

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ BRASÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Bruna Ferreira Costa

A EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL
(ESPIN) E A COVID-19 NO BRASIL:

Uma análise da implementação das medidas federais não farmacológicas

Brasília, DF

2023

Bruna Ferreira Costa

A EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL
(ESPIN) E A COVID-19 NO BRASIL:

Uma análise da implementação das medidas federais não farmacológicas

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. Linha de pesquisa: Saúde e
Justiça Social

Orientador: André Luiz Dutra Fenner

Coorientadora: Eliane Lima e Silva

Coorientadora: Michele Fernandez

Brasília, DF

2023

C837e Costa, Bruna Ferreira.
A emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e a covid-19 no Brasil: uma análise da implementação das medidas federais não farmacológicas / Bruna Ferreira Costa. -- 2023.
91 f. : il.color.

Orientador: André Luiz Dutra Fenner.
Coorientadores: Michelle Vieira Fernandez e Eliane Lima e Silva.
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.
Bibliografia: f. 77-91.

1. Saúde Pública. 2. COVID-19. 3. Medidas não Farmacológicas. I. Título.
CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443 Biblioteca Fiocruz Brasília

Bruna Ferreira Costa

A Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e a Covid-19 no Brasil: Uma análise da implementação das medidas federais não farmacológicas

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 29/09/2023.

BANCA EXAMINADORA

P/



Dr.(a) Juliana Wotzasek Rulli Villardi (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
1º(a) Examinador(a)

P/



Dr.(a) July Grassiely de Oliveira Branco (Ministério da Saúde)
2º(a) Examinador(a)



Dr.(a) André Luiz Dutra Fenner (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília) Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a))

P/



Dr.(a) Michelle Vieira Fernandez (Universidade de Brasília - UnB)
Coorientador(a)

P/



Dr.(a) Eliane Lima e Silva (Universidade de Brasília – UnB)
Coorientador(a)

P/



Dr.(a) Carla Estefania Albert (Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC))
Suplente

Dedico este trabalho a todas as vítimas fatais da Covid-19 e suas famílias e a todas e todos os profissionais de saúde que incansavelmente trabalharam ao longo da pandemia.

A todas e todos profissionais que trabalharam em prol da ciência e de políticas públicas pautadas na ciência. A todas e todos que combateram de alguma forma o negacionismo instaurado, que ceifou vidas e instalou uma necropolítica jamais vista no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que cruzaram minha jornada profissional e pessoal, fazendo com que chegasse até aqui. Agradeço aos meus pais, Dorival e Viviane, por terem me dado o que é de mais precioso: a educação. Agradeço minha irmã Bianca e Minha sobrinha Sofia, por serem amigas e sempre acreditarem em mim. Agradeço também ao Gabriel, por ter sido alguém tão importante em todo esse processo e um alívio para os dias difíceis. Agradeço ao Aristeu e Claudia, por terem me apoiado muito nessa jornada acadêmica. Agradeço aos colegas do Ministério da Saúde, em especial do Vigidesastres e da Força Nacional do SUS, por terem me ensinado tanto e por serem inspirações na minha vida. Agradeço ao meu orientador André Fenner e as minhas às minhas coorientadoras Eliane Lima e Silva e Michele Fernandez. Muito obrigada pela parceria ao longo desse projeto, pela paciência e contribuições realizadas. Agradeço também a todas e todos que me motivaram e não me deixaram desistir. Sou muito grata por ter vocês em minha vida.

RESUMO

Em dezembro de 2019, uma doença desconhecida é descoberta em Wuhan, China. Esse vírus, foi posteriormente denominado de SarsCov-19, causador da Covid-19, uma doença infecciosa respiratória aguda, grave e de elevada transmissibilidade. A Covid-19 foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). A doença se disseminou por todos os continentes, causando internações e óbitos. Não havia medicamentos eficazes ou vacinas, portando as medidas não farmacológicas como a quarentena, distanciamento social, isolamento social e utilização de máscaras faciais. No Brasil, o Governo Federal a princípio mostrou-se preparado para enfrentar esta pandemia. Porém, logo apresentou resistências quanto a implementação das medidas não farmacológicas. Inclusive, a Presidência da República realizou declarações sistemáticas contra as medidas que pudessem comprometer a economia. Deste modo, este trabalho tem como objetivo de analisar as normativas do Governo Federal relacionadas às medidas não farmacológicas para o enfrentamento da Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Este é um estudo qualitativo, que se utiliza da análise documental e levantamento bibliográfico sobre a temática de emergências em Saúde Pública no mundo e histórico da Covid-19 no Brasil no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Também foi realizada uma análise das normativas do Governo Federal, relacionadas as medidas não farmacológicas de enfrentamento à Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Foi uma análise realizada a partir de um banco de dados da Presidência da República. As normativas foram analisadas no Excel e categorizadas segundo a Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT). Das 463 normativas desse período, 103 normativas se identificavam segundo a categorização proposta. Foram quatro Decretos, duas Leis, duas Medidas Provisórias e 94 Portarias.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Covid-19. Medidas não farmacológicas.

ABSTRACT

In December 2019, an unknown illness was discovered in Wuhan, China. This virus was later named SarsCov-19, the causative agent of Covid-19, an acute, severe, and highly transmissible respiratory infectious disease. The World Health Organization (WHO) deemed Covid-19 a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). The disease spread across all continents, leading to hospitalizations and fatalities. At the time, there were no effective medications or vaccines; therefore, non-pharmacological measures such as quarantine, social distancing, isolation, and the use of face masks were implemented.

In Brazil, the Federal Government initially appeared prepared to confront the pandemic. However, it soon encountered resistance to the implementation of non-pharmacological measures. The Presidency of the Republic consistently made statements against measures that could impact the economy. Thus, this study aims to analyze the Federal Government's regulations related to non-pharmacological measures for addressing Covid-19 from January 2020 to January 2021. This qualitative research utilizes document analysis and a literature review on the theme of Public Health emergencies worldwide and the history of Covid-19 in Brazil from January 2020 to January 2021.

Additionally, an analysis of Federal Government regulations related to non-pharmacological measures for Covid-19 from January 2020 to January 2021 was conducted. The analysis was based on a database from the Presidency of the Republic. The regulations were examined in Excel and categorized according to the Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT). Out of 463 regulations during this period, 103 were identified based on the proposed categorization. These included four decrees, two laws, two provisional measures, and 94 ordinances.

Keywords: Public Health, Covid-19, Non-pharmacological measures

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos capítulos da dissertação e a metodologia aplicada.....	19
Quadro 2 - Total de normativas selecionadas a partir do banco de dados.....	21
Quadro 3 - Campos de atuação dos governos segundo classificação da OxCGRT.....	21
Quadro 4 - Itens considerados para a categorização dos resultados.....	22
Quadro 5 - ESPII declaradas após a vigência do RSI 2005.....	31
Quadro 6 - Capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta do nível local e intermediário, segundo o Anexo 1 do RSI 2005.....	32
Quadro 7 - Capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta do nível federal, segundo o Anexo 1 do RSI 2005.....	33
Quadro 8 - Eixos de fortalecimento e atuação do Programa Vigiar-SUS.....	38
Quadro 9 - Fases da pandemia de Covid-19 no Brasil de janeiro de 2020 a janeiro de 2022.....	56
Quadro 10 - Classificação das normativas relacionadas as medidas não farmacológicas.....	59
Quadro 11 - Normativas relacionadas às medidas não farmacológicas relacionadas ao Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo das principais ESP de 2000 a 2022.....	27
Figura 2 - Instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional.....	30
Figura 3 - Linha do tempo das políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas às Emergências de Saúde Pública.....	40
Figura 4 - Situação global da transmissão de Covid-19 em março de 2020.....	43
Figura 5 - Casos Covid-19 por região global de 30 de dezembro de 2020 a 2 de agosto de 2023.....	44
Figura 6 - Óbitos por Covid-19 por região global de 30 de dezembro de 2020 a 2 de agosto de 2023.....	44
Figura 7 - Curva epidêmica de casos de Covid-19 da SE 14 de 2020 até a SE 19 de 2021...	57
Figura 8 - Curva epidêmica de óbitos de Covid-19 da SE 14 de 2020 até a SE 19 de 2021.....	57

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACOES

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEMADEN	Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGEMSP	Coordenao Geral de Emergências de Saúde Pública
CGFNS	Coordenao geral da Fora Nacional do SUS
CIEVS	Centro de Informaoes Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde
COE	Centro de Operaoes de Emergências de Saúde
COE	Centro de Operaoes de Emergências de Saúde
COE-nCov	Centro de Operaoes de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV)
Covid-19	Coronavirus disease
DEMSP	Departamento de emergências em Saúde Pública
Episus	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Servios do Sistema nico de Saúde
ESP	Emergência de Saúde Pública
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FAB	Fora Aérea Brasileira
FN-SUS	Fora Nacional do SUS
GESP	Gestão de Emergência de Saúde Pública
GESP	Gestão de Emergência de Saúde Pública
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organizao Mundial da Saúde
ONU	Organizao das Naoes Unidas
OPAS	Organizao Pan Americana de Saúde
OxCGRT	Oxford Covid-19 Government Response Tracker
PNI	Programa Nacional de Imunizao

PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
QBRN	Químico, biológico, radiológico e nuclear
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENAVEH	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSI 2005	Regulamento Sanitário Internacional de 2005
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 ESTADO DA ARTE	13
1.2 AS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .	13
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO	15
1.4 ESCOPO DA PESQUISA.....	16
1.5 PERCURSOS METODOLÓGICOS	18
2 EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO E ANTECEDENTES	24
2.1 HISTÓRICO DAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO	24
2.2 HISTÓRICO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)	27
3 HISTÓRICO DA ESTRUTURAÇÃO INSTITUCIONAL DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	35
4 A RESPOSTA DO GOVERNO FEDERAL DIANTE À EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL EM DECORRÊNCIA DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV).....	41
4.1 O SURGIMENTO DA COVID-19 E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO MUNDO.	41
4.2 A COVID-19 NO BRASIL E A CONDUÇÃO DO GOVERNO FEDERAL NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2020 A JANEIRO DE 2021	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	59
5.1 RESULTADO DAS NORMATIVAS FEDERAIS RELACIONADAS AS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19.	59
5.2 AS PRINCIPAIS NORMATIVAS FEDERAIS E SEUS EFEITOS NO ENFRENTAMENTO CONTRA A COVID-19.....	69
5.3 A RESPOSTA FEDERAL DO GOVERNO BRASILEIRO DIANTE A COVID-19 E A ESTRATÉGIA DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

1.1 ESTADO DA ARTE

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2, um vírus respiratório da família dos Coronavírus. Esse vírus apresenta alta transmissibilidade, o que resulta em um elevado número de casos e óbitos se não forem tomadas medidas não farmacológicas e medidas de prevenção (1, 2).

A doença foi detectada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019, e nos meses seguintes propagou-se pelos cinco continentes, sendo, então, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN) e uma pandemia (3).

No ano de 2020, ainda não havia vacinas para a doença, nem medicamentos eficazes. Além disso, por se tratar de uma nova doença, as recomendações de prevenção e profilaxia foram se atualizando conforme as descobertas da ciência. Dentre as recomendações estavam as medidas não farmacológicas individuais e comunitárias, como a utilização de máscaras e o distanciamento social, sendo mais eficaz a combinação de estratégias (4, 5). As medidas comunitárias são caracterizadas pela restrição ao funcionamento de atividades consideradas não essenciais. Como exemplo, temos a restrição de funcionamento de escolas e locais com aglomeração de pessoas (5).

Dessa maneira, os países ao redor do mundo, ao constatarem o aumento de casos e óbitos, decretaram o fechamento de serviços não essenciais com a finalidade de frear o contágio. Além disso, foi verificado que os países que adotaram medidas de distanciamento social tiveram um declínio da doença mais rápido do que aqueles que não utilizaram essa estratégia, uma vez que ocorre a diminuição da propagação do vírus, resultando no desafogamento dos serviços de saúde (6, 7).

1.2 AS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Covid-19 é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Esse conceito é proposto no novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), sendo descrito como:

“um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como:

(i) constituindo um risco para a saúde pública de outros Estados, devido à propagação internacional de doença; e

(ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada.”

Um evento, por sua vez, é definido como "a manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria potencial para a doença" (8).

Visto essas definições do RSI 2005, Hage (2008) pontua que um evento diz respeito à ocorrência dos danos e aos fatores de risco. Além disso, extrapolam o campo das doenças infecciosas, englobando "problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas" (9).

No Brasil, uma Emergência em Saúde Pública (ESP) possui esse aspecto amplo, sendo definida como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Uma ESP pode ser declarada em três situações: epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população (10, 11).

Tendo em vista os diversos eventos que configuram uma Emergência em Saúde Pública, é necessária a elaboração de políticas públicas para reduzir seus impactos na população e no ambiente. Também é necessário que haja uma resposta oportuna ao evento, com a finalidade de mitigar danos. Para isso, a União, os Estados e os Municípios, de forma tripartite e dentro de suas competências, devem garantir ações coordenadas e políticas públicas que abordem antes, durante e depois da ocorrência de um evento com potencial para se tornar uma ESP (9).

Esse processo é denominado Gestão de Emergências em Saúde Pública (GESP) e tem como objetivo a prevenção, preparação, mitigação e resposta aos eventos que se caracterizam como eventos de emergências em saúde pública, bem como a construção de capacidade de reconstrução e resiliência dos sistemas de saúde (12, 13).

No Brasil, existem vários programas e políticas de preparação e resposta às ESP em níveis municipal, estadual e federal. Essas políticas estão respaldadas pelo arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído com a promulgação da Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito universal e igualitário, tendo como diretrizes o atendimento integral, a participação da comunidade e a

descentralização (14). A Lei 8.080/90 regulamenta o SUS, fornecendo um maior detalhamento das diretrizes e princípios.

Em termos de arranjo organizativo, o SUS é regionalizado e hierarquizado, constituído pela União, representada pelo Ministério da Saúde, pelos Estados e Distrito Federal, representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretaria Distrital de Saúde, e pelos Municípios, por meio das Secretarias Municipais de Saúde. Esse arranjo tripartite estabelece atribuições comuns e competências específicas da União, dos Estados e dos Municípios, com um comando único em cada esfera de governo (15).

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Vimos que no Brasil, as ESP são caracterizadas por eventos que extrapolam a capacidade de resposta, demandando emprego urgente de medidas de preparação e resposta (16). Portanto, um evento ao caracterizar como uma ESP se torna um problema público, uma vez que causa adoecimento, incapacidades, perda de vidas e perdas econômicas.

O problema público surge quando algo incomoda determinados atores, e a Política Pública é a ação do governo para lidar com esse problema público. Existem diversas definições do que são políticas públicas, sendo a definição mais conhecida a de Laswell, que coloca que o papel das políticas públicas é responder a quem beneficia, quem perde, por que isso acontece e quais as implicações disso. Outros pesquisadores também trouxeram definições e conceitos sobre políticas públicas de saúde. Lynn (1980) as descreve como ações do governo que produzem efeitos específicos (17). Para Peters (1986), políticas públicas são as ações e atividades do governo que afetam direta ou indiretamente a vida dos cidadãos (18). Dye (1984) define uma política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer" (19). Já Mead (1995) descreve uma política pública como uma análise das respostas do governo a questões públicas (20, 21).

Ao longo do tempo, pesquisadores da área desenvolveram diversos modelos de formulação e análise de políticas públicas para explicar como um problema entra na agenda política, como as políticas são implementadas, monitoradas e analisadas. Entre os diversos modelos, destaca-se o ciclo de políticas públicas, que busca analisar as etapas das políticas públicas. Proposto em 1956 por Laswell, este modelo inclui sete etapas: "informação" (recolha

de dados); "iniciativa" (aprovação de medidas de política); "prescrição" (formulação de medidas, normas e regras); "invocação" (justificação e especificação dos benefícios e das sanções); "aplicação" (concretização das medidas); "avaliação" (avaliação do sucesso ou insucesso das decisões) e "cessação" (regras e instituições criadas no âmbito da política aprovada) (22).

Atualmente, as etapas consideradas incluem a definição de agenda (agenda-setting), formulação (policy formulation), tomada de decisão (decision making), implementação (implementation) e avaliação (evaluation), podendo resultar em sua extinção (termination) (23).

Quando um problema é identificado e considerado relevante por atores como burocratas, movimentos sociais, partidos políticos, mídia e outros interessados, ele se torna um objeto de ação do poder público. A partir desse ponto, ele passa a ser objeto de disputa, com os formuladores de políticas públicas decidindo se o problema será abordado ou não (24).

1.4 ESCOPO DA PESQUISA

O RSI 2005 foi acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde em 23 de maio de 2005 e foi normatizado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 395/2009. Este documento, que entrou em vigor em 2007, representa um marco importante para a prevenção, proteção, controle e resposta relacionados à propagação de doenças e agravos em âmbito mundial. Como signatário do RSI 2005, o Brasil tem responsabilidades e compromissos no fortalecimento da preparação e resposta a ESP. O Ministério da Saúde, como a autoridade sanitária brasileira e parte do SUS, tem a competência de formular e implementar políticas públicas relacionadas à preparação e resposta a ESP, em colaboração com os Estados e Municípios.

No âmbito federal, a política pública voltada para Emergências em Saúde Pública no Brasil é composta por diversas normativas, programas e ações do Ministério da Saúde. A Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990) aborda medidas de prevenção e controle de doenças e agravos, considerando essas ações como parte da vigilância epidemiológica. Essa lei também estabelece que:

"A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional."(25)

Isso demonstra o compromisso do Brasil em fortalecer sua capacidade de prevenção e resposta a emergências em saúde pública, tanto em nível nacional quanto em colaboração com os estados e municípios. A Política Nacional de Vigilância em Saúde, por sua vez, tem como diretriz a detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública, bem como a promoção de estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde. Dessa forma, a vigilância em saúde atua como coordenadora do processo de detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública em nível federal, estadual e municipal.

O Decreto 7.616/2011 dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), que ocorre em "situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública". Além disso, esse Decreto institui a Força Nacional do SUS (FN-SUS), um programa de cooperação voltado para a execução de medidas de prevenção, assistência e repressão em situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.

Com o surgimento da Covid-19, o Ministério da Saúde iniciou a implementação das ações de gestão de emergências em saúde pública conforme preconizado no Plano de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública. Foi instituído o Centro de Operações de Emergências em Saúde (COE-Saúde) em nível nacional, uma estrutura organizacional para coordenar e articular a resposta às ESP. No início, foram realizadas coletivas de imprensa para manter a população informada sobre as descobertas e recomendações científicas relacionadas à nova doença, além de atualizações diárias à imprensa e à população sobre a situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil e as ações do Ministério da Saúde em relação à mitigação, preparação e resposta à Covid-19.

No mês de março de 2020, com os primeiros casos confirmados, transmissão comunitária e óbitos por Covid-19 no Brasil, as ações do Ministério da Saúde tiveram que ser reforçadas. Naquele momento, as ações foram baseadas em recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) relacionadas a medidas não farmacológicas, como etiqueta respiratória, higienização das mãos e

distanciamento social. Essas medidas, preconizadas naquele momento e defendidas pelo Ministério da Saúde, abriram espaço para uma crise institucional entre o Ministério da Saúde e outros órgãos do Executivo Federal, especialmente a Presidência da República.

Desta forma, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa:

- a) Como é composta a política pública relacionada às Emergências em Saúde Pública no Ministério da Saúde? Por meio de quais normativas, programas e diretrizes essa política está estruturada?
- b) Como o Ministério da Saúde implementou essa política ao longo da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)?
- c) O Governo Federal implementou medidas não farmacológicas com o objetivo de reduzir a transmissão e a circulação da doença?

Tendo essas perguntas como motivadoras da construção da dissertação, temos como objetivo principal: Analisar as normativas do Governo Federal relacionadas às medidas não farmacológicas para o enfrentamento da Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

Como objetivos específicos temos:

1. Discutir à luz do referencial teórico a implementação de políticas públicas e das políticas de saúde.
2. Levantar o histórico e a discussão sobre as Emergências em Saúde Pública no contexto internacional, com ênfase nas Emergências em Saúde Pública de Importância Internacional.
3. Identificar as normativas, programas e ações do Ministério da Saúde relacionados à temática de Emergências de Saúde Pública e o escopo de atuação da pasta.
4. Analisar as normativas do Governo Federal relacionadas às medidas não farmacológicas para o enfrentamento da Covid-19.

1.5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para a realização da dissertação, foi utilizado o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, o primeiro ano da ESPII. Nessa fase da pandemia, não havia tratamentos farmacológicos eficazes nem vacinas para a Covid-19. No Brasil, a vacinação começou em 18 de janeiro de 2021. Assim, apenas as medidas não farmacológicas eram capazes de reduzir a transmissibilidade, o número de casos, internações e óbitos.

