inferior a 0,1%.⁷⁶ Isso se reflete no número global de mortes oficialmente atribuídas à pandemia de influenza A H1N1 pela OMS, com confirmação laboratorial, de apenas 18.449, contra impressionantes 3.381.069 óbitos⁷⁷ pela covid-19 no mundo.

Em resumo, embora os números referentes à atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19 sejam muito diferentes daqueles relacionados às demais pandemias, tanto no tocante às ações implementadas quanto aos resultados obtidos, não é viável, a nosso ver, estabelecer uma comparação objetiva entre as três situações, em função das significativas diferenças intrínsecas (clínicas e epidemiológicas) entre as doenças em questão. Mesmo que tivesse sido possível realizar um levantamento mais minucioso das diversas medidas implantadas pelo Ministério no enfrentamento das três pandemias, restaria o problema da limitação em se comparar medidas sanitárias adotadas para combater doenças completamente distintas. Sendo o que havia a informar sobre o tema, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Consultoria Legislativa, 17 de maio de 2021.

Sebastião Moreira Jr.
Consultor Legislativo

⁷⁵ Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 17 mai. 2021.

⁷⁶ WHO. **Coronavirus disease (COVID-19): Similarities and differences with influenza**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-similarities-and-differences-with-influenza>. Acesso em 17 mai. 2021.

⁷⁷ Dados de 17 de maio de 2021.