Quanto à metodologia, no Capítulo 1, relacionado à contextualização das Emergências em Saúde Pública, foi utilizada uma metodologia qualitativa descritiva. Para isso, foi realizado um levantamento de referencial teórico em três bases de pesquisa em saúde: Pubmed, Bireme e Scielo. O referencial teórico abordou o histórico das Emergências em Saúde Pública, com foco nas ESP de alcance global, e a contextualização da organização da resposta às ESP em nível mundial.

No Capítulo 2, denominado "histórico da estruturação institucional das emergências de saúde pública no âmbito do governo federal", realizou-se um levantamento da literatura cinza, ou seja, normativas e documentos do Governo Federal e do Ministério da Saúde relacionados à estruturação da temática de Emergências em Saúde Pública no âmbito do Ministério da Saúde brasileiro.

O Capítulo 3 descreve a resposta do Governo Federal e do Ministério da Saúde em relação à Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Como metodologia, realizou-se um levantamento na mídia via internet quanto aos acontecimentos e tomada de decisão do Governo Federal, para construir um fio histórico, bem como um levantamento das normativas relacionadas à Covid-19 no Brasil de maior destaque. Além disso, foram levantados documentos técnicos do Ministério da Saúde produzidos no período relacionados à preparação e resposta às Emergências em Saúde Pública, incluindo documentos técnicos do Ministério da Saúde relacionados à Covid-19.

No Capítulo 4, são apresentados os resultados e discussões. Neste capítulo, são analisadas a implementação de medidas não farmacológicas por parte do Governo Federal. Para isso, foram levantadas e analisadas as normativas federais relacionadas à Covid-19 e às medidas não farmacológicas. Essa análise foi escolhida como ferramenta, devido as normativas serem um instrumento institucional, que indicam a condução institucional do governo diante das políticas públicas.

Quadro 1 - Síntese dos capítulos da dissertação e a metodologia aplicada

Capítulo	Metodologia
Capítulo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia qualitativa descritiva; • Levantamento de referencial teórico em três bases de pesquisa em saúde: Pubmed, Bireme e Scielo.
Capítulo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento da literatura cinza; • Site do Ministério da Saúde e BVS.
Capítulo 3	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento de notícias e artigos da mídia; • Levantamento bibliográfico; • Levantamento dos principais documentos técnicos do Ministério da Saúde e de demais atores atuantes na pandemia; • Levantamento de normativas.
Capítulo 4	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento e análise as normativas federais relacionadas à Covid-19 e às medidas não farmacológicas; • Banco de dados do Palácio do Planalto - 463 normativas; • Categorização utilizada: Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT).

Elaboração própria

Um dos objetivos desse trabalho, foi realização da análise da utilização das medidas não farmacológicas pelo Governo federal. Para tal, foi realizado o levantamento das legislações federais relacionadas à Covid-19 no endereço eletrônico do Palácio do Planalto: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/quadro_portaria.htm. As análises foram realizadas no programa Excel e o período estipulado para essa análise foi de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. O tipo de normativas selecionadas para a análise são: Leis, Decretos, Medidas Provisórias e Portarias. O objetivo dessa análise é verificar quais normativas federais dizem respeito às medidas não farmacológicas de combate à Covid-19. Com esses critérios, foram selecionadas 463 normativas, sendo:

Quadro 2 - Total de normativas selecionadas a partir do banco de dados.

Tipo de normativa	2020	2021	Total Geral
Decreto	55	2	57
Emenda Constitucional	2	0	2
Instrução Normativas	15	0	15
Lei	53	1	54
Lei Complementar	2	0	2
Medida Provisória	78	1	79
Portaria	251	3	254
Total Geral	456	7	463

Fonte: Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/quadro_portaria.htm.

A partir desse total, as normativas foram analisadas, sendo excluídas aquelas que não possuem relação com as medidas não farmacológicas. Assim, e sistematizadas, utilizamos a categorização de índices proposta pela Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT). A OxCGRT fornece um conjunto sistemático de medidas transnacionais e longitudinais de respostas governamentais a partir de 1º de janeiro de 2020. A OxCGRT busca acompanhar a variação das respostas governamentais ao longo da crise, compara o nível de rigor das medidas governamentais definidas em 180 países, entre eles o Brasil. No estudo conduzido por Hale et al, a OxCGRT constava com 19 indicadores de fechamento e contenção, saúde e de políticas econômicas, que estão detalhados no quadro 3 (26).

Quadro 3 - Campos de atuação dos governos segundo classificação da OxCGRT.

ID	Nome
Contenção e fechamento	
C1	Fechamento de escolas
C2	Fechamento do local de trabalho
C3	Cancelamento de eventos públicos
C4	Restrições de tamanho de coleta
C5	Fechamento de transporte público

C6	Requisitos para ficar em casa
C7	Restrições ao movimento interno
C8	Restrições a viagens internacionais
Resposta econômica	
E1	Apoio ao rendimento
E2	Alívio da dívida/contrato para as famílias
E3	Medidas fiscais
E4	Apoio internacional
Sistemas de Saúde	
H1	Campanha de informação pública
H2	Política de testagem
H3	Rastreamento de contatos
H4	Investimento emergencial em saúde
H5	Investimento em vacinas COVID-19
H6	Coberturas faciais
H7	Política de vacinação
Diversos	
M1	Outras respostas

Fonte: Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT).

Foram selecionadas neste estudo, as normativas que dizem respeito aos itens C1 a C8, H2, H3 e H6, conforme detalhado no quadro a seguir:

Quadro 4 - Itens considerados para a categorização dos resultados.

ID	Nome
C1	Fechamento de escolas
C2	Fechamento do local de trabalho
C3	Cancelamento de eventos públicos
C4	Restrições de tamanho de coleta
C5	Fechamento de transporte público
C6	Requisitos para ficar em casa

C7	Restrições ao movimento interno
C8	Restrições a viagens internacionais
H2	Política de testagem
H3	Rastreamento de contatos
H6	Coberturas faciais

Fonte: Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT).

2 EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO E ANTECEDENTES

2.1 HISTÓRICO DAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO

Epidemias e pandemias sempre estiveram presentes no mundo, sendo relatadas na antiguidade como as “pestes”. As epidemias de maior importância, destacadas por historiadores ao longo da história, são a peste de Atenas, no ano de 428 a.C, relatada com detalhes no livro História da Guerra do Peloponeso, de Tucídides, a peste de Siracusa, no ano de 396 a.C, que dizimou o exército da região, a peste Antonina, no século II d.C e descrita por Galeno, a peste do século III, que ocorreu entre os anos de 251 a 266 d.C, que devastou o Império Romano, a peste Justiniana, que ao chegar em Constantinopla em 542 d.C causou cerca de 10 mil mortes por dia, e a Peste Negra, no século XIV, que foi a maior epidemia já registrada na história, com aproximadamente 24 milhões de mortos nos países do oriente e um terço da população foi dizimado na Europa (27, 28).

No século XV, os autores Costa e Merchan-Hamann (2016) descrevem em seu trabalho eventos ocasionados pelo agente etiológico do vírus da Influenza, que afetaram de maneira significativa o mundo, principalmente nos períodos próximos à 1ª e 2ª Guerras Mundiais (29). Destacamos a pandemia de Gripe Espanhola, que ocorreu de 1918 a 1920, a Gripe Asiática, entre 1957 e 1960, a Pandemia de 1968 e 1969, denominada a Gripe de Hong Kong, e a Epidemia de 1977 a 1978, denominada Gripe Russa. Esse vírus possui alta capacidade de mutabilidade, adaptação e alta transmissibilidade, o que resulta em maior morbimortalidade, tornando-os eventos de grande importância para a saúde pública mundial (30).

Considerando a história recente, o mundo presenciou eventos de alcance global e rápida disseminação. Além das emergências de cunho transmissível, também foram evidenciados desastres de grande magnitude, com grande impacto e alta mortalidade. Na década de 80, surgiu uma nova doença fatal que logo se configurou como uma pandemia. No ano de 1981, foram reportados nos Estados Unidos da América (EUA) casos de *Pneumocystis carinii* em cinco jovens. Posteriormente, seu causador foi descoberto como o vírus da imunodeficiência (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (31). Desde então, o HIV/AIDS tornou-se uma preocupação global, tendo infectado 79,3 milhões de pessoas desde o início da pandemia, causando 36,3 milhões de mortes (32).

Na década de 90, os eventos intencionais entraram na agenda de discussão internacional. Dois eventos terroristas com o neurotóxico sarin contra civis no Japão em 1994 e 1995 deixaram dezenas de mortos e milhares de vítimas (33). Nos anos 2000, a questão de eventos terroristas se agravou. Em 11 de setembro de 2001, ocorreram simultâneos ataques terroristas nos EUA. Cerca de 2.753 pessoas morreram nos ataques ao World Trade Center, os hospitais da cidade de Nova York entraram em colapso, e o governo dos EUA impôs restrições ao país. Em outubro deste mesmo ano, envelopes contendo esporos de *B. anthracis* foram enviados por meio postal do país, ocasionando 18 casos confirmados de antraz e 4 casos suspeitos (34).

Em 2002, novamente surge uma doença de origem desconhecida, agora com os primeiros casos na província de Guangdong, China. Com início em novembro, a doença rapidamente se disseminou, e foi posteriormente caracterizada como uma pandemia. O vírus foi caracterizado como um novo coronavírus, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). Esse evento evidenciou a facilidade da propagação internacional, uma vez que 26 países foram rapidamente afetados (9).

Em 2005, o furacão Katrina atingiu Nova Orleans nos Estados Unidos, resultando em danos significativos para a população e a economia. Estima-se que o custo tenha sido de US\$ 108 bilhões, além de deslocamentos populacionais. Mais de 1.500 pessoas morreram e várias outras ficaram desaparecidas. Apesar das lições aprendidas com eventos anteriores, como o ataque terrorista de 2001, o Congresso Nacional considerou que o enfrentamento das consequências desse desastre foi insuficiente (35).

Em fevereiro de 2009, uma nova pandemia, produzida pelo vírus influenza H1N1, foi reconhecida como a primeira Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), após a vigência do RSI 2005. Inicialmente, as estimativas de gravidade foram altas, baseadas em um estudo no México que relatava uma letalidade de 41% no início da pandemia. No entanto, essas estimativas não se confirmaram, e projeções posteriores situaram o número de mortes entre 123.000 e 395.600. O Brasil também foi seriamente afetado pela pandemia, com 50.482 casos graves e 2.060 óbitos confirmados até o final de 2009 (36, 37).

No ano seguinte à pandemia de H1N1, ocorreu um desastre de grande impacto e grandes proporções nas Américas. Em janeiro de 2010, um terremoto de grande magnitude atingiu o Haiti, devastando a capital, Porto Príncipe. O desastre afetou diretamente mais de 2 milhões de pessoas, resultando em uma estimativa de 300 mil mortes e centenas de milhares de feridos.

Muitos haitianos foram forçados a viver em abrigos, enquanto outros se deslocaram para áreas vizinhas, agravando a escassez de alimentos e serviços básicos. O terremoto também causou danos generalizados a residências, escolas, hospitais e infraestrutura pública, exacerbando a vulnerabilidade socioambiental preexistente no país devido à precária capacidade de governo e problemas sociais, econômicos e ambientais (38, 39).

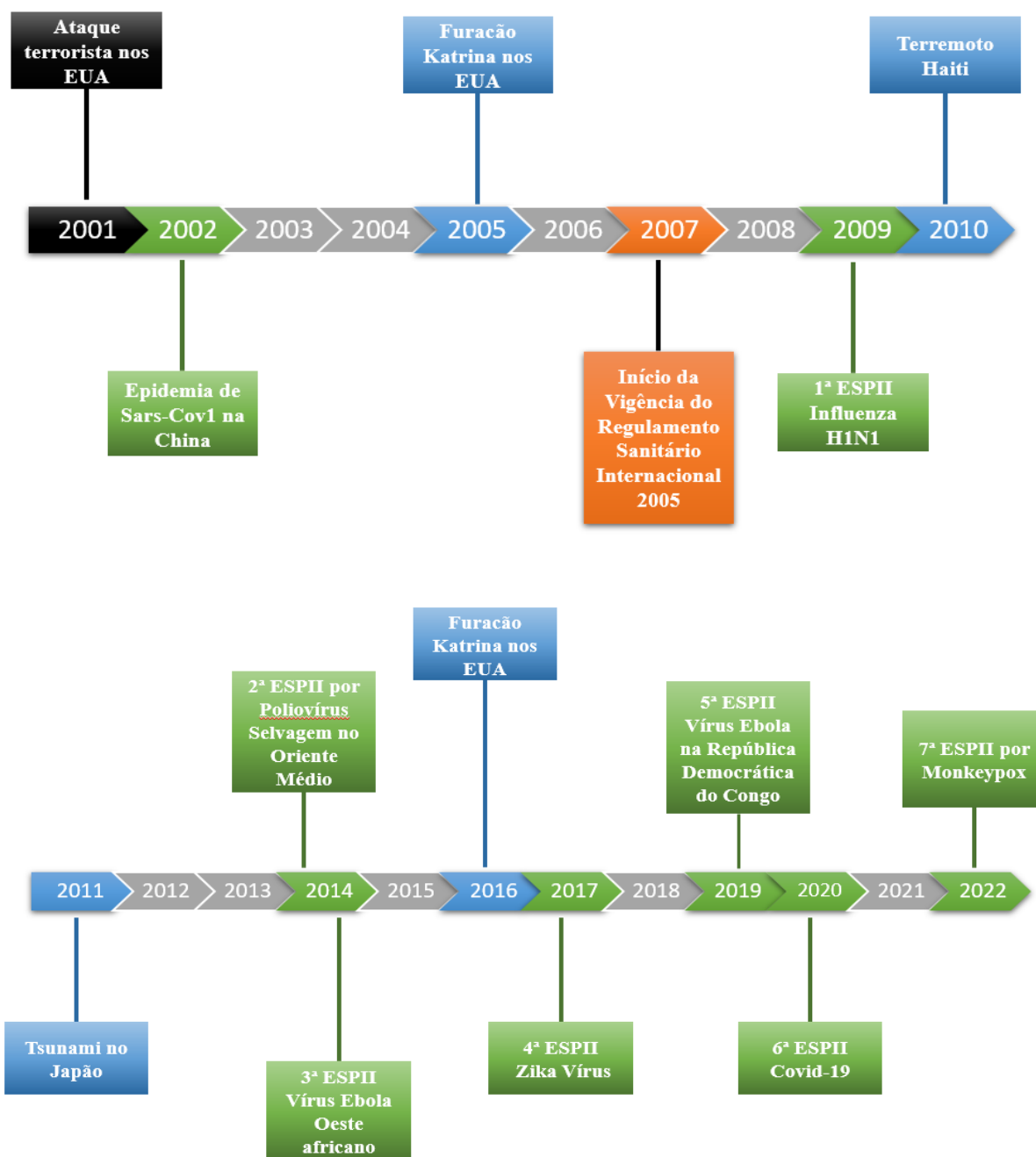
Em março de 2011, o mundo presenciou outro desastre de grande impacto, desta vez, de origem nuclear, que assolou a cidade de Fukushima, no Japão. Um tsunami ocasionou o derretimento em três turbinas na Central Nuclear de Fukushima. Esse incidente resultou na liberação de uma quantidade significativa de material radioativo, tornando-se o maior desastre nuclear desde o acidente de Chernobil em 1986. Estima-se que 18.500 pessoas tenham falecido e cerca de 200 mil tenham sido atingidas. O evento levou alguns países a rever urgentemente os sistemas de segurança de suas centrais de produção de energia nuclear (40, 41).

A epidemia do vírus Ebola na África Ocidental, que teve início no final de 2013, foi a mais abrangente dessa doença na história, causando uma grande perda de vidas e questões de ordem socioeconômica na região. Ela teve início na Guiné e se espalhou rapidamente para Libéria e Serra Leoa. Teve uma taxa de letalidade de 40%, com 28.616 pessoas infectadas e 11.310 mortes. O número de trabalhadores de saúde e assistência mortos foi elevado. Com medidas de saúde pública, particularmente o uso de equipamentos de proteção individual e envolvimento comunitário, o surto de Ebola chegou ao fim em 2016 (42, 43).

Além disso, durante esse período, epidemias de febre do Chikungunya e infecção pelo vírus Zika ocorreram nas Américas, especialmente no Brasil, causando graves consequências, como síndromes neurológicas e alterações congênitas associadas ao vírus Zika. A epidemia do Zika foi declarada uma emergência de saúde pública de importância internacional pela OMS (44, 45).

Já no ano de 2020, foi declarada uma ESPII devido à Covid-19, sendo considerada a maior pandemia da atualidade, trazendo desafios globais relacionados à assistência aos doentes e à transmissão da doença. Só no Brasil, houve mais de 700 mil óbitos e mais de 37 milhões de casos (46). Logo em 2022, foi declarada a sétima ESPII, desta vez devido à Monkeypox. A OMS e os países deram uma resposta oportuna (47).

Figura 1 - Linha do tempo das principais ESP de 2000 a 2022.



Elaborado com base em Wilder-Smith A, Osman S., 2020.

2.2 HISTÓRICO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)

Como já mencionado, as epidemias fizeram parte da história mundial. Assim, as tentativas de reduzir a transmissibilidade, bem como os danos à saúde humana, transporte e

comércio também foram discutidas entre os países e transformadas em acordos internacionais. A 1ª Conferência Sanitária Internacional ocorreu em Paris, no ano de 1851, com o objetivo de alcançar um consenso sobre as diretrizes essenciais da quarentena marítima, com o propósito de fornecer serviços cruciais ao comércio e à navegação, ao mesmo tempo assegurando a proteção da saúde pública (48). Outras 2 (duas) Conferências ocorreram em 1892, com o objetivo de conter a transmissão da cólera, e em 1897, para o controle da praga (49).

Ainda no fim do século XIX, a América Latina e os Estados Unidos da América presenciaram uma grave epidemia de Febre Amarela que rapidamente foi disseminada pelo comércio marítimo e deixou cerca de 35 (trinta e cinco) mil mortos. Assim, em 02 de dezembro de 1902, ministros da saúde de 11 (onze) países estiveram presentes em Washington - EUA, para a 1ª Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Nesta convenção, foi criado o Escritório Sanitário Internacional, que em 1947 se tornaria a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 13 de agosto de 1924, foi firmado em Havana - Cuba o Código Sanitário Pan-Americano, ratificado por 14 (quatorze) países das Américas (50).

O objetivo deste documento, assim como os demais à época, era evitar a propagação internacional de doenças e de infecções, estimular a adoção de medidas com a finalidade de evitar a propagação de doenças e agravos, uniformização de dados de saúde e uniformização de medidas de saúde nos pontos de entrada dos países (51).

No ano de 1945, na Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional, Brasil e China propuseram a criação de uma nova organização internacional de saúde, de caráter (52). Após anos de discussão, a Constituição da OMS entra em vigor no dia 7 de abril de 1948, tendo a ratificação da participação de 26 (vinte e seis) dos 61 (sessenta e um) países membros (53). A OMS é uma agência especializada ligada à Organização das Nações Unidas (ONU) e tem como objetivo direcionar e coordenar a saúde internacional, proporcionando uma melhora da saúde mundial (54).

A OMS teve um importante papel nas décadas seguintes, tanto para a erradicação de doenças quanto para a revisão de documentos voltados a uma regulamentação sanitária global. Em 1951, na 4ª Assembleia Geral da ONU, foram adotadas as recomendações do Comitê do RSI, com procedimentos sanitários frente às doenças e agravos, movimentação populacional e aeroportos, com o objetivo principal de coibir a disseminação de doenças (55).

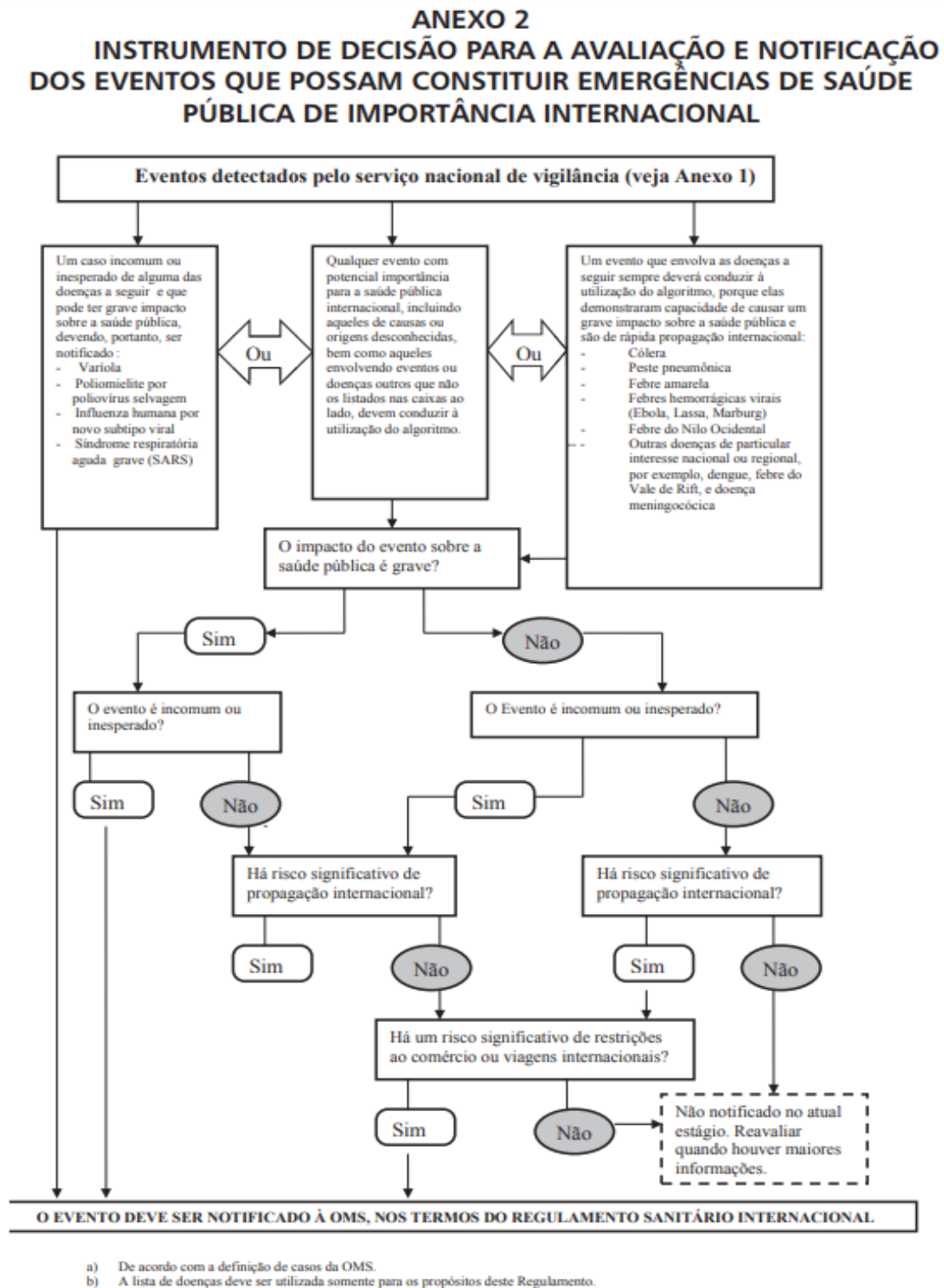
Em 1969, um novo RSI foi assinado pelos estados-membros e posteriormente alterado em 1973 e 1981. O objetivo do RSI é garantir a máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com uma interferência mínima no tráfego mundial (56). Nesta versão de 1969, 7 (sete) doenças infecciosas eram monitoradas, e havia a necessidade de notificação compulsória à OMS: cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo (57).

Com o passar dos anos e com um processo de globalização acentuado, houve mudanças significativas na circulação das pessoas ao redor do mundo, resultando em uma mudança no padrão das doenças e agravos, bem como no surgimento de novas doenças e um maior risco de transmissibilidade. Para se adequar a esses processos globais, o RSI de 1969 sofreu algumas alterações em 1973 e 1981, que não foram suficientes para o contexto vigente. Devido às novas necessidades da comunidade sanitária internacional, iniciou-se o processo de revisão do RSI em 1995, visando adequar o documento a uma nova realidade mundial (57).

Após 10 (dez) anos de discussões, o RSI 2005 foi instituído, estabelecendo conceitos e instrumentos mais adequados para o mundo vigente. O RSI traz duas definições importantes para a comunidade internacional, que são a "Emergência em Saúde de Importância Internacional" e a caracterização de um "Evento". A ESPII é "um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública de outros Estados, devido à propagação internacional de doença e também por potencialmente exigir uma resposta internacional coordenada". Já um "Evento" pode ser caracterizado por "uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresenta potencial para causar doença" (58).

Como instrumento prático de análise de risco, o RSI em seu anexo 2 traz um instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir uma ESPII (Figura 2). Ou seja, é com base no fluxo desse instrumento que um evento potencial é notificado à OMS.

Figura 2 - Instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional.



O RSI entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007, e desde então foram declaradas 7 (sete) ESPII.

Quadro 5 - ESPII declaradas após a vigência do RSI 2005.

Causa da ESPII	Ano de declaração	Fim da declaração
H1N1	25/4/2009	10/08/2010
Poliovírus	05/05/2014	Ainda vigente
Ebola	08/08/2014	29/03/2016
Zika	01/02/2016	18/11/2016
Ebola (RDC)	17/07/2019	26/06/2020
Covid-19	30/01/2020	05/05/2023
Monkeypox	25/07/2022	11/05/2023

Fonte: Wilder-Smith A, Osman S, 2020.

Ao longo desse período, os países membros tiveram que se adequar às novas responsabilidades para o fortalecimento do monitoramento, preparação e resposta às ESP (59). O próprio RSI 2005 aponta as capacidades básicas para vigilância e resposta, em seu Anexo 1, e as capacidades básicas necessárias para portos, aeroportos e fronteiras terrestres, presentes no Anexo 2 do documento (58). Dentre as capacidades básicas para a resposta às ESP, o RSI divide em comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública, níveis intermediários de resposta em saúde pública e nível nacional. O nível local e intermediário, no Brasil compreendido pelos Municípios e Estados, respectivamente, são responsáveis pela detecção do evento, repasse das informações para o nível federal e emprego das medidas de controle (quadro 6). Já o nível Federal, é responsável pela avaliação do evento, notificação à OMS, determinação de medidas de controle, apoio especializado, apoio operacional e articulação com outros atores (quadro 7) (58).

Quadro 6 - Capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta do nível local e intermediário, segundo o Anexo 1 do RSI 2005.

Níveis	Tipos de capacidades
Comunidade local e/ou nível primário	Detectar eventos que apresentem níveis de doença ou óbito acima dos esperados para aquele dado tempo e local, em todo território do Estado Parte
	Repassar imediatamente todas as informações essenciais disponíveis ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde. No nível comunitário, a notificação será feita às instituições locais de atenção à saúde ou aos profissionais de saúde apropriados. No nível primário de resposta em saúde pública, a notificação será feita aos níveis intermediário ou nacional de resposta, dependendo das estruturas organizacionais. Para os fins deste Anexo, informações essenciais incluem as seguintes: descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, número de casos humanos e óbitos, condições que afetem a propagação da doença e as medidas de saúde empregadas
	Implementar imediatamente medidas preliminares de controle.
Nível intermediário	Confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controle
	Avaliar imediatamente o evento notificado e, se considerado urgente, repassar todas as informações essenciais ao nível nacional. Para os fins deste Anexo, os critérios de urgência incluem impacto grave sobre a saúde pública e/ou natureza incomum ou inesperada, com alto potencial de propagação

Fonte: Regulamento Sanitário Internacional (2005). p 58-60.

Quadro 7 - Capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta do nível federal, segundo o Anexo 1 do RSI 2005.

Tipos de capacidades	Objetivo
Avaliação e notificação	Avaliar todas as informações de eventos urgentes num prazo máximo de 48 horas;
	Notificação imediata à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, quando a avaliação indicar que o evento é de notificação compulsória;
Resposta de saúde pública	Determinar rapidamente as medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional;
	Prestar apoio, por meio de pessoal especializado, análise laboratorial de amostras e assistência logística (por exemplo, equipamentos, material de consumo e transporte);
	Prestar assistência no local, conforme necessidade, para complementar as investigações locais;
	Fornecer um elo operacional direto com as autoridades superiores de saúde e de outras áreas, a fim de aprovar rapidamente e implementar medidas de contenção e controle;
	Fornecer contato direto com outros Ministérios relevantes;
	Fornecer, pelos meios de comunicação mais eficientes disponíveis, contato com hospitais, clínicas, portos, aeroportos, passagens de fronteiras terrestres, laboratórios e outras áreas operacionais chave para a disseminação de informações e recomendações recebidas da OMS referentes a eventos no território do Estado Parte e nos territórios de outros Estados Partes
	Estabelecer, operacionalizar e manter um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo a criação de equipes multidisciplinares/multisetoriais para

	responder a eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional e fornecer todas as capacidades acima durante 24 horas por dia
--	--

Fonte: Regulamento Sanitário Internacional (2005). p 58-60.

3 HISTÓRICO DA ESTRUTURAÇÃO INSTITUCIONAL DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Na década de 1970, tiveram importantes marcos para a estruturação da Vigilância Epidemiológica no Brasil. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), contendo normativas quanto à ação da vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a notificação compulsória de doenças (22). O Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) foi criado em 1984, sendo responsável pela coordenação do SNVE, fazendo parte da Fundação Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde. No mês de junho de 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que veio a substituir o CENEPI. Essa mudança representou um grande avanço, pois uma vez elevada ao status de secretaria, a Vigilância em Saúde foi colocada como uma área de prioridade para o governo (60). Nessa nova configuração, a SVS passa a concentrar as equipes técnicas das doenças transmissíveis, laboratórios de saúde pública, Programa Nacional de Imunização e Instituto Evandro Chagas (61). Ainda em 2003, foi instituído o Comitê Técnico para elaboração do Plano de Preparação para a Pandemia de Influenza no Brasil, constituído por várias áreas do Ministério da Saúde e outras instituições (62).

Em 1998, devido a um surto de doença renal desconhecida no Município de Nova Serrana, Minas Gerais, o Centro Nacional de Epidemiologia solicitou apoio ao Centers for CDC para a investigação do caso, uma vez que no Brasil não havia profissionais epidemiologistas que conduzissem a investigação de surto. Então, com base no Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo (Field Epidemiology Training Program – FETP) do CDC, foi criado em 31 de julho de 2000 o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS), com apoio do CDC (63). O EpiSUS consiste em um programa de treinamento em serviço de saúde, com dedicação exclusiva de 2 (dois) anos, totalizando 3.600 horas, e tem como objetivo fortalecer a capacidade de resposta às ESP nos 3 (três) níveis de gestão do SUS (64).

Em 2007, o RSI 2005 entrou em vigor, portanto, cada país signatário foi incentivado a estabelecer um Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (PFN-RSI), e a SVS do Ministério da Saúde foi designada para essa atuação. Sendo assim, a SVS/MS coordena a preparação e a resposta das ações de vigilância em saúde, em uma ESPIN e ESPII,

bem como a cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública, quando solicitado (59).

Visto a necessidade do Ministério da Saúde dispor de informações estratégicas e atualizadas para a identificação de emergências em saúde pública de relevância nacional, em 2005, é instituído o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (CIEVS), pela Portaria nº 30 de 7 de julho de 2005, que tem a finalidade de: “Fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados.” (28). Portanto, estão dentre as competências do CIEVS, o desenvolvimento de atividades de manejo de crises, a atuação no monitoramento do sistema de vigilância em saúde, e articulação do monitoramento do alcance de metas e análise de tendências de indicadores estratégicos de pactuação em vigilância em saúde e o monitoramento de indicadores epidemiológicos estratégicos (65).

Em janeiro de 2011, o país assistiu a um dos maiores desastres brasileiros, na Região Serrana do Rio de Janeiro, que culminou em 918 (novecentos e dezoito) óbitos e mais de 30 (trinta) mil pessoas desalojadas e/ou desabrigadas, devido às fortes chuvas que acarretaram deslizamentos de terra (66).

Neste mesmo ano, o Governo Federal tomou uma série de medidas com a finalidade de prevenir e preparar o país para os desastres, como a criação do Centro Nacional de Monitoramento e Alerta de Desastres (CEMADEN) e reformulação de políticas públicas relacionadas à Proteção e Defesa Civil (66). Na saúde, foi criada a Força Nacional do SUS (FN-SUS) e regulamentada a normativa sobre Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), por meio do Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011, regulamentado pela Portaria nº 2.952 de 14 de dezembro de 2011. Segundo a normativa, uma ESPIN é uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. A ESPIN pode ser declarada pela ocorrência de eventos epidemiológicos, desastres ou então de desassistência à população (67).

Neste mesmo decreto, é instituída a Força Nacional do SUS, um programa de cooperação com Estados e Municípios, voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. O programa prevê equipes assistenciais de saúde, compostas por profissionais

servidores ou empregados públicos, voluntários ou pessoal contratado temporariamente, para atuar, em conjunto com Estados, Municípios e instituições, na preparação e resposta no âmbito assistencial às ESP (67).

Também em 2011, foi finalizada a implementação das capacidades básicas de vigilância e resposta às emergências em saúde pública no Brasil, de acordo com o preconizado pelo Anexo 1 do RSI. Este fato foi comunicado na Assembleia Mundial da Saúde da OMS no ano de 2012 (68).

Tendo o Brasil sido escolhido em 2007 para sediar a Copa das Confederações em 2013 e a Copa do Mundo em 2014, foi instituído em 2011 um Grupo de Trabalho para a preparação das ações de saúde (69). Este evento e outros que surgiram nos anos posteriores colocaram como pauta a preparação do setor saúde frente aos eventos internacionais de grande magnitude e trouxeram para a agenda do Ministério da Saúde a necessidade de políticas públicas de preparação e resposta do setor saúde para uma possível ocorrência de eventos intencionais, classificados como eventos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QBRN) (69).

Nesse contexto, no ano de 2014, a SVS/MS implementou o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, que "define a estratégia de atuação da SVS na resposta às ESP que superem a capacidade de atuação das esferas estadual e municipal e estabelece uma atuação coordenada no âmbito da secretaria, bem como suas responsabilidades e ferramentas para a gestão de ESP, incluindo protocolos e procedimentos para a resposta" (70). Posteriormente, foram elaborados planos de contingência para eventos com potencial para se tornarem uma ESP, como medida de preparação e resposta.

Em 2018, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) foi publicada, tendo uma de suas diretrizes a detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública, observando o RSI, e promovendo estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde (71).

Em maio de 2019, com a reestruturação do MS pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, foi criada a Coordenação Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP), no Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), situados na SVS. Nessa nova configuração, a CGEMSP é composta pelo CIEVS, Vigidesastres, Vigilância epidemiológica hospitalar (VEH) e Epibus. Desta forma, a preparação, resposta e capacitação às ESP ficam concentradas em uma só coordenação,

otimizando e aprimorando os processos para uma gestão em ESP mais oportuna e resolutiva (72).

Em outubro de 2020, durante a pandemia da Covid-19, foi anunciada a criação, no âmbito da SVS/MS, do Programa de Vigilância, Alerta e Resposta, o Vigiar, com o intuito de aumentar e fortalecer a capacidade de vigilância, alerta e resposta do SUS. O programa possui 8 (oito) eixos estratégicos, descritos no Quadro 8, compreendidos em ações de:

- 1 - Fortalecimento da rede de Laboratórios Centrais;
- 2- Estudo de prevalência de Covid-19 no Brasil;
- 3- Imunização para Covid-19;
- 4- Equipes de pronta-resposta;
- 5- Rede Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs);
- 6- Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);
- 7- Vigilância sentinela das síndromes respiratórias; e
- 8 - Serviço de verificação de óbito (73).

Quadro 8 - Eixos de fortalecimento e atuação do Programa Vigiar-SUS.

Eixos	Descrição
Eixo 1: Rede Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs)	Ampliação e fortalecimento para resposta coordenada dos Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs). As unidades são responsáveis pela inteligência epidemiológica de detecção, verificação, avaliação, monitoramento e comunicação de risco imediata de potenciais emergências em saúde pública. A expectativa é aumentar o número de unidades de 55 (cinquenta e cinco) para 129 (cento e vinte e nove) com um investimento de R\$ 129 (cento e vinte e nove) milhões. Os recursos poderão ser utilizados em tecnologias, equipamentos e qualificação de profissionais.
Eixo 2: Equipes de pronta-resposta	Programa de Treinamento de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS com equipes de pronta resposta às emergências em saúde pública para Covid-19. A iniciativa conta com um investimento de R\$ 156 (cento e cinquenta e seis) milhões e a expectativa é ultrapassar a meta do Regulamento Sanitário Internacional de 1 epidemiologista de campo para cada 200 (duzentos) mil habitantes.

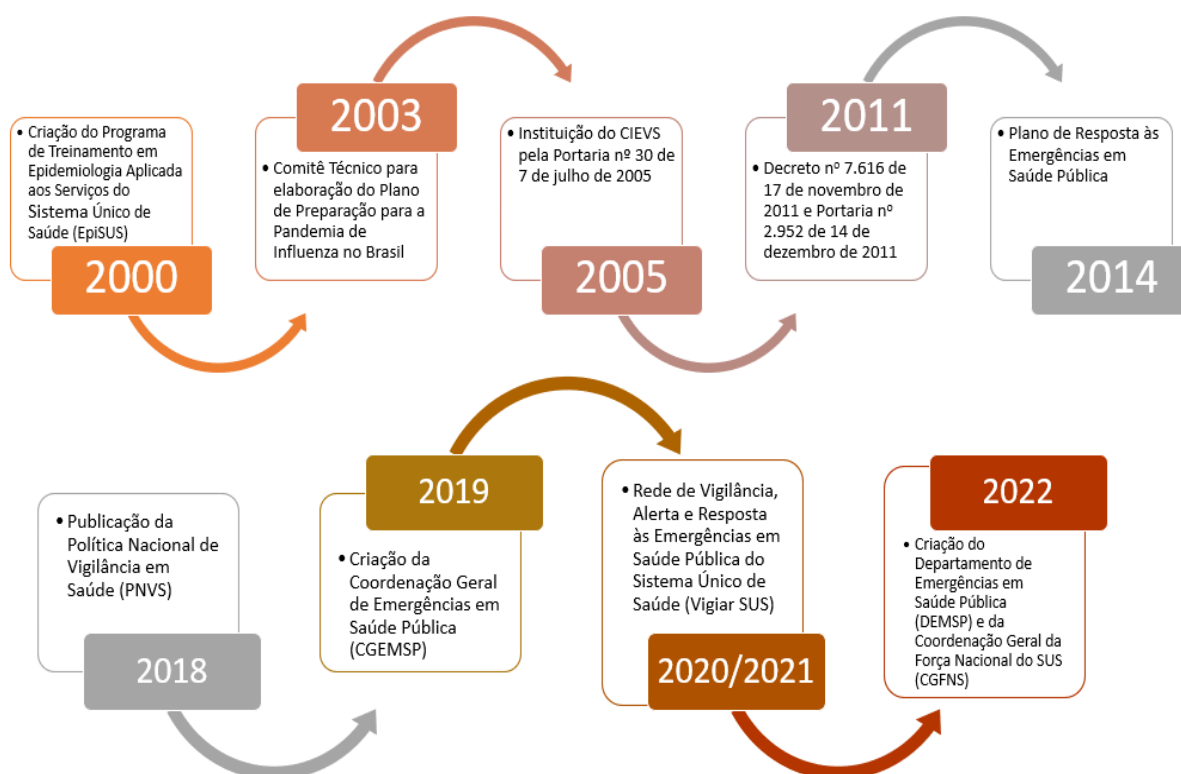
<p>Eixo 3:</p> <p>Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RenaVEH)</p>	<p>Ampliação e fortalecimento para respostas integradas à Covid-19 na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RenVEH). A rede é composta por Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), responsáveis por operacionalizar a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e a previsão é ampliar de 238 (duzentos e trinta e oito) para 675 (seiscentos e setenta e cinco). Um investimento de R\$ 230 (duzentos e trinta) milhões.</p>
<p>Eixo 4:</p> <p>Vigilância sentinela das síndromes respiratórias</p>	<p>Ampliação e fortalecimento da vigilância de síndromes respiratórias por meio da Vigilância Sentinela de Síndromes Respiratórias. Os locais são responsáveis por detectar os vírus que estão em circulação no Brasil, identificar precocemente eventos de saúde pública e investir em pesquisas para vacinas, soros e medicamentos. A expectativa é ampliar de 238 (duzentos e trinta e oito) para 367 (trezentos e sessenta e sete) unidades garantindo no mínimo 2 (duas) unidades por Macrorregião de Saúde.</p>
<p>Eixo 5:</p> <p>Imunização para Covid-19</p>	<p>Fortalecimento dos serviços de imunização para resposta segura e coordenada à Covid-19. A ideia é garantir a qualidade e segurança dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o momento da oferta à população brasileira, na sala de imunização e nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) ou em operações de campo.</p>
<p>Eixo 6:</p> <p>Serviço de verificação de óbito</p>	<p>Fortalecimento dos serviços de verificação de óbitos decorrentes da Covid-19. O serviço permite identificar precocemente possíveis riscos à saúde emergentes (já conhecidos ou inusitados), bem como casos de doença nova em determinado local. Com o programa, o objetivo é fortalecer 43 (quarenta e três) dos serviços já habilitados no contexto da Covid com a cobertura de 2.639 (dois mil seiscentos e trinta e nove) municípios, além de aquisição de insumos, suprimentos e produtos, capacitação de equipes, implementação de novas técnicas diagnósticas (autópsia minimamente invasiva) e adequação para maior proteção a usuários e prestadores de serviços.</p>
<p>Eixo 7:</p> <p>Fortalecimento da rede de Laboratórios Centrais</p>	<p>Ampliação e qualificação da capacidade dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) para resposta à Covid-19 e toda a rede de vigilância laboratorial, fortalecendo serviços de detecção e investigação de surtos, estudos de prevalência do vírus e monitoramento.</p>
<p>Eixo 8:</p> <p>Estudo de prevalência de Covid-19 no Brasil</p>	<p>Inquérito epidemiológico. Estimar a prevalência da infecção por Sars-CoV-2 nas capitais, unidades federadas e regiões. A ideia é obter dados sobre a prevalência da doença no Brasil, possibilitando conhecer a dinâmica no território nacional para adoção das medidas de prevenção, contenção e controle. Um investimento de R\$ 204 (duzentos e quatro) milhões.</p>

Fonte: Governo Federal. Programa Vigiar SUS é lançado pelo Ministério da Saúde (2020).

No ano seguinte, o Programa Vigiar foi normatizado pela Portaria nº 1.802 de 03 de agosto de 2021. Seu objetivo é o fortalecimento e ampliação da capacidade de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública, estabelecer estratégias de resposta coordenada às ESP e integração com os Estados, Municípios, Distrito Federal e instituições públicas e privadas, realizar detecção oportuna de mudanças no cenário epidemiológico, com alerta imediato às instâncias de gestão do SUS, desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos causados por surtos, epidemias e pandemias, e promover ações oportunas para interromper, mitigar ou minimizar os efeitos de surtos, epidemias e pandemias na saúde da população (74).

Em junho de 2022, o Decreto 11.098/2022 inclui no regimento interno do MS o Departamento de Emergências em Saúde Pública (DEMSP), composto pela CGEMSP e pela Coordenação Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância (CGCIEVS). Esse Decreto também recria a Coordenação Geral da Força Nacional do SUS (CGFNS) (75)

Figura 3 - Linha do tempo das políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas às Emergências de Saúde Pública.



Elaboração própria.

4 A RESPOSTA DO GOVERNO FEDERAL DIANTE À EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL EM DECORRÊNCIA DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV)

4.1 O SURGIMENTO DA COVID-19 E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO MUNDO

Ao final de dezembro de 2019, identificou-se em Wuhan, China, um surto de pneumonia inespecífica, inicialmente observado em pacientes que estiveram em um mercado de frutos do mar. Os sintomas consistiam em febre, tosse seca, fadiga e, em alguns casos, sintomas gastrointestinais (76, 77).

Logo, essa doença se espalhou pela China, e em 31 de dezembro de 2019, o escritório da OMS na China captou um rumor sobre uma "pneumonia viral" em Wuhan. Prontamente, esse evento foi notificado ao ponto focal do PSI, e diversas autoridades mundiais entraram em contato com a OMS para obter mais informações (78).

Ainda em janeiro, várias províncias e cidades chinesas apresentaram uma grande disseminação da doença, que se espalhou pelo continente asiático rapidamente. Em 26 de janeiro de 2020, já havia 2.798 casos confirmados em doze países de quatro continentes (80). Assim, a OMS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020 (79). Em 11 de março de 2020, a epidemia de SARS-CoV-2, vírus responsável por causar a "coronavirus disease-2019" (COVID-19), foi elevada ao status de pandemia (80).

Uma vez que a nova doença ainda não tinha medicamento ou vacina disponível, em março, diversos países iniciaram a implementação de medidas de restrição em suas populações como forma de conter a propagação do vírus. Essas medidas incluíram o lockdown, ou isolamento total, a quarentena e o distanciamento social (81).

O isolamento é uma medida que visa separar indivíduos doentes daqueles que não estão infectados, com o propósito de minimizar o risco de transmissão de doenças. Para que o isolamento seja eficaz, é importante que a detecção de casos ocorra de forma precoce e que a transmissão do vírus por pessoas assintomáticas seja insignificante. No caso da Covid-19, que apresenta um período de incubação mais longo em comparação com outras doenças virais, a alta taxa de transmissão por indivíduos assintomáticos limita a eficácia do isolamento como a

única ou a principal medida de contenção. Há evidências de que pessoas assintomáticas ou com sintomas leves do SARS-CoV-2 possuem carga viral semelhante àquelas com sintomas evidentes. Nesse sentido, a aplicação em larga escala de testes diagnósticos, como adotado em diversos países, a exemplo da Alemanha e da Coreia do Sul, é fundamental para a eficácia do isolamento (82, 83, 84)

Já a quarentena é uma medida que envolve a restrição de movimentação de pessoas que se suspeita terem sido expostas a uma doença contagiosa, mesmo que não apresentem sintomas, seja por não terem sido infectadas e estarem no período de incubação ou permanecerem assintomáticas, como ocorre na Covid-19, o que dificulta a identificação. A quarentena pode ser implementada em nível individual ou em grupos, com as pessoas expostas permanecendo em suas residências, instituições designadas ou outros locais específicos. Ela pode ser de natureza voluntária ou compulsória e, durante o período de quarentena, é essencial monitorar continuamente os indivíduos quanto ao surgimento de sintomas. Se algum sintoma se manifestar, as pessoas devem ser prontamente isoladas e tratadas. A eficácia da quarentena é mais evidente em situações nas quais a identificação de casos ocorre rapidamente, e os contatos podem ser rastreados e identificados em um curto espaço de tempo (83).

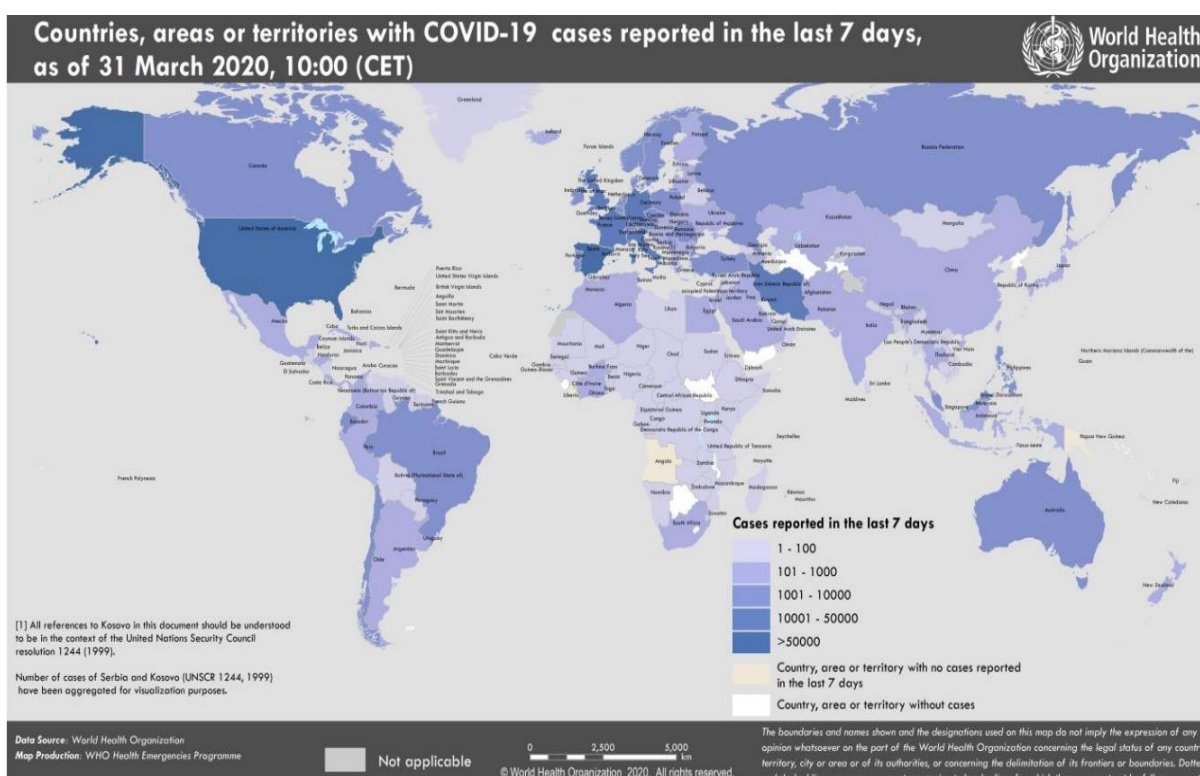
O distanciamento social engloba um conjunto de medidas com o objetivo de reduzir as interações dentro de uma comunidade, abrangendo tanto pessoas infectadas quanto aquelas não identificadas ou não isoladas, dado que algumas doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem proximidade física para a ocorrência de contágio. Exemplos de medidas adotadas incluem o fechamento de escolas e locais de trabalho, a suspensão de determinados tipos de comércio e o cancelamento de eventos para evitar aglomerações. O distanciamento social é particularmente eficaz em contextos de transmissão comunitária, nos quais as restrições direcionadas apenas a casos conhecidos ou grupos vulneráveis são insuficientes para conter novas infecções. A medida extrema de distanciamento social é o bloqueio comunitário (lockdown), que consiste em uma intervenção rigorosa aplicada a uma comunidade, cidade ou região inteira, com a proibição de saídas de domicílio, exceto para adquirir suprimentos essenciais ou buscar serviços de saúde de emergência, visando a redução significativa do contato social (84, 85)

Mesmo com essas medidas adotadas em alguns países, o número de óbitos da doença era crescente, e a Covid-19 era responsável pelo aumento de internações e colapso nos sistemas

de saúde de países como a Itália, que em 19 de março apresentou cerca de 41 mil infectados e 3,4 mil óbitos (86).

Já no fim do mês de março de 2020, havia no mundo um total de 750.890 mil casos confirmados e 34.405 óbitos desde o início da pandemia. Mais da metade dos casos e óbitos estavam concentrados no continente europeu, com 423.946 casos confirmados e 26.694 óbitos. Os Estados Unidos da América também se destacaram com um elevado número de casos, conforme a Figura 4 (87).

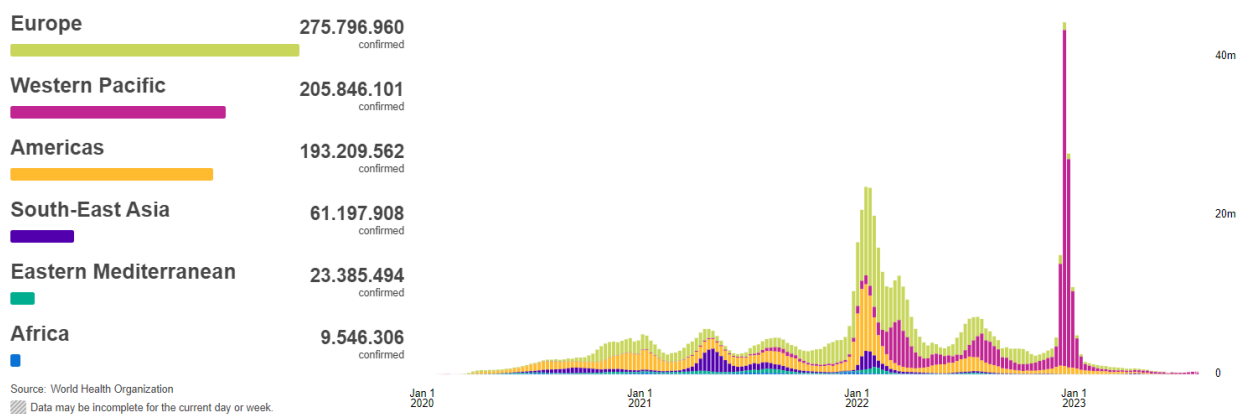
Figura 4 - Situação global da transmissão de Covid-19 em março de 2020.



Fonte: World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71 (2020).

Ao longo de 2020, a região das Américas se destacou devido ao alto número de casos. Em 2021, essa região também registrou um número elevado de casos. De 30 de dezembro de 2019 até 2 de agosto de 2023, a região da Europa apresentava o maior número de casos confirmados por Covid-19, com 275.796.960 casos, seguida da região do Pacífico Ocidental, com 205.846.101 casos confirmados, e a região das Américas, com 193.209.562 casos (88).

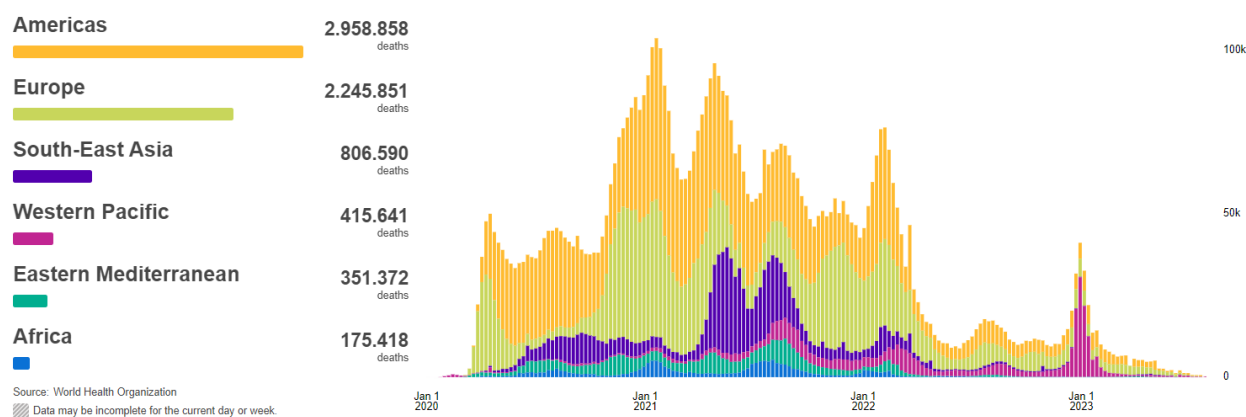
Figura 5 - Casos Covid-19 por região global de 30 de dezembro de 2020 a 2 de agosto de 2023.



Fonte: World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Confirmed cases. Disponível em: <https://covid19.who.int/?mapFilter=cases>.

Em relação aos óbitos por Covid-19, a região das Américas se destacou ao longo da pandemia, registrando 2.958.858 óbitos, seguida da Europa, com 2.245.851 óbitos pela doença (88).

Figura 6 - Óbitos por Covid-19 por região global de 30 de dezembro de 2020 a 2 de agosto de 2023.



Fonte: World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Deaths Disponível em: <https://covid19.who.int/?mapFilter=cases>.

Dentre o total de casos nas Américas, o Brasil corresponde a 37.717.062 casos confirmados e 704.659 óbitos. Esses números nos dão a dimensão da pandemia e como ela afetou consideravelmente a região das Américas e o Brasil.

4.2 A COVID-19 NO BRASIL E A CONDUÇÃO DO GOVERNO FEDERAL NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2020 A JANEIRO DE 2021

No Brasil, o primeiro caso confirmado de Covid-19 ocorreu no fim do mês de fevereiro. Porém o Ministério da Saúde ativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), no dia 22 de janeiro de 2020. O objetivo da ativação do COE-nCoV naquele momento, foi realizar o planejamento e organização das ações em saúde com os atores envolvidos na resposta e o monitoramento epidemiológico da epidemia em curso (89, 90).

Além dessa ação, o Governo Federal instituiu um Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII, pelo Decreto Presidencial nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Esse órgão era coordenado pelo Ministério da Saúde, com a presença da Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Defesa, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério do Desenvolvimento Regional, Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Seu objetivo foi realizar e acompanhar as medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, elaborar a alocação recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas de enfrentamento à emergência, definir critérios de acompanhamento da implementação das medidas de ESPII e elaborar relatórios de situações de ESPII (91).

Em decorrência do aumento de casos no mundo, por se tratar de uma doença de rápida disseminação, a ESPIN em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) foi declarada pelo Ministério da Saúde em 03 de fevereiro de 2020. Assim o COE-nCoV ficou estabelecido como o “mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional” (92).

Após três dias, o Governo Federal instituiu a Lei nº 13.979, que trata sobre as medidas que poderão ser adotadas para o enfrentamento da ESPII em decorrência do Covid-19. Essa

normativa estabelece uma série de medidas de enfrentamento, das quais as autoridades podem instituir, de acordo com sua competência. Dentre todas, destacamos o isolamento, a quarentena, a realização compulsória de exames de procedimentos médicos e de profilaxia (testes laboratoriais, coleta de amostras, vacinação e outras medidas profiláticas e tratamentos específicos), o estudo ou investigação epidemiológica, a exumação, necrópsia, cremação e manejo de cadáver (93).

Ainda no dia 7 de fevereiro de 2020, duas aeronaves da Força Aérea Brasileira (FAB) decolaram para a província de Wuhan, na China, para repatriar 31 brasileiros. A “Operação Regresso à Pátria Amada Brasil” fez-se necessária, devido ao lockdown severo imposto em Wuhan e a necessidade dos brasileiros para retornar ao país de origem. Essa foi uma ação interministerial, com a participação do Ministério da Saúde. Ao retornarem para o Brasil, permaneceram em quarentena na Base Aérea de Anápolis (94).

Uma ação importante neste período, foi a publicação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus. O documento foi publicado no dia 13 de fevereiro, e define os níveis de resposta e os eixos de atuação para a resposta: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras), comunicação de risco e gestão (95).

No dia 26 de fevereiro o primeiro caso de COVID-19 confirmado no país foi um caso importado da Itália, confirmado no Estado de São Paulo, de um brasileiro de 61 anos, do sexo masculino. Após 25 dias do primeiro caso confirmado, todos os estados brasileiros apresentavam notificação da doença. O primeiro óbito foi registrado no dia 17 de março de 2020. Neste caso, o homem idoso não havia realizado viagens internacionais (96).

Neste momento, a recomendação da OMS para a prevenção da Covid-19 já tratava de medidas não farmacológicas, uma vez que ainda se tratava de uma doença para a qual não existia medicamento ou tratamento eficaz comprovado pela ciência. As medidas recomendadas passaram a ser o isolamento e o distanciamento social, a higienização das mãos, a etiqueta respiratória e a utilização adequada de máscaras, que neste início da pandemia eram apenas recomendadas para profissionais de saúde e pessoas com sintomas de Covid-19. A combinação dessas medidas seria de extrema importância para a redução das taxas de contágio do vírus e a supressão da pandemia (97, 98).

Ao longo do mês de março, parte do Governo Federal, incluindo o Presidente da República, iniciou uma forte retórica negacionista em relação à gravidade da Covid-19, favorecendo a retomada econômica e a imunidade de rebanho. Era largamente difundido por atores governamentais que a população não deveria ficar totalmente em casa. As pessoas saudáveis deveriam retornar ao trabalho e às ruas, enquanto os mais idosos e pessoas com comorbidades deveriam permanecer em isolamento. Em entrevistas, o Presidente Jair Bolsonaro reiterou as alegações negacionistas, estimulando também a população a participar de manifestações políticas e aglomerações (99).

Na coletiva de imprensa diária do dia 13 de março, o Ministério da Saúde realizou uma série de recomendações para a prevenção do contágio, envolvendo atendimento médico, comportamentos individuais, empresas e instituições de ensino, eventos e sistemas de saúde (100). No dia seguinte, o Ministério recuou em algumas das recomendações, tendo como justificativa as sugestões dos Estados. Assim, houve a reedição da proibição dos cruzeiros no país e a exclusão do isolamento voluntário (101).

Devido ao aumento de casos de Covid-19 no Brasil, o Governo do Distrito Federal (GDF) publicou um decreto no dia 14 de março de 2020 suspendendo por 15 dias todos os eventos com público superior a cem pessoas, atividades coletivas de cinema e teatro e atividades educacionais em todas as escolas, universidades e faculdades, tanto da rede de ensino pública quanto privada (102). Até o final de março, todos os Estados brasileiros já haviam promulgado normativas dispoendo sobre as medidas de enfrentamento à Covid-19, principalmente em relação à suspensão das atividades não essenciais, à suspensão das aulas e ao distanciamento social (103). Em menos de um mês após o primeiro caso confirmado, no dia 17 de março de 2020, ocorreu o primeiro óbito pela doença, e três dias depois, o Ministério da Saúde considerou que a Covid-19 já estava em transmissão comunitária (104).

Nesse mesmo dia, foi publicada a Portaria Interministerial nº 5, de 17 de março de 2020, que dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública. Dentre essas medidas, está a responsabilização civil, administrativa e penal dos indivíduos que descumprirem as medidas de isolamento, quarentena e o uso obrigatório de máscaras de proteção individual. Também está prevista a responsabilização daqueles que se negarem à realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e medidas profiláticas e tratamentos específicos, conforme previsto na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020 (105). Essa medida é importante para responsabilizar as

pessoas que não cumprirem as medidas de enfrentamento à Covid-19 determinadas pelo poder público, que têm como objetivo a contenção do avanço do vírus (106).

Passados três dias, a Presidência da República publicou um decreto referente às definições de serviços públicos e atividades essenciais (107). Nessa data, o Brasil já acumulava 977 casos e 11 óbitos pela doença (108). Uma vez que os Estados e o Distrito Federal implementaram medidas de enfrentamento à Covid-19, incluindo medidas de restrição e distanciamento social, a União publicou a Medida Provisória 926/2020. Dentre outras disposições, essa normativa buscou atribuir exclusivamente à União a competência para dispor sobre os serviços públicos e atividades essenciais, desconsiderando as normas estaduais e municipais (109). Essa exclusividade na regulamentação por parte da União tinha como objetivo retirar a autonomia de Estados e Municípios na decisão das restrições de atividades e regulamentações relacionadas à restrição de circulação (110). Posteriormente, o Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu uma liminar, reconhecendo que Estados, Municípios e União possuem competência concorrente em relação às ações de enfrentamento à Covid-19. Assim, os entes federados possuem autonomia para legislar sobre as medidas relacionadas à pandemia (111).

Em 24 de março de 2020, o presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, realizou o primeiro pronunciamento oficial da Presidência sobre a Covid-19. Esse pronunciamento criticou as medidas de isolamento e distanciamento social, argumentando que a Covid-19 era uma doença branda que afetava mais severamente os idosos e pessoas com comorbidades. Portanto, segundo o Palácio do Planalto, não havia justificativa para o distanciamento social ou isolamento em massa de toda a população, e caso isso ocorresse, a economia seria fortemente prejudicada (112).

Cabe ressaltar que esse discurso oficializou o negacionismo do governo federal ao longo da pandemia e a discordância da Presidência da República em relação às recomendações do Ministério da Saúde (113). Ficou claro o posicionamento contrário às medidas não farmacológicas recomendadas por autoridades de saúde, como a OMS, e instituições de pesquisa, o que posteriormente afetaria a população (114). Também foi nesse momento que o governo federal deixou clara sua aposta em medicamentos que ainda não tinham a comprovação de sua eficácia, um fato que se estenderia ao longo de toda a pandemia (115).

Grande parte do Governo Federal sustentava a ideia de um "isolamento vertical" contra a Covid-19, ou seja, realizar a quarentena apenas com as pessoas do grupo de risco, que seriam os idosos e pessoas com comorbidades, enquanto o restante da população "saudável" poderia circular normalmente (116). Essa posição tornou-se oficial no dia 26 de março, por meio de uma campanha de combate à Covid-19 que envolveu a flexibilização das medidas de isolamento social e a retomada econômica. A campanha, denominada "O Brasil não pode parar," foi divulgada em um vídeo institucional e transmitia uma mensagem contrária às medidas de quarentena impostas pelos Estados e Municípios (117, 118). No entanto, essa campanha teve sua veiculação proibida por meio de uma liminar deferida pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso. O Ministro emitiu uma determinação para proibir expressamente a produção e a circulação, por quaisquer meios, de campanhas que incentivem o retorno pleno das atividades da população ou minimizem a gravidade da pandemia do coronavírus. Também foi ordenada a interrupção imediata da contratação de qualquer campanha publicitária com o mesmo propósito (119).

Nesse momento, o país já estava na primeira onda de contágio, que posteriormente pôde ser delimitada de 23 de fevereiro até 25 de julho de 2020. Diante desse cenário de aumento da transmissão da doença, no dia 27 de março, foi publicada a Portaria nº 152, de 27 de março de 2020, que restringia a entrada de estrangeiros no país, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (120).

Em 02 de abril de 2020, foi promulgada a Lei 13.982, que instituiu o auxílio emergencial. A proposta inicialmente apresentada pelo Ministério da Economia era no valor de 200 reais. No entanto, o Governo não encaminhou essa proposta ao Congresso Federal, levando-o a adaptar o PL 1.066/2017 e aprovar o auxílio emergencial no valor de 600 reais (121). A OMS já havia recomendado aos países que as medidas restritivas de isolamento, distanciamento e lockdown eram fundamentais para o combate à pandemia, mas essas medidas deveriam ser acompanhadas de políticas econômicas e de proteção social para ajudar aqueles que estavam impedidos de trabalhar e garantir sua renda (122).

O Ministro Alexandre de Moraes, em uma decisão da ADPF 672 proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), assegurou que Estados e Municípios possuíam competência para a adoção ou manutenção de medidas restritivas relacionadas à pandemia da Covid-19. Essa questão foi levada ao Plenário do STF devido à instituição da Medida Provisória 926 de 20 de março de 2020 (123). Essa foi uma decisão

importante para a tomada de decisão relacionada à gestão da pandemia pelos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Após sucessivas divergências e conflitos entre o Ministro da Saúde, Henrique Mandetta, e o Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, em relação à condução da pandemia, o Ministro da Saúde foi demitido no dia 16 de abril de 2020 (124). Em seu lugar, assumiu o médico Nelson Teich, que permaneceria no cargo por menos de um mês (125). Durante a gestão de Nelson Teich, o Brasil alcançou a marca de 10 mil mortes por Covid-19 e 156 mil infectados. Isso ocorreu em menos de três meses após a confirmação do primeiro caso (126). Portanto, a instabilidade no cargo de Ministro da Saúde ocorreu em um momento crítico da pandemia, quando os casos estavam aumentando de forma significativa e uma resposta coordenada era essencial (127).

O Presidente da República, abertamente contrário às medidas não farmacológicas de enfrentamento à Covid-19, especialmente o isolamento, distanciamento, quarentena e lockdown, realizou uma reunião virtual com empresários em 14 de maio e pediu que eles combatessem as medidas de lockdown, alegando que essas medidas eram supostamente promovidas pelo Governador de São Paulo, João Doria (128). No mesmo dia, o Presidente exigiu a utilização da cloroquina e hidroxicloroquina como política pública do Ministério da Saúde, a partir dos sintomas iniciais da doença (129).

O Presidente se baseou no Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 4/2020, que considera, mesmo sem evidências científicas favoráveis, a utilização desses medicamentos em pacientes com sintomas leves no início da doença e em pacientes com sintomas graves, mas que não necessitam de cuidados intensivos (130). Devido à postura do Palácio do Planalto, contrária às medidas de prevenção da Covid-19 recomendadas e à ampla promoção do uso de medicamentos sem comprovação científica, o Ministro Nelson Teich pediu demissão em 15 de maio (131, 132). Sua saída, assim como a de Mandetta, foi marcada pela discordância com o Presidente em relação às diretrizes para o enfrentamento da Covid-19 (133).

Nenhum Ministro assumiu o cargo deixado por Teich, e o Secretário Executivo, General Eduardo Pazuello, passou a comandar o Ministério e definir as estratégias para a pandemia. Em 03 de junho, Pazuello foi nomeado Ministro interino e somente em 16 de setembro, ele assumiu oficialmente o cargo de Ministro da Saúde (134). A gestão de Pazuello perdurou até 23 de março de 2021 (135). Sua gestão se destacou pelo alinhamento com o Presidente da República,

na instituição de políticas públicas sem respaldo científico, como a promoção do "kit Covid" e a relativização das medidas de enfrentamento à Covid-19, incluindo o uso de máscaras e o incentivo do governo federal ao isolamento social (136). Além disso, sua gestão foi marcada pela militarização do Ministério da Saúde, o que levou à saída de parte importante do corpo técnico da pasta (137).

Logo no início da gestão de Pazuello, o Ministério da Saúde divulgou a Nota Informativa 9/2020 SE/GAB/SE/MS, que recomendava o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em combinação com a Azitromicina, para o tratamento de casos de Covid-19 (138). Esse protocolo não tinha evidências científicas sólidas e se baseava em estudos *in vitro*. Apesar das recomendações contrárias de especialistas, incluindo a Organização Pan-Americana de Saúde e a Sociedade Brasileira de Infectologia, o Ministério da Saúde persistiu na estratégia de promover amplamente o uso desses medicamentos ao longo da primeira e segunda onda da Covid-19 no Brasil. O tratamento precoce foi adotado pelo Presidente da República como uma das principais medidas de combate ao vírus, e o Ministério da Saúde o acatou como tal (139).

Em 27 de maio, o Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, e o Ministro da Justiça e Segurança Pública, André Luiz de Almeida Mendonça, revogaram a Portaria Interministerial nº 5 de 17 de março de 2020, que tratava da compulsoriedade das medidas de enfrentamento da Covid-19, incluindo o isolamento e a responsabilização das pessoas que não cumprissem as medidas estabelecidas pelo Poder Público. Em seu lugar, é publicada a Portaria interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020, que versa contra o uso de coerção daquelas pessoas que estiverem submetidas ao isolamento, quarentena ou distanciamento social. (140).

No início de junho, o Ministério da Saúde atrasou a divulgação dos dados sobre a Covid-19. Em 5 de junho, o site do Ministério da Saúde saiu do ar, e quando retornou no dia seguinte, apresentava apenas dados do dia anterior, sem um histórico completo (140). Devido a esses problemas com os dados oficiais do Ministério da Saúde, foi criado o Consórcio de Veículos de Imprensa, uma parceria entre G1, O Globo, Extra, O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo e UOL, com o objetivo de coletar informações sobre a pandemia nas 27 unidades federativas (141).

Diante da falta de dados do Ministério da Saúde, outra iniciativa foi a criação do Painel Nacional Covid-19 pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

Esse painel foi lançado em 5 de julho e tinha como objetivo publicar informações de monitoramento da pandemia no Brasil para auxiliar na tomada de decisões oportunas (142).

O CONASS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a OPAS e outros colaboradores, publicou em 25 de junho um Instrumento de Apoio à Tomada de Decisão na Resposta à Pandemia da Covid-19 na esfera local. Esse documento tinha como objetivo auxiliar os gestores estaduais e municipais na adoção de medidas de saúde pública para reduzir a propagação da doença e evitar a sobrecarga dos serviços de saúde, especialmente as unidades de terapia intensiva (143, 144).

Em 27 de junho, o governo federal anunciou um acordo com a farmacêutica AstraZeneca, que estava desenvolvendo uma vacina contra a Covid-19 em parceria com a Universidade de Oxford, para a transferência de tecnologia e produção local da vacina pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) (145). O presidente Bolsonaro, em uma live nas redes sociais, destacou esse acordo e reiterou seu posicionamento contrário à aquisição de vacinas provenientes da China (146).

Em 2 de julho de 2020, o Presidente da República decidiu vetar 25 dispositivos da Lei 14.019, que estabeleciam a obrigatoriedade do uso de máscaras em diversos locais, alegando a possibilidade de "violação de domicílio" que esses dispositivos poderiam causar. Além disso, ele também vetou a aplicação de multas pelos entes federados nos casos de descumprimento da obrigatoriedade do uso de máscaras e nos casos em que os estabelecimentos autorizados a funcionar durante a pandemia da Covid-19 não disponibilizassem álcool 70% em locais estratégicos, como entradas, elevadores e escadas rolantes (147). No entanto, em 19 de agosto de 2020, o Congresso Nacional decidiu derrubar o veto presidencial a esses dispositivos da lei (148).

Enquanto esses eventos ocorriam, os testes para o desenvolvimento de vacinas contra a Covid-19 estavam em andamento. Em 2020, cerca de 200 projetos de desenvolvimento de imunizantes contra a Covid-19 foram registrados na OMS, e em novembro de 2020, 13 laboratórios estavam na fase 3 de testes, que precede a aprovação para uso em humanos (149).

Durante esse período, entre junho e agosto, o Brasil enfrentou seu maior número de casos e óbitos diários desde o início da pandemia. Os números de óbitos por Covid-19 superaram a marca de mil óbitos diários, atingindo um pico de 1.595 mortes em 24 horas em 29 de julho. Além disso, houve um aumento preocupante no número de casos e óbitos entre

mulheres grávidas. Em resposta a essa situação, o Ministério da Saúde publicou a Nota Informativa 17, recomendando a prescrição de hidroxicloroquina para gestantes (150). A Anvisa também regulamentou a prescrição de ivermectina, nitazoxanida, cloroquina e hidroxicloroquina em certos aspectos por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 495 (151).

Em agosto, o Brasil superou a marca de 100 mil óbitos por Covid-19 e 3 milhões de casos. O país se tornou o segundo colocado no ranking internacional em número de casos e óbitos, com os Estados Unidos ocupando a primeira posição. Nesse mesmo dia, o Governo Federal veiculou uma propaganda destacando seus feitos no enfrentamento à pandemia e comemorou um dos menores índices de óbitos por milhão (152).

No mês de agosto, também começaram as negociações do Governo Federal com a Pfizer para a compra de vacinas contra a Covid-19. A empresa se reuniu com o Ministério da Saúde em 6 de agosto, e o órgão demonstrou interesse na compra das vacinas. No entanto, quando as propostas de venda das vacinas foram apresentadas, o Ministério da Saúde as recusou. A previsão inicial de entrega das vacinas era 20 de dezembro de 2020. Além disso, várias propostas de venda de vacinas contra a Covid-19 feitas pela Pfizer e pelo Instituto Butantan também foram recusadas pelo Governo Federal, e o presidente desautorizou a compra de 46 milhões de doses da Coronavac pelo Ministério da Saúde (153).

Durante o segundo semestre, o Presidente da República e seus aliados continuaram a se opor firmemente às medidas de distanciamento social e às vacinas. Eles apoiaram a ideia da imunidade de rebanho, promoveram o tratamento precoce e o chamado "kit covid," que incluía medicamentos como hidroxicloroquina, ivermectina, nitazoxanida, azitromicina e vitamina D, alegando que esses medicamentos, quando administrados na fase inicial da doença, poderiam reduzir a gravidade e os óbitos por Covid-19. No entanto, essas orientações estavam em desacordo com as evidências científicas, pois não havia comprovação de que esses medicamentos fossem eficazes no tratamento da doença (154).

O Governo Federal brasileiro optou por utilizar estratégias não recomendadas pela ciência, incluindo a disseminação de desinformação, como parte de sua política pública de combate à Covid-19. Essa abordagem resultou na disseminação sistemática da Covid-19 no Brasil (154).

Além disso, as medidas de assistência tomadas pelo Ministério da Saúde foram gradualmente reduzidas. Em julho, havia 10.228 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) criados no SUS para o tratamento de pacientes adultos com Covid-19. No entanto, em dezembro, houve uma redução de 3.287 leitos, totalizando 6.941 leitos disponíveis (155).

Em 16 de dezembro, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a primeira edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, dividido em 10 eixos. No entanto, o plano não incluía detalhes sobre a estratégia de vacinação, como a data de início da vacinação e o público prioritário (156). O Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Ricardo Lewandowski, relator das ações relacionadas à obrigatoriedade da vacina e outras medidas de combate à pandemia, havia apresentado um voto favorável em 24 de novembro, exigindo que o governo federal apresentasse o plano de vacinação em 30 dias (157).

Entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, os casos e óbitos por Covid-19 começaram a aumentar novamente. O estado do Amazonas se destacou nesse aumento, enfrentando uma grave crise com a falta de oxigênio nos hospitais de Manaus e o colapso do sistema de saúde estadual. O Amazonas já havia enfrentado um colapso no sistema de saúde no início da pandemia, em maio de 2020 (indicado no texto, mas a data específica não está mencionada). No final de 2020, durante as festividades de fim de ano, protestos de comerciantes e da população levaram o governador a permitir a reabertura do comércio, com restrições de horário, por meio do Decreto nº 43.236 (158).

Assim, a ausência de medidas restritivas efetivas e um sistema de saúde sobrecarregado fizeram com que o sistema de saúde entrasse em colapso, faltando oxigênio para a população. No dia 14 de janeiro, diversos pacientes morreram asfixiados, e as medidas tomadas pelo Governo Federal e pelo estado do Amazonas não foram eficazes para evitar a tragédia (158). Esse caso ficou emblemático, demonstrando a ausência de planejamento, articulação e omissão, principalmente por parte do Governo Federal. Conforme apontado no Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) Covid-19, o Secretário de Saúde do Amazonas solicitou o envio da FN-SUS no dia 30 de dezembro de 2020, fato que representa um esgotamento da capacidade do estado para a resposta à emergência (159).

No relatório da visita técnica de 04 de janeiro de 2021, denominado “Plano Manaus”, foi concluído que:

Há possibilidade iminente de colapso do sistema de saúde, em 10 dias, devido à falta de recursos humanos para o funcionamento dos novos leitos; há deficiência na resolutividade da atenção primária, por não estarem utilizando as orientações de intervenção precoce para Covid-19, conforme orientações do MS; há dificuldades na aquisição de materiais de consumo hospitalar, medicamentos e equipamentos; há dificuldades na contratação de profissionais com habilitação para atuação nas UTIs; há necessidade de estruturação de leitos de UTI com celeridade para atendimento aos pacientes que já demandam internação, constatada pela alta ocupação dos leitos dos serviços de urgência e emergência (salas rosas e vermelhas) - taxa de ocupação atual de 89,1% e; estima-se um substancial aumento de casos, o que pode provocar aumento da pressão sobre o sistema, entre o período de 11 a 15 de janeiro, em função das festividades de Natal e réveillon (159).

Portanto, os técnicos do Ministério da Saúde já haviam alertado quanto à problemática da Covid-19 em Manaus e no Estado do Amazonas, representando uma omissão do Estado brasileiro quanto às ações de mitigação, uma vez que não foram prestados os devidos encaminhamentos (159).

Concomitante à crise dos oxigênios de Manaus, o Ministério da Saúde lançou oficialmente no dia 14 de janeiro o aplicativo “TrateCov Brasil”. O aplicativo visava auxiliar os profissionais de saúde na coleta de sintomas e sinais dos pacientes, com a finalidade de agilizar os diagnósticos de Covid-19. Segundo a pasta, o aplicativo teve seu teste em Manaus, devido ao cenário epidemiológico. Porém, o aplicativo foi denunciado por profissionais de saúde por sugerir receitar medicamentos do tratamento precoce (160). Segundo o Tribunal de Contas da União, o aplicativo sugere sempre a mesma lista de sete medicamentos: Difosfato de Cloroquina, Hidroxicloroquina, Ivermectina, Azitromicina, Doxiciclina, Sulfato de Zinco e Dexametazona (161).

No dia 17 de janeiro de 2021, a Anvisa aprovou de forma temporária o uso emergencial da vacina Coronavac e da Vacina Covishield/Astrazeneca (162). Em seguida à aprovação, o Estado de São Paulo aplicou a primeira dose da vacina contra a Covid-19 no Brasil, sendo o imunizante a Coronavac, desenvolvida pelo laboratório chinês Sinovac, em parceria com o Instituto Butantan. O caso criou uma indisposição política entre o Governo Federal e o Estado de São Paulo, uma vez que no Plano Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde não haviam sido apresentados detalhes da vacinação (163).

O Ministério da Saúde, por sua vez, iniciou a vacinação contra a Covid-19 no dia 19 de janeiro de 2021, tendo distribuído 6 milhões de doses do imunizante em todo o país. A vacinação ocorreu conforme os grupos prioritários, que neste primeiro momento consistiam em trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada (164).

O quantitativo inicial disponível das vacinas ainda era muito abaixo do necessário para uma cobertura vacinal ampla. Assim, com o lento avanço da vacinação, não foi possível evitar uma segunda onda da doença, que ocorreu de dezembro de 2020 até junho de 2021. Nesse momento, continuava ausente uma coordenação nacional para uma campanha unificada de adoção de medidas não farmacológicas, envolvendo a utilização de máscaras e padronização de níveis de distanciamento social, fato que se perpetuou ao longo de toda a pandemia (165).

O Brasil declarou fim da ESPIN pela Covid-19 no dia 22 de maio de 2022, após 3 ondas de Covid-19, com queda de óbitos e com 74% da população com o esquema vacinal completo (166). Desde quando o primeiro caso foi notificado e confirmado no Brasil, até o dia 21 de maio de 2022, havia 30.778.607 casos confirmados de Covid-19 e 665.528 óbitos (167).

No balanço de dois anos de pandemia realizado pelo Observatório Covid-19 Fiocruz (165), que compreende o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022, a pandemia no Brasil pôde ser dividida em 5 fases, conforme o quadro 9.

Quadro 9 - Fases da pandemia de Covid-19 no Brasil de janeiro de 2020 a janeiro de 2022.

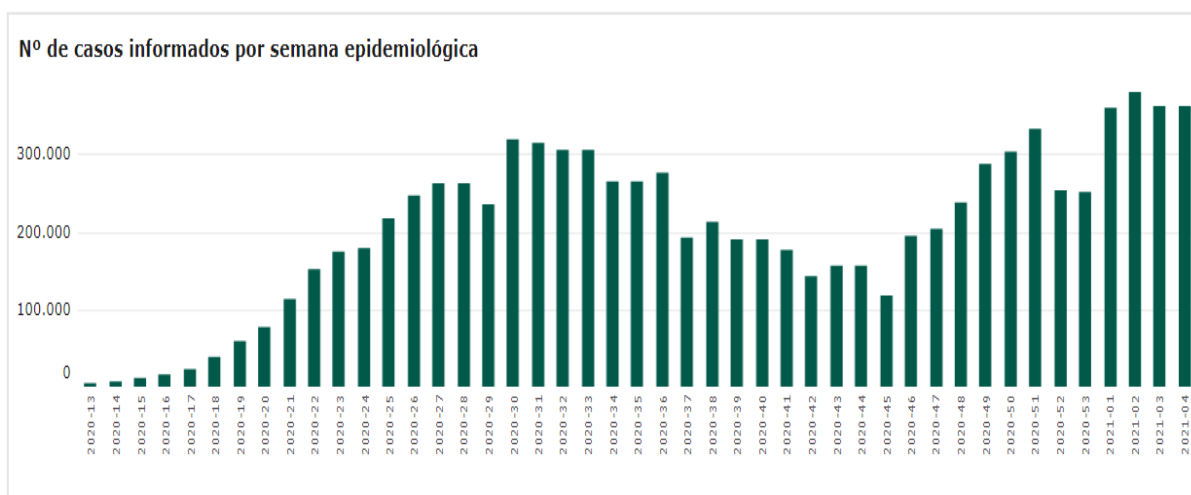
Fases	Característica	Período
Fase 1	Expansão da transmissão das capitais para as cidades menores	fevereiro a maio de 2020
Fase 2	Primeira onda e sincronização da transmissão no país	junho a agosto de 2020
Fase 3	Período de transição entre primeira e segunda ondas	setembro a novembro de 2020
Fase 4	Segunda onda	dezembro de 2020 a junho de 2021
Fase 5	Os impactos positivos da campanha da vacinação	julho a novembro de 2021

Fase 6	A Ômicron e a terceira onda	dezembro de 2021 a janeiro de 2022
--------	-----------------------------	------------------------------------

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Boletim Observatório Covid-19. Boletim Especial – Balanço de dois anos de pandemia (2022).

Quanto ao período analisado neste trabalho, de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, podemos visualizar duas ondas de Covid-19, conforme a figura 7. A primeira ocorre da SE 14 até a SE 45 de 2020. E a segunda onda ocorre de forma sustentada da SE 46 e perdura até a SE 04 de 2021. Dentro desse período, houve 9.146.975 milhões de casos confirmados (168).

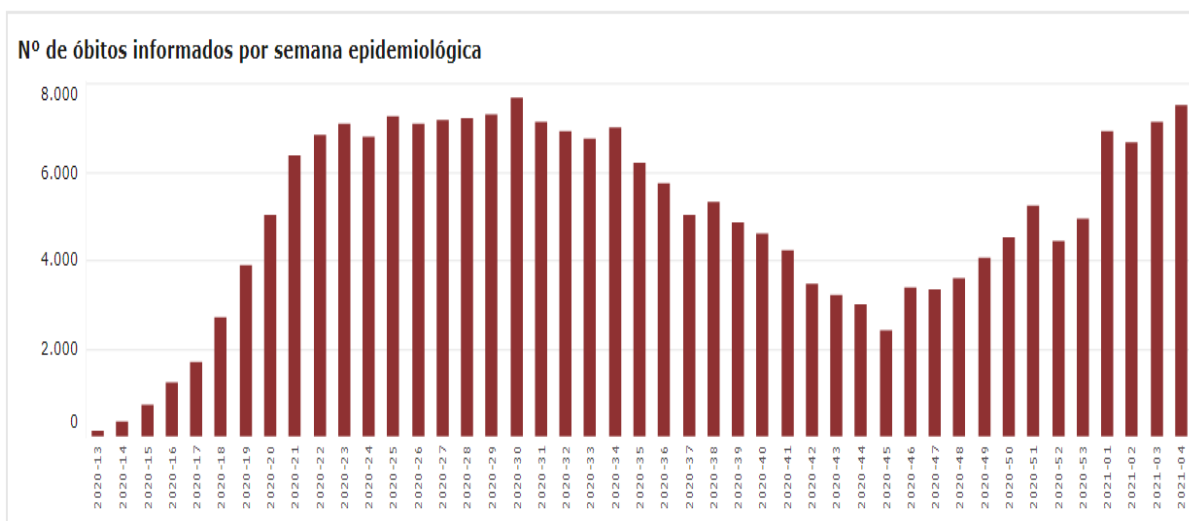
Figura 7 - Curva epidêmica de casos de Covid-19 da SE 14 de 2020 até a SE 19 de 2021.



Fonte: Conass/Cieges (2021).

O número de óbitos para este mesmo período segue a curva de casos, ressaltando que no pico de óbitos durante 2020, o Brasil alcançou a marca de mais de 7 mil óbitos semanais pela doença. A partir da SE 46 de 2020, a curva de óbitos também começa a apresentar um aumento, que perdura até a SE 04 de 2021 (168).

Figura 8 - Curva epidêmica de óbitos de Covid-19 da SE 14 de 2020 até a SE 19 de 2021.



Fonte: Conass/Cieges (2021).

A OMS, por sua vez, declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 no dia 4 de maio de 2023 (167).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 RESULTADO DAS NORMATIVAS FEDERAIS RELACIONADAS AS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19.

Desde o início da pandemia de Covid-19, as medidas não farmacológicas foram amplamente aplicadas no Mundo, devido à ausência de medicamentos ou vacinas contra o vírus em um primeiro momento. Dentre todas as três perguntas de pesquisa, os resultados visam responder se o Governo Federal implementou medidas não farmacológicas, com o objetivo de reduzir a transmissão e a circulação da doença. Para a resposta dessa pergunta, foram analisadas as normativas do Governo Federal, relacionadas às medidas não farmacológicas para o enfrentamento à Covid-19, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

A partir do banco de dados analisados, foi identificado 103 normativas relacionadas as medidas não farmacológicas relacionadas à Covid-19, detalhadas no quadro 10.

Quadro 10 - Classificação das normativas relacionadas as medidas não farmacológicas.

	Classificação	Quantitativo
Decreto	Requisitos para ficar em casa	4
	Total	4

Lei	Restrições ao movimento interno; Política de testagem; Rastreamento de contatos	1
	Restrições ao movimento interno	1
	Total	1
Medida Provisória	Restrições ao movimento interno	2
	Total	2
Portaria	Fechamento de escolas	1
	Restrições ao movimento interno	1
	Fechamento do local de trabalho	64
	Restrições a viagens internacionais	25
	Restrições ao movimento interno	3
	Restrições ao movimento interno; Política de testagem; Rastreamento de contatos	2
	Total	94
	Total Geral	103

Elaboração da autora

Em relação aos resultados, pode-se constatar que a maioria das normativas relacionadas às medidas não farmacológicas são Portarias (94), destacando aquelas relacionadas ao fechamento do local de trabalho (64) e as restrições a viagens internacionais (25).

Poucas foram as normativas do Governo Federal sobre a implantação de medidas não farmacológicas como combate à Covid-19 em território nacional, a destacar as restrições as viagens internacionais, regulamentadas pela Anvisa e que estão em consonância com o RSI 2005. Quanto ao fechamento de escolas, uma normativa apenas é encontrada, e diz respeito a substituição das aulas presenciais por aulas remotas.

Ressalta-se que o teor das Portarias relacionadas ao fechamento de local de trabalho, dizem respeito a normatização do trabalho no executivo federal, autarquias e afins, como regulamentação de critérios para afastamento, trabalho remoto e funcionamento de serviços. Em relação ao fechamento dos locais de trabalho, 64 normativas foram analisadas. Porém, essas são normas, diretrizes e orientações são referentes ao regime de trabalho em órgãos públicos e visitação de órgãos públicos.

As normas relacionadas aos requisitos para ficar em casa são cinco. O Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 é o que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Os outros quatro Decretos dessa categoria, alteram este Decreto.

As restrições ao movimento interno estão representadas em cinco normativas, sendo uma Medida Provisória, que dispõe sobre o estabelecimento de barreiras sanitárias protetivas de áreas indígenas. As demais são Portarias, sendo uma delas referente ao estabelecimento de medidas temporárias de prevenção à infecção e propagação do novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma sobre a transmissão comunitária do Covid-19, outra sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública e outra relacionada a revogação da Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020.

Quanto as normativas relacionadas a viagens internacionais, 24 portarias foram publicadas, conforme as recomendações da Anvisa. O detalhamento do resultado das normativas, está no quadro 11.

Quadro 11 - Normativas relacionadas às medidas não farmacológicas relacionadas ao Covid-19 no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

Ano	Tipo de normativa	Atos	Medidas não farmacológicas	Assunto	ID	Ementa
2021	Portaria	Portaria nº 652, de 25.1.2021	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2021	Portaria	Portaria nº 651, de 8.1.2021	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 648, de 23.12.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 630, de 17.12.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 615, de 11.12.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 102, de 9.12.2020	S	Fechamento de local de trabalho	C2	Estabelece orientações para a retomada das atividades presenciais de forma gradual e segura dos servidores e empregados públicos

						em exercício nos órgãos da Presidência da República.
2020	Portaria	Portaria nº 518, de 12.11.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 352, de 6.11.2020	S	Fechamento de local de trabalho	C2	Dispõe sobre o retorno ao trabalho presencial dos servidores e empregados públicos, no âmbito do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA.
2020	Medida Provisória	Medida Provisória nº 1.005, de 30.9.2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Dispõe sobre o estabelecimento de barreiras sanitárias protetivas de áreas indígenas.
2020	Portaria	Portaria nº 419, de 26.8.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 1, de 29.7.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 340, de 30.6.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 319, de 20.6.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Portaria	Portaria nº 9, de 27.5.2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Revoga a Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020.
2020	Portaria	Portaria nº 255, de 22.5.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	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.
2020	Decreto	Decreto nº 10.344, de 11.5.2020	S	Requisitos para ficar em casa	C6	Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
2020	Decreto	Decreto nº 10.342, de 7.5.2020	S	Requisitos para ficar em casa	C6	Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
2020	Portaria	Portaria nº 204, de 29.4.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Decreto	Decreto nº 10.329, de 28.4.2020	S	Requisitos para ficar em casa	C6	Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
2020	Portaria	Portaria nº 203, de 28.4.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, por via aérea, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 201, de 24.4.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 195, de 20.4.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Prorroga a restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai.

2020	Portaria	Portaria nº 661, de 9.4.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Altera o art. 5º da Portaria nº 491, de 19 de março de 2020, que estabelece medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus - Covid-19, no âmbito do Ministério da Educação.
2020	Portaria	Portaria nº 8, de 2.4.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 39, de 31.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece o regime de trabalho remoto, em caráter temporário e excepcional, quanto ao exercício de atividades por servidores e empregados públicos dos órgãos da Presidência da República em razão do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 158, de 31.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 340, de 30.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas.
2020	Portaria	Portaria nº 152, de 27.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 149, de 27.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 121, de 27.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	execução remota das atividades laborais pelos servidores e empregados públicos.
2020	Portaria	Portaria nº 14, de 27.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Altera a Portaria nº 8, de 17 de março de 2020, que estabelece o regime de trabalho remoto, em caráter temporário e excepcional, quanto ao exercício de atividades por servidores e empregados públicos dos órgãos da Presidência da República em razão do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 47, de 26.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Decreto	Decreto nº 10.292, de 25.3.2020	S	Requisitos para ficar em casa	C6	Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
2020	Portaria	Portaria nº 191, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece regras para adoção de trabalho remoto e manutenção de atividades essenciais por unidades e servidores da 4ª Região Fiscal.
2020	Portaria	Portaria nº 177, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece regras para o atendimento no âmbito das unidades da 7ª Região Fiscal, inclusive por meio de endereço eletrônico, enquanto durar o estado de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (Covid-19).
2020	Portaria	Portaria nº 146, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece regras para adoção de trabalho remoto e manutenção de atividades essenciais por unidades e servidores da 3ª Região Fiscal.
2020	Portaria	Portaria nº 145, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece regras para o atendimento no âmbito das unidades da 3ª Região Fiscal, inclusive por meio de endereço eletrônico, enquanto durar o estado de emergência de

						saúde pública decorrente do Novo Coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 190, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece regras para o atendimento no âmbito das unidades da 4ª Região Fiscal, inclusive por meio de endereço eletrônico, enquanto durar o estado de emergência de saúde pública decorrente do Novo Coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 133, de 23.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 103, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Regulamenta, em caráter excepcional e temporário, medidas de enfrentamento e prevenção à infecção e propagação do novo Coronavírus (COVID-19), no âmbito do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.
2020	Portaria	Portaria nº 48, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Disciplina o atendimento presencial emergencial na unidade de atendimento da IRF/SSO, jurisdicionada a esta Delegacia da Receita Federal do Brasil em São José dos Campos/SP.
2020	Portaria	Portaria nº 47, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Disciplina o atendimento presencial emergencial na unidade de atendimento da Delegacia da Receita Federal do Brasil em São José dos Campos/SP.
2020	Portaria	Portaria nº 35, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Determina a suspensão do atendimento presencial do Centro de Atendimento ao Contribuinte da Alfândega do Aeroporto Internacional de São Paulo/Guarulhos em razão da necessidade do enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 35, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspensão da visitação pelo público externo a todas as áreas do JBRJ por tempo indeterminado.
2020	Portaria	Portaria nº 32, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o expediente no período de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) no âmbito da Delegacia da Receita Federal do Brasil no Rio de Janeiro I
2020	Portaria	Portaria nº 29, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Institui o regime de teletrabalho e Suspende os atendimentos presenciais, em todas as unidades administrativas do CROSP, e dá outras providências.
2020	Portaria	Portaria nº 27, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Alteração temporária do horário de atendimento do plantão aduaneiro da ALF/PPA.
2020	Portaria	Portaria nº 26, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspensão temporária do atendimento presencial no CAC da ALF/PPA como medida de proteção ao Coronavírus (Covid-19).
2020	Portaria	Portaria nº 24, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas no Ministério da Infraestrutura, em caráter excepcional, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 14, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Institui novas medidas de combate e prevenção ao contágio do coronavírus no Conselho Regional de Contabilidade do Amazonas.
2020	Portaria	Portaria nº 2, de 23.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Governador Valadares/MG, Agência da Receita Federal do Brasil em Almenara/MG, Agência da Receita Federal em Caratinga/MG Agência da Receita Federal do Brasil em Manhuaçu/MG e Agência da Receita Federal do Brasil em Teófilo Otoni/MG, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância

						internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 827, de 22.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece as diretrizes quanto à execução de trabalho remoto para o Ministério do Meio Ambiente e suas entidades vinculadas, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 132, de 22.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Estabelece medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) e exercício de atividades por servidores, empregados públicos e estagiários do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em caráter excepcional, delega competências ao Secretário-Executivo do Ministério da Justiça e Segurança Pública e autoriza a adoção de atos de gestão de que trata a Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, da Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal do Ministério da Economia.
2020	Portaria	Portaria nº 132, de 22.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 139, de 21.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece as diretrizes quanto à execução de trabalho remoto para o Ministério do Meio Ambiente e suas entidades vinculadas, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 1.501, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspende as atividades de atendimento presencial do Centro de Atendimento ao Contribuinte (CAC) da Alfândega da Receita Federal do Brasil em São Paulo.
2020	Portaria	Portaria nº 543, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece, em caráter temporário, regras para o atendimento presencial nas unidades de atendimento, e suspende o prazo para prática de atos processuais e os procedimentos administrativos que especifica, no âmbito da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB), como medida de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (Covid-19).
2020	Portaria	Portaria nº 454, de 20.3.2020	S	Restrições ao movimento interno; Política de testagem; Rastreamento de contatos	C6; H2; H3	Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).
2020	Portaria	Portaria nº 17, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Altera as medidas administrativas temporárias para prevenir contágio pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito de jurisdição do CRP/18ª Região, dispostas na Portaria CRPMT nº 016, de 17 de março de 2020.
2020	Portaria	Portaria nº 10, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Disciplina o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal do Brasil em Bauru e em suas unidades jurisdicionais para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus(COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 10, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelecimento de medidas temporárias de prevenção ao contágio de pessoas pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em todas as dependências do Conselho Regional de Psicologia da 7ª Região.

2020	Portaria	Portaria nº 9, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspende o funcionamento da Agência da Receita Federal em Barretos-SP.
2020	Portaria	Portaria nº 8, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspensão funcionamento das unidades da DRF/JFA e Agências em decorrência do Coronavírus (COVID-19)
2020	Portaria	Portaria nº 5, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Varginha, Agência da Receita Federal em Pouso Alegre/MG, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 4, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Varginha, Agência da Receita Federal em Lavras/MG, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 3, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Varginha, Agência da Receita Federal em Itajubá/MG, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 2, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Varginha, Agência da Receita Federal em Alfenas/MG, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 1, de 20.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento ao contribuinte na Delegacia da Receita Federal em Varginha, Centro de Atendimento ao Contribuinte - CAC, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 8.024, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre o atendimento dos segurados e beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia do coronavírus (COVID-19). (Processo nº 10128.106029/2020-73).
2020	Portaria	Portaria nº 8.012, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas temporárias, no âmbito da gestão administrativa da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, de prevenção ao contágio do covid-19, considerada a classificação de pandemia pela Organização Mundial de Saúde - OMS e o disposto na Portaria ME nº 96, de 17 de março de 2020.
2020	Portaria	Portaria nº 491, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Ministério da Educação.
2020	Portaria	Portaria nº 428, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre as medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados.
2020	Portaria	Portaria nº 151-E, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece, em caráter excepcional, medidas administrativas para a mitigação dos impactos do COVID-19 no setor audiovisual e no que se refere às atribuições da Agência Nacional do Cinema - ANCINE, nos limites de sua competência.
2020	Portaria	Portaria nº 133, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece orientações e diretrizes quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus

						(COVID-19), no âmbito Ministério do Meio Ambiente.
2020	Portaria	Portaria nº 126, de 19.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 125, de 19.3.2020	S	Restrições a viagens internacionais	C8	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
2020	Portaria	Portaria nº 95, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre a suspensão das atividades no âmbito do CREMEPE, pelo período de 19.03.2020 a 24.04.2020, como forma de seguir as medidas de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus - COVID-19, e dá outras providências.
2020	Portaria	Portaria nº 94, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) definidas no âmbito do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA.
2020	Portaria	Portaria nº 80, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) na Agência Nacional dos Transportes Aquaviários - Antaq.
2020	Portaria	Portaria nº 48, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre medidas preventivas para a redução dos riscos de contaminação com o novo coronavírus (COVID-19), no âmbito do Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul - CRCRS.
2020	Portaria	Portaria nº 9, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Suspender excepcionalmente o atendimento ao contribuinte em decorrência do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 3, de 19.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre medidas preventivas adotadas contra a propagação do coronavírus (COVID-19)
2020	Portaria	Portaria nº 7.821, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19), considerando a classificação de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.
2020	Portaria	Portaria nº 333, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Disciplina o atendimento ao contribuinte no âmbito das unidades da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil na 8ª Região Fiscal para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 208, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Trata da suspensão do atendimento presencial nas instalações da ANM em todo o território nacional enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 97, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Regulamenta as rotinas de trabalho e os procedimentos administrativos no âmbito da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA.
2020	Portaria	Portaria nº 135, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece padrões mínimos de conduta a serem adotados em âmbito prisional visando a prevenção da disseminação do COVID-19.
2020	Portaria	Portaria nº 7, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, no âmbito do Sistema Prisional.
2020	Portaria	Portaria nº 419, de 17.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas temporárias de prevenção à infecção e propagação do novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

2020	Portaria	Portaria nº 343, de 17.3.2020	S	Fechamento de escolas	C1	Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19.
2020	Portaria	Portaria nº 175, de 18.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas de caráter temporário para a mitigação dos riscos decorrentes da doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19), no âmbito do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.
2020	Portaria	Portaria nº 174, de 17.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas quanto ao exercício de atividades de servidores, empregados públicos, estagiários, colaboradores e prestadores de serviços do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, em caráter excepcional, em razão da pandemia de COVID-19.
2020	Portaria	Portaria nº 30, de 17.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas de proteção no âmbito do Ministério da Defesa e dos Comandos das Forças Singulares para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)
2020	Portaria	Portaria nº 11, de 17.03.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas adicionais ao disposto na Resolução Cremers n.º 04/2020, que dispõe acerca das medidas administrativas preventivas do CREMERS para enfrentamento do COVID-19, no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.
2020	Portaria	Portaria nº 10, de 17.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece orientações e diretrizes quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), no âmbito do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação.
2020	Portaria	Portaria nº 8, de 17.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece o regime de trabalho remoto, em caráter temporário e excepcional, quanto ao exercício de atividades por servidores e empregados públicos dos órgãos da Presidência da República em razão do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
2020	Portaria	Portaria nº 5, de 17.3.2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.
2020	Portaria	Portaria nº 125, de 16.3.2020	S	Fechamento do local de trabalho	C2	Estabelece medidas quanto ao exercício de atividades por servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em caráter excepcional, em razão da pandemia de COVID-19.
2020	Portaria	Portaria nº 413, de 13.3.2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Estabelece medidas temporárias de prevenção à infecção e propagação do novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Fundação Nacional do Índio - FUNAI.
2020	Portaria	Portaria nº 356, de 11.3.2020	S	Restrições ao movimento interno; Política de testagem; Rastreamento de contatos	C7; H2; H3	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).
2020	Lei	Lei nº 13.979, de 6.2.2020	S	Restrições ao movimento interno; Política de testagem; Rastreamento de contatos	C7; H2; H3	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
2020	Medida Provisória	Medida Provisória nº 926 de 20 de março de 2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

2020	Lei	Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020	S	Restrições ao movimento interno	C7	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
------	-----	--	---	---------------------------------	----	--

Elaboração própria

5.2 AS PRINCIPAIS NORMATIVAS FEDERAIS E SEUS EFEITOS NO ENFRENTAMENTO CONTRA A COVID-19

Verifica-se, dentre as normativas analisadas, que poucas delas dizem respeito a uma resposta coordenada. Relacionadas às medidas não farmacológicas, destacamos a Lei nº 13.979 de 2020, a Portaria nº 356 de 11 de março de 2020, a Portaria Interministerial nº 5 de 17 de março de 2020 e a Medida Provisória 926/2020, convertida na Lei nº 14.035 de 11 de agosto de 2020.

A Lei nº 13.979 de 2020 prevê o isolamento e a quarentena, que podem ser aplicados a pessoas infectadas, suspeitas de contaminação ou casos relacionados à pandemia. Além disso, a lei também permite a realização compulsória de exames médicos, a dispensa de receita para aquisição de medicamentos essenciais e obriga o poder público a fornecer informações claras e confiáveis à população. Segundo Ventura (2020), essa Lei corrobora com um instrumento já existente anteriormente, como a quarentena e isolamento, e é importante para dar uma importância jurídica a tais ações. Porém, cabe ressaltar que não houve um debate amplo, com a participação da sociedade civil e academia, fazendo com que alguns detalhes importantes e decisivos não estivessem presentes na norma, causando problemas em sua implementação (169)

A Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil, 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). Essa Portaria determina os regramentos de quarentena e determina que o descumprimento das medidas de isolamento e quarentena serão responsabilizadas segundo os termos previstos em lei. Também é apresentado um fluxo laboratorial quanto a confirmação da doença (170).

Essa Portaria traz a obrigatoriedade da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas afetadas pelo isolamento ou quarentena, e disponibiliza a notificação de isolamento. Ela prevê a duração de 14 dias de isolamento, com a prorrogação de mais 14 dias. Para a quarentena, prevê 40 dias, sendo prorrogado por prazo indeterminado. Ela indica que, o isolamento deve ser realizado preferencialmente em domicílio e coloca que a quarentena tem como objetivo garantir a manutenção dos serviços de saúde em local certo e determinado (169).

A Portaria Interministerial nº 5, de 17 de março de 2020, tinha como principal objetivo a responsabilização civil, administrativa e penal de quem infringisse as medidas de saúde pública, como o isolamento e a quarentena, dando maior respaldo para a importância de se instituir medidas de isolamento e quarentena. Porém, no dia 27 de maio, esta Portaria foi revogada pela Portaria Interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020, que por sua vez assegura às pessoas infectadas o respeito às liberdades fundamentais. Essa revogação se deu após a troca do Ministro da Saúde e do Ministro da Justiça e se adequa à posição do Presidente da República, contrário às medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social (170, 171).

A Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020, estabelece que as medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social devem resguardar o abastecimento de produtos e o funcionamento de serviços públicos e de atividades essenciais. Algo a ser destacado é que a lei veda a restrição à ação de trabalhadores que possa afetar o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais (172).

Essas normativas, por si só, não determinaram a implementação das medidas de isolamento, quarentena, distanciamento social e utilização de máscaras faciais em território nacional. Ocorreu que, os Estados, baseados principalmente na Lei nº 13.979 de 2020, implementaram suas normas. Entre os dias 11 de março e 16 de abril, todos os estados brasileiros aderiram à política de distanciamento social. Os estados de Mato Grosso do Sul, Tocantins e Bahia adotaram uma política mais branda. Já São Paulo, Amazonas, Acre, Alagoas, Minas Gerais, Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraná, Espírito Santo, Sergipe, Paraíba, Piauí e Maranhão aderiram a uma política rigorosa. Por fim, Amapá, Mato Grosso, Rondônia, Goiás, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina adotaram uma política rigorosa com tendência à flexibilização (173).

Mesmo havendo políticas de medidas não farmacológicas de enfrentamento da Covid-19 por parte dos estados, verifica-se que as respostas foram muito heterogêneas, com uma ausência de planejamento, acarretando disputas por insumos, suprimentos e equipamentos, como foi o caso dos ventiladores pulmonares (172). Abruccio (2023) analisou em seu trabalho a descoordenação nacional em relação ao enfrentamento da Covid-19 e colocou que o viés autocrático do Presidente da República, diante do arranjo federativo do Estado brasileiro, é o que culminou para tal ausência de coordenação. Tanto que o próprio Presidente da República ameaçou diversas vezes flexibilizar as medidas de isolamento impostas pelos governadores, porém foi desautorizado pelo STF por meio de uma medida cautelar da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) (174).

Além disso, o STF teve o entendimento, a partir da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) no 6.341 ajuizada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), de que as competências municipais, estaduais e da União são complementares. Portanto, as políticas de enfrentamento à Covid-19 possuem legalidade no âmbito local (175). Com isso, o Presidente da República utilizou esse entendimento de forma errônea, propagando que o STF tirou a autonomia da União nas ações relacionadas ao enfrentamento da Covid-19. Fato utilizado para justificar a ausência de políticas que coibissem a transmissão do vírus.

5.3 A RESPOSTA FEDERAL DO GOVERNO BRASILEIRO DIANTE A COVID-19 E A ESTRATÉGIA DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Como podemos evidenciar ao longo desse trabalho, o Brasil possui uma importante e consolidada estratégia voltada à preparação e resposta às ESP, coordenada pelo Ministério da Saúde. Esse conjunto de programas, estratégias e estruturas formais, já se mostraram eficazes, a exemplo da ESPII por H1N1 e a ESPIN pelo Zika Vírus. Diante da pandemia por Covid-19, uma das maiores da atualidade, esta estratégia foi desmontada devido a questões ideológicas do Governo Federal, que inclui o forte viés neoliberalista, negacionista quanto a ciência e baseado em *fake news* para sua manutenção.

É importante lembrar que, como evidenciado no Capítulo 3, o Governo Federal atuou sistematicamente para a disseminação do vírus. Esse fato foi comprovado pelo trabalho de Ventura (2021), uma vez que o Governo Federal se utilizou do negacionismo das evidências científicas e de uma ausência proposital do Governo Federal como protagonista na coordenação

das ações de mitigação e resposta ao Covid-19 (99). O Ministério da Saúde no início da pandemia, mais especificamente na gestão de Mandetta, emitiu recomendações para o uso de máscaras faciais, higienização das mãos, distanciamento social e etiqueta respiratória em seus boletins diários e semanais (176).

Dessa forma, o Ministério da Saúde seguia o pressuposto no Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. O COE foi instalado antes mesmo da doença chegar em território nacional e ações em saúde foram instituídas. Ainda que a pasta pudesse ter antecipado ações antes da chegada do vírus, principalmente no âmbito da assistência à saúde, neste comitê foi elaborado o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, realizado o monitoramento sistemático de casos fora do Brasil e da entrada da doença no país e a realização de uma forte comunicação em saúde, com a divulgação de boletins epidemiológicos e coletivas de imprensa diárias.

Enquanto havia esse esforço por parte do Ministério da Saúde, o presidente Bolsonaro e outros setores do Executivo Federal se posicionavam de modo a minimizar a gravidade da doença, fato que causou conflitos entre as autoridades governamentais, com divergências públicas sobre a importância dessas medidas. Após a saída de Mandetta, por mais que o corpo técnico do Ministério da Saúde resistiu em manter a conduta técnica preconizada pela pasta, toda a estratégia até então utilizada foi desfeita. Em seu lugar, foi inserida a ideologia do Governo Federal e da Presidência da República, com estratégias como “o Brasil não pode parar”, imunidade de rebanho, isolamento vertical e incentivo de medicamentos contra a Covid-19. Todas essas estratégias não apresentavam embasamento científico e o Governo Federal se cercou de profissionais de saúde e pesquisadores a favor desses métodos.

Nesse contexto, os Estados e Municípios implementaram medidas por meio de normativas que levaram ao fechamento de serviços não essenciais e à obrigatoriedade do uso de máscaras. Foram essas normativas estaduais e municipais que moldaram as políticas públicas relacionadas às medidas não farmacológicas no território nacional. O Governo Federal, por sua vez, não desempenhou seu papel de coordenador da Emergência e, portanto, as medidas não farmacológicas foram adotadas de forma heterogênea, sem uma padronização ou critérios uniformes. Assim, houve diferentes medidas com diferentes graus de adesão e implementação, causando uma variação na eficácia dessas medidas dependendo da localidade (177).

Houve tentativas de estabelecer um maior regramento relacionado às medidas não farmacológicas, como a Portaria Interministerial nº 5 de 17 de março de 2020, que estabelecia sanções para os indivíduos que não cumprissem as regras relacionadas ao distanciamento social. No entanto, a Presidência da República vetou itens importantes e a Portaria foi posteriormente revogada com a mudança de Ministros. Mesmo assim, a normativa se mostra muito tímida diante das ações que deveriam ter sido executadas.

Algo de extrema relevância, é o fato da ausência uma ação coordenada, liderada pelo Governo Federal. Portanto, não houve ferramentas, indicadores e normas legais federais para o fechamento e a reabertura dos serviços não essenciais. Por esse motivo, os estados e municípios realizaram o fechamento de serviços não essenciais de forma heterogênea, tendo como consequência as diferenças regionais na disseminação do vírus e na resposta à pandemia. Em resposta a falta de ação por parte do Governo Federal, entidades de representação nacional e internacional publicaram documentos norteadores aos estados e municípios, a exemplo do documento “Estratégia de Gestão – Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local”, elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com participação direta da OPAS (144).

Este documento teve colaboração de técnicos do Ministério da Saúde e seu objetivo foi o fornecimento de instrumento de apoio da tomada de decisão para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta à Covid-19 (144). Como o Ministério da Saúde se recusou a divulgar as recomendações, coube ao CONASS, CONASEMS e OPAS a publicação. Por não se tratar de uma estratégia coordenada do Governo Federal, a ferramenta não surtiu muito efeito no quesito resposta coordenada nacional. Até porque,

Neste cenário de recusa e negação da implementação de estratégias por parte do Presidente da República e pelo Executivo Federal se perdurou ao longo da pandemia, e coube aos Estados e Municípios elaborarem as estratégias de redução da contaminação da Covid-19, dentre elas as medidas não farmacológicas. Portanto, tivemos a ausência de uma estratégia nacional e coordenada, que teve como consequência um aumento das iniquidades em saúde no território brasileiro. Tivemos alguns estados do Brasil mais afetadas, como Amazonas, Pará, Roraima, Amapá, Ceará, Alagoas, oeste de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso do Sul, São Paulo, oeste do Paraná, Santa Catarina e grande parte do Rio Grande do Sul, com um elevado número de óbitos e de casos (165). Cabe ressaltar que, com uma política coordenada de

mitigação e resposta, considerando as recomendações da ciência, tais óbitos que poderiam ser evitados (180).

Inclusive o estudo de meta análise de Iezadi, Gholipour e Azami-Aghdash aponta que as medidas não farmacológicas possuem efeito na redução de casos e óbitos. Porém há uma ressalva quanto a dificuldade de manutenção dessas medidas, quando tomadas muito precocemente (178). Este foi o caso presenciado no Brasil, onde muitos estados logo em março de 2020 decretaram o fechamento de atividades não essenciais, quando a curva de transmissão ainda era baixa. No momento em que a transmissão teve um aumento significativo, as medidas haviam sido relaxadas, ou então a população já não aderiu da maneira necessária (179, 180).

Esse fato trouxe na primeira onda o colapso no sistema de saúde e sistema funerário em Manaus no ano de 2020 e a crise dos oxigênios em janeiro de 2021. Cabe ressaltar que nesse período, ainda não havia vacinas e os únicos métodos de profilaxia eram as medidas não farmacológicas. E ainda um fator agravante, era a política instituída pelo Ministério da Saúde em prol do “Kit Covid”, com um incentivo maciço do Conselho Federal de Medicina. Esta estratégia foi utilizada principalmente como uma tentativa de retorno à normalidade e por consequência, uma retomada à política econômica.

É importante trazer para o debate o uso histórico do negacionismo pela extrema direita, que foi amplamente utilizada ao longo da pandemia. Essa estratégia foi amplamente utilizada no período do holocausto e em ditaduras, inclusive no Brasil. A utilização dessa tática em tempos atuais, significa uma maior disseminação de informações falsas e discursos de ódio, que no caso da COVID-19, custaram vidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Covid-19, sendo a maior pandemia da atualidade, exigiu ações coordenadas de todos os Estados. Tais ações, quando pautadas na ciência, tiveram um resultado positivo na redução da transmissibilidade do vírus e conseqüentemente nos óbitos. Como políticas de mitigação e enfrentamento à Covid-19, as medidas não farmacológicas foram consideradas as mais eficientes.

No Brasil, tais medidas foram adotadas logo no mês de março de 2020 pelos Estados, que tiveram o protagonismo na resposta à pandemia. O Governo Federal por sua vez, atravessou diversas crises, como mudanças de Ministro da Saúde e divergências políticas. Além disso, instalou uma política de negação do vírus, disseminação de fake news e transmissão sistemática do vírus, por meio da defesa da imunidade de rebanho. O Governo Federal não assumiu a coordenação da ESP junto a Estados, Municípios e demais atores, conforme preconizado pelas políticas relacionadas à ESP do Ministério da Saúde.

A análise das normativas federais neste estudo, puderam nos dar um panorama de que, em relação as medidas não farmacológicas, entre elas a quarentena, o isolamento social, o distanciamento social e o uso de máscaras faciais, o Governo Federal não apresentou normativas de modo a garantir uma resposta nacional coordenada. E ainda, revogou normas que versavam sobre o cumprimento das medidas. Mesmo que as normativas não garantam a implementação de políticas públicas, elas representam um direcionamento político dos governos, sobre a importância do problema na agenda (180). Neste caso foi evidente que o governo de Jair Bolsonaro priorizou a agenda econômico em detrimento da saúde.

Assim, o Governo Federal não assumiu a coordenação da ESP junto a Estados, Municípios e demais atores, conforme preconizado pelas políticas relacionadas à ESP do Ministério da Saúde. Como consequência, o Brasil foi um dos países um maior número de casos e óbitos em 2020, respectivamente 7.676.973 casos e 194.949 óbitos, segundo dados do Ministério da Saúde (181). As ações relacionadas a pandemia vindas da Presidência da República e do Governo Federal, no comando de Jair Bolsonaro, analisadas neste trabalho, mostram o despreparo e desconhecimento do ex-Presidente e de sua cúpula quanto a agenda das ESP. Ainda, desnudam o viés autocrata do ex-chefe de Estado brasileiro, apresentado em muitas oportunidades.

Assim, devido uma escolha política de não agir como coordenador da ESP a nível nacional e de não aderir a estratégias comprovadas pela ciência, como as medidas não farmacológicas, o Presidente e parte do Governo Federal utilizaram-se da estratégia de transmissão em massa do vírus, da transmissão de rebanho, para a mais breve normalização da economia.

REFERÊNCIAS

1. Kupferschmidt K, Cohen J. Can China's COVID-19 strategy work elsewhere? *Science* 2020. [Acesso em 20 abr 2021]. 367(6482): 1061-1062. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32139521/>.
2. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020 Mar 13;27(2):taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
3. World Health Organization. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. [Internet]. Geneva, 2020. [Acesso em 20 ago 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>.
4. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunubá Z, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A (2020) Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team. London, March, 16. [Acesso em 17 ago 2023]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>
5. Qualls N, Levitt A, Kanade N, Wright-Jegede N, Dopson S, Biggerstaff M, et al. Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza - United States, 2017. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2017 Apr. [Acesso em 17 mar 2023];66(1):1-32. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>
6. World Health Organization. Rational Use of Personal Protective Equipment for Coronavirus Disease (COVID19) and Considerations during Severe Shortages and Interim Guidance. World Health Organization (WHO); Geneva, 2020. [Acesso em 20 mar 2023]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).
7. Souza ASR, Amorim MMR, Melo AS de O, Delgado AM, Florêncio APMC da C, Oliveira TV de, et al.. General aspects of the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2021 Feb. [Acesso em 14 mar 2023]. 21:29–45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100003>
8. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005. Revision of the International Health Regulations, WHA 58.3. 23 may 2005). [Acesso em 30 jan 2023]. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20353/WHA58_3-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Carmo, Eduardo Hage, Penna, Gerson e Oliveira, Wanderson Kleber de Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados* [online]. 2008, v. 22, n. 64 [Acesso em 02 jul 2022] , pp. 19-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, 2018. [Acesso em 16 fev 2023]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
11. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Brasília, 2011. [Acesso em 19 fev 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm

12. Narváez L, Lavell A, Ortega G P. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. Proyecto Apoyo a la Prevención de Desastres en la Comunidad Andina - Predecán. Secretaría General de la Comunidad Andina. Lima, 2009.
13. Rose DA, Murthy S, Brooks J, Bryant J. The Evolution of Public Health Emergency Management as a Field of Practice. *Am J Public Health*. 2017 Sep;107(S2):S126-S133. DOI: 10.2105/AJPH.2017.303947.
14. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988
15. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. [Internet]. Brasília, 20 set. 1990. Acesso em 27 mar 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
16. Brasil. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). [Internet]. Brasília 14 dez 2011. [Acesso em 29 jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html.
17. LYNN, LE. *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Califórnia: Goodyear. 1980..
18. PETERS, BG. Review: Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability by R. W. Rhodes. *Publ Adm* 76: 408-509. 1998
19. DYE, TD. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984
20. Mead L. Public Policy: Vision, Potential, Limits. *Policy Currents* (Newsletter of the Public Policy Section, APSA). 1995 Feb. 68(3).
21. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* [online]. 2006, n. 16 pp. 20-45. [Acesso em 10 mai 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.
22. Araújo L, Rodrigues ML. Modelos de análise das políticas públicas., *Soc, Probl e Práticas*, 83. [Internet]. 2017, [Acesso em 25 jul 2022]. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/2662>
23. JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In: FISCHER, F.; MILLER, G.; SIDNEY, M. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*, p. 43-62. Boca Raton, FL: CRC Press, 2007. [Acesso em 30 set 2022]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.4324/9781315093192>.
24. Capella ACN, Brasil FG. Análise de políticas públicas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes. *Novos Estud Cebrap* [Internet]. 2015Jan;(101):57-76. [Acesso em 30 set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002015000100003>.
25. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet] Brasília, 19 set 1990. [Acesso em 20 ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
26. Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R. et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nat Hum Behav* 5, 529-538 (2021). [Acesso em 17 jul 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>

27. Rezende JM. As Grandes Epidemias da História. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp; 2009. p. 73-82. História da Medicina series, vol. 2. [Acesso 2022 mar 7]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0008>.
28. Lopes OC. A Medicina no Tempo. São Paulo: Edusp/Melhoramentos; 1969. op. cit. p. 172.
29. Costa LMC, Merchan-Hamann E. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. Rev Pan-Amaz Saude [online]. 2016;7(1):11-25. ISSN 2176-6215. [Acesso em 7 mar 2022] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000100002>
30. Cox NJ, Subbarao K. Global Epidemiology of Influenza: Past and Present. Ann Rev Med. 2000;51(1):407-421. [Acesso em 22 mar 2022]. Disponível em: doi:10.1146/annurev.med.51.1.407
31. Merson MH. The HIV-AIDS Pandemic at 25 - The Global Response. N Engl J Med. 2006;354:2414-2417. [Acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: doi:10.1056/NEJMp068074.
32. UNAIDS. Relatório Informativo. Dia Mundial da AIDS 2021. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Brasil; 2021.
33. Silva GR, et al. Defesa química: histórico, classificação dos agentes de guerra e ação dos neurotóxicos. Quím Nova. [Internet]. 2012;35(10):2083-2091. [Acesso em 7 mar 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-40422012001000033>.
34. Brachman PS. Bioterrorism: An Update with a Focus on Anthrax. Am J Epidemiol. 2002;155(11):981-987. [Acesso em 10 mar 2022]. Disponível em: doi:10.1093/aje/155.11.981.
35. National Weather Service (US). Extremely Powerful Hurricane Katrina Leaves a Historic Mark on the Northern Gulf Coast. [Internet]. US Government [Acesso em 5 jun 2023]. Disponível em: <https://www.weather.gov/mob/katrina>.
36. Fineberg HV. Pandemic Preparedness and Response — Lessons from the H1N1 Influenza of 2009. [Internet] N Engl J Med. 2014; (370):1335-42. [Acesso em 30 jun 2022]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1208802>.
37. Wilder-Smith A, Osman S. Public health emergencies of international concern: a historic overview. J Travel Med. 2020;27(8):taaa227. doi:10.1093/jtm/taaa227.
38. Pan American Health Organization (PAHO). Health response to the earthquake in Haiti January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden onset disaster. [Internet]. Washington DC. PAHO, 2011. Acesso em 29 jun 2022]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52841/9789275132524_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
39. Freitas CM de, Carvalho ML de, Ximenes EF, Arraes EF, Gomes JO. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. Ciênc saúde coletiva. (jun 2012), 17(6):1577–86. doi.org/10.1590/S1413-81232012000600021.
40. Lucchini RG, Hashim D, Acquilla S, et al. A comparative assessment of major international disasters: the need for exposure assessment, systematic emergency preparedness, and lifetime health care. BMC. Public Health. [Internet]. 2017 [Acesso em 25 jan 2019]; 17(1):46. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-0163939-3>.
41. Schmidt L, Horta A, Pereira S. O desastre nuclear de Fukushima e os seus impactos no enquadramento midiático das tecnologias de fissão e fusão nuclear. Ambient soc. (Out 2014). 17(4):233–50. doi.org/10.1590/1809-4422ASOCex003V1742014
42. Dixon MG, Schafer IJ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ebola viral disease outbreak West Africa, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. [Internet].

- 2014;63(25):548-551. [Acesso em em 11 jun 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779383/>
43. World Health Organization. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease outbreak news: Update [Internet]. 2019 [Acesso em 15 maio 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/14--november-2019-ebola-drc/en/>.
 44. World Health Organization. Zika epidemiology update [Internet]. 2019. [Acesso em 15 maio 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/zika/epidemiology-update/en/>.
 45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019. [Acesso em 15 maio 2023]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf?fbclid=IwAR3qTQYyo5tG7dYLNxWfj4ymtmIAoJtlobTnwToAPConwrDn0Vpv0kyzvo>.
 46. Ministério da Saúde (BR). Paineis Coronavírus. [Internet]. Brasília, 2023. [Acesso em em 11 jul 2023]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
 47. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Diretor-geral da OMS declara que surto de monkeypox constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional. [Internet]. OPAS, 2022. [Acesso em em 11 jul 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-7-2022-diretor-geral-da-oms-declara-que-surto-monkeypox-constitui-uma-emergencia-saude>.
 48. Organisation Mondiale de la Santé. Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé. [Internet]. Geneva: OMS,1958. p.6. [Acesso em 17 mar 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38792/a40539.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 49. B. Gomes C, de P. Gonzaga e Castro L. O novo Regulamento Sanitário Internacional. R. Dir. sanit. [Internet]. 28 de outubro de 2012. 13(2):137-55. [Acesso 11 mar 2022]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56233>.
 50. Organização Pan-Americana da Saúde. Portifólio OPAS 2016. Brasília, 2016.
 51. SOPER, F. Informe sobre o Programa da Oficina Sanitária Pan-Americana. Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana, 11: 977-997, ano 27,1948.
 52. World Health Organization (WHO). 1947. Chronicle of the World Health Organization. [Acesso em 12 mar 2023]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1948.pdf.
 53. Matta GC. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trab educ saúde (Set 2005);3(2):371–96. DOI: 10.1590/S1981-77462005000200007
 54. World Health Organization. About WHO. [Acesso em 26 mar 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>.
 55. WHO. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. [Internet]. New York, 1946. [Acesso em 20 jun 2022]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
 56. World Health Organization. International Health Regulation, 1969. [Internet]. Geneva, 1983. [Acesso em 21 jun 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96616/9241580070.pdf?sequence=1&isAllowed=>
 57. Menucci D.L. O regulamento sanitário Internacional (2005) e a Vigilância em Saúde. Rev Dir Sanitário. [Internet],v7, n.1/2/3 p.54-87. São Paulo, 2006. [Acesso em 17 jul 2022]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/79968/83895/110370#:~:text=O%20Regulamento%20Sanit%C3%A1rio%20Internacional%20visa,tr%C3%A1fego%20e%20no%20com%C3%A9rcio%20mundial>.

58. World Health Organization. International Health Regulations (2005). [Internet]. Geneva, 2016. 3.ed. p.7-9. [Aceso em 29 ago 2022]. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/international_health_regulations_2005.pdf.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de operação do ponto focal nacional para o regulamento sanitário internacional. Brasília, 2016. [Acesso em 20 jun 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacao_ponto_focal_nacional_regulamento_sanitario_internacional.pdf.
60. Brasil. Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, 1975. [Acesso em 14 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm#:~:text=L6259&text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
61. Teixeira MG. Editorial especial: Secretaria de Vigilância em Saúde: novas perspectivas para o SUS. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2003;6(3):197-199. [Acessado 20 mar 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000300002>
62. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde: Aprimorando as ações de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde no SUS. [Internet]. Brasília, 200-?. [Acesso 23 mar 2022]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-26294>.
63. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). EpiSUS – “Além das Fronteiras”. Contribuindo para o Fortalecimento da Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS. Brasília, DF. OPAS, 2015. p13-18.
64. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS. Memórias do EpiSUS – 10 anos colaborando nas respostas as emergências em Saúde Pública. [Internet]. Acesso em 22 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_episus_10_anos_colaborando_respostas_emergencias_saude_publica.pdf.
65. BRASIL. Portaria no 30 de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. [Internet] Brasília, DF, 2005. [Acesso em 29 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html.
66. Freitas CM et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, [Internet], 2012. [Acesso em: 30 mar 2022], 17(6):1577-1586. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3YPnvszHvbSWHmJWLbPDWMM/abstract/?lang=pt>
67. BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. [Internet]. Brasília, 2011. [Acesso em 14 fev 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm.
68. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, et al. Evaluation of Brazil’s public health surveillance system within the context of the

- International Health Regulations (2005). *Rev Panam Salud Publica*. [Internet], 2012 [Acesso em 17 mar 2022], 32(1):49–55. Disponível em:
69. BRASIL. Portaria nº 1.066, de 10 de maio de 2011. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para preparação das ações de saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014. [Internet]. Brasília, 2011. [Acesso em 12 maio de 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html.
 70. Ministério da Saúde (BR). Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. [Internet]. Brasília, 2014. [Acesso em 10 ago 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf.
 71. Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2018. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. [Internet]. Brasília, 2018. [Acesso em 12 maio 2022]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
 72. Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. [Internet]. Brasília, 2019. [Acesso em 17 maio 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm.
 73. Governo Federal. Programa Vigiar SUS é lançado pelo Ministério da Saúde. [Internet] 20 out 2020. [Acesso em 13 fev 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/programa-vigiar-sus-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>.
 74. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.802, de 3 de agosto de 2021. Institui a Rede de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. [Internet]. Brasília, 2021. [Acesso em 13 fev 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.802-de-3-de-agosto-de-2021-336060632>.
 75. Brasil. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. [Internet]. Brasília, 2022. [Acesso em 20 mar 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11098.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.098%2C%20DE%20JUNHO%20DE%202022&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a.
 76. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. [Internet]. *Lancet* 2020. [Acesso em 06 mai 2023]. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
 77. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc*. [Internet]. 2020 Mar;83(3):217-220. [Acesso em 06 mai 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153464/>.
 78. World Health Organization (WHO). Timeline: WHO's COVID-19 response. [Interne]. 2020 [Acesso em 02 mai 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>.
 79. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019 n-Cov). *Bol Epidemiol COE* 1:17 [Internet]. 2020 [Acesso em 02 mai

- 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-1-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
80. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. [Acesso em 2023 mai 02]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>.
 81. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19. [Acesso em 2023 mai 02]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
 82. Redação Galileu. Qual é a diferença entre distanciamento, isolamento, quarentena e lockdown? 07 maio 2020. [Acesso em em 16 jul 2023]. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/05/qual-e-diferenca-entre-distanciamento-isolamento-quarentena-e-lockdown.html>
 83. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* [Internet]. 2020 [Acesso em 20 ago 2022], 27:2. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>.
 84. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, Yu J, Kang M, Song Y, Xia J, Guo Q. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [Acesso em 21 ago 2022], 382(12):1177-1179. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2001737?articleTools=true>.
 85. Ling Z, Xu X, Gan Q, Zhang L, Luo L, Tang X, Liu J. Asymptomatic SARS-CoV-2 infected patients with persistent negative CT findings. *Eur J Radiol* [Internet]. 2020 [Acesso em 21 ago 2022]; 126:108956. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC32199142/>.
 86. BBC. 'Em colapso': a dramática situação dos hospitais da Itália na crise do coronavírus. 19 mar 2020. [Acesso em em 16 jul 2023]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51968491>
 87. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71. WHO, 31 mar 2020. [Acesso em em 17 jul 2023]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_8.
 88. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Confirmed cases. Disponível em: <https://covid19.who.int/?mapFilter=cases>.
 89. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet], 2020. [Acesso em 02 mai 2023]. 29(2). Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200002&lng=pt.
 90. Croda J, Oliveira WK de, Frutuoso RL, Mandetta LH, Baia-da-Silva DC, Brito-Sousa JD, et al.. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2020. [Acesso em 02 mai 2023],53:e20200167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>
 91. Brasil. Decreto Presidencial no 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020. [Acesso em 23 mai 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10211.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2010.211%2C%20DE%2030,e%20Internacional%20%2D%20GEI%20ESPII.

92. Brasil. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 4 fev 2020 [Acesso em 6 mai 2023]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereirode-2020-241408388>.
93. Brasil. Lei no 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 6 fev 2020 [Acesso em 7 mai 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm#view
94. Ministério da Saúde. Operação Regresso: missão que fará repatriação de brasileiros já está na China. [Internet]. [Acesso em 10 maio 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/operacao-regresso-missao-que-fara-repatriacao-de-brasileiros-ja-esta-na-china>
95. Ministério da Saúde (BR). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília, 2020 [Acesso em 8 mai 2023]. 24 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingenciacion-coronavirus-COVID19.pdf>
96. Cavalcante JR, Cardoso-dos-Santos AC, Bremm JM, Lobo A de P, Macário EM, Oliveira WK de, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020. [Acesso em 10 mai 2023], 2020;29(4):e2020376. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>.
97. Jornal Nacional. OMS reforça que medidas de isolamento social são a melhor alternativa contra o coronavírus. [Internet]. 30 mar 2020. [Acesso em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/30/oms-reforca-que-medidas-de-isolamento-social-sao-a-melhor-alternativa-contr-o-coronavirus.ghtml>.
98. World Health Organization (WHO). Overview of public health and social measures in the context of COVID-19 (Interim guidance). Geneva, 2020. [Acesso em 11 jun 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
99. Ventura D de FL, Reis R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. [Internet], 2021 [Acesso em 18 jun 2023], (10): 6-31. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>.
100. Paiva D; Pinheiro L; Passos L; Vianna R; Ministério da Saúde recomenda que viajante internacional fique em casa por 7 dias ao chegar ao Brasil [Internet]. G1. 13 mar 2020 [Acesso em 18 jun 2023] Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/13/ministerio-da-saude-divulga-orientacoes-para-estados-sobre-coronavirus.ghtml>
101. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial: doença pelo coronavírus 2019. Bol Epidemiol [Internet]. 2020 [Acesso em 06 maio 2023], 7(spe):1-28. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-5-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>
102. Brasil. Decreto nº 40.520, de 14 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal (DF) [Internet] Brasília, 14 mar 2020. [Acesso em 6 maio 2023]. Disponível em:

- https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ed3d931f353d4503bd35b9b34fe747f2/Decreto_40520_14_03_2020.html.
103. Agência Brasil. Veja as medidas que cada estado está adotando para combater a covid-19. 28 mar 2020. [Acesso em 11 jun 2023]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/veja-medidas-que-cada-estado-esta-adotando-para-combater-covid-19>.
 104. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. [Internet] 21 mar 2020. [Acesso em 05 jun 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/marco/ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>.
 105. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial no 5 de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União, Seção I, Edição extra C. [Internet]. [Acesso em 28 jun 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%205-20-mj-sp-ms.htm
 106. Agência Brasil de Comunicação. Covid-19: governo autoriza punição para quem não cumprir medidas. [Internet] 2020. [Acesso em 28 jun 2023]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-autoriza-punicao-para-quem-nao-cumprir-medidas>.
 107. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União (DF) [Internet] 20 mar 2020. [Acesso em 2023 mai 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10282.htm.
 108. G1. Casos de coronavírus no Brasil em 20 de março. 20 mar 2020. [Acesso em 7 maio 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/20/casos-de-coronavirus-no-brasil-em-20-de-marco.ghtml>
 109. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória nº 926 de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União 20 mar 2020. [Acesso em 7 maio 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv926.htm
 110. Teixeira M. Com recados a Bolsonaro, Supremo autoriza estados e municípios a decidirem sobre isolamento. [Internet]. Folha de São Paulo, 15 abr 2020. [Acesso em 25 abr 2023]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/com-recados-a-bolsonaro-stf-forma-maioria-para-permitir-estados-a-regulamentarem-isolamento-social.shtml>
 111. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. [Acesso em 20 maio 2023]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1#:~:text=O%20Plen%C3%A1rio%20do%20Supremo%20Tribunal,provid%C3%AAs%20normativas%20e%20administrativas%20pelos>.
 112. Youtube. Assista ao pronunciamento de Jair Bolsonaro sobre crise do coronavírus. 25 mar 2020. Youtube. [Acesso em 10 jun 2023] Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zuBs0NVr-70>.
 113. Fonseca EM, Natrass N, Lazaro LLB, Bastos FI. Political discourse, denialism and leadership failure in Brazil’s response to COVID-19. Global Public Health. [Internet],

2021. [Acesso em 10 jun 2023], 16(8-9):1251-1266. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1945123>.
114. World Health Organization (WHO). Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [Acesso em 25 jun 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-ncov-adjusting-ph-measures-2023>.
 115. Idoeta P.A. A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid [Internet]. BBC News Brasil, 21 maio 2021. [Acesso em 25 jun 2023]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>.
 - 116.115. Fiocruz. Qual a diferença entre isolamento vertical, horizontal. 01 jul 2020. [Acesso em 17 jun 2023]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-diferenca-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown>.
 117. CNN Brasil. Governo lança campanha ‘Brasil Não Pode Parar’ contra as medidas de isolamento. CNN Brasil, 27 mar 2020. [Acesso em 18 jun 2023], Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento/>.
 118. Ventura D de FL, Reis R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19 [Internet]. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. [Internet], 2021. [Acesso em 18 jun 2023], (10): 37. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>.
 119. Ministro suspende veiculação de campanha contra as medidas de distanciamento social. Supremo Tribunal Federal. [Internet], 2020. [Acesso em 21 jun 2023]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=440567&tip=UN>
 120. Brasil. Portaria nº 152, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. [Internet]. [Acesso em 22 jun 2023]. Disponível em: [//www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-152-de-27-de-marco-de-2020-250060288](http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-152-de-27-de-marco-de-2020-250060288).
 121. Agência Senado. Coronavírus: Senado aprova auxílio emergencial de R\$ 600. [Internet] 30 mar 2020. [Acesso em 22 jun 2023]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/30/coronavirus-senado-aprova-auxilio-emergencial-de-r-600>.
 122. Veja. Em resposta a Bolsonaro, diretor-geral da OMS insiste no isolamento social. [Internet] 01 abr 2020. [Acesso 22 jun 2023]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/mundo/em-resposta-a-bolsonaro-diretor-geral-da-oms-insiste-no-isolamento-social>.
 123. Ministro assegura que estados, DF e municípios podem adotar medidas contra pandemia. Supremo Tribunal Federal. Brasília. [Internet] 08 abr 2020. [Acesso em 23 jun 2023]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441075&aMP>.
 124. BBC News Brasil. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. [Internet]. 16 abr 2020. [Acesso em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>
 125. CNN Brasil. Após 29 dias no cargo, Nelson Teich pede demissão do Ministério da Saúde. [Internet] 15 mai 2020. [Acesso em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/nelson-teich-pede-demissao-do-ministerio-da-saude/#:~:text=O%20ministro%20da%20Sa%C3%BAde%2C%20Nelson,hist%C3%B3ria%20por%20causa%20da%20cloroquina.%E2%80%9D>
 126. Nexo Políticas Públicas. O primeiro ano de pandemia no Brasil em 43 eventos. [Internet]. 12 abr 2021 [Acesso em 21 jun 2023]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-primeiro-ano-de-pandemia-no-Brasil-em-43-eventos>

127. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020 [Acesso em 25 jun 2023], 18(3):e00302134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>
128. Landim R. Bolsonaro promete reduzir tributos e pede que empresários lutem contra Doria. *CNN*. [Internet]. 14 mai 2020. [Acesso em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/bolsonaro-promete-reduzir-tributos-e-pede-que-empresarios-lutem-contradoria/>
129. Murakawa. F. Bolsonaro ‘exige’ que ministro da Saúde recomende a cloroquina. *Valor Econômico*. [Internet]. 14 mai 2020. [Acesso em 27 jun 2023]. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/14/bolsonaro-exige-que-ministro-da-saude-recomende-a-cloroquina.ghtml>.
130. Conselho Federal de Medicina (CFM). Parecer CFM nº 4/2020. Ementa: Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. [Internet]. 2020. [Acesso em 27 jun 2023]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>
131. Corrêa MC, Vilarinho L, Barroso WB. Controvérsias em torno do uso experimental da cloroquina / hidroxicloroquina contra a Covid-19: “no magic bullet”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [Acesso em 27 jun 2023]; 30(02): e300217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300217>. ISSN 1809-4481.
132. Junqueira C, Machida K. Após 29 dias no cargo, Nelson Teich pede demissão do Ministério da Saúde. *CNN Brasil* [Internet]. 15 mai 2020. [Acesso em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/nelson-teich-pede-demissao-do-ministerio-da-saude/#:~:text=O%20ministro%20da%20Sa%C3%BAde%2C%20Nelson,hist%C3%B3ria%20por%20causa%20da%20cloroquina.%E2%80%9D>
133. G1. Assim como Teich, Mandetta caiu após discordar de Bolsonaro sobre cloroquina e isolamento. [Internet]. 15 mai 2020. [Acesso em 27 jun 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/15/mandetta-tambem-caiu-apos-discordancias-com-o-presidente-sobre-cloroquina-e-isolamento-vertical.ghtml>
134. Garcia G. Em ato no Planalto, Pazuello é efetivado, e Saúde passa a ter ministro titular após 4 meses. *G1*. [Internet] 16 set 2020. [Acesso em 21 jun 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/09/16/em-ato-no-planalto-pazuello-e-efetivado-e-saude-passa-a-ter-ministro-titular-apos-4-meses.ghtml>.
135. Galvani G. Eduardo Pazuello é exonerado de cargo no governo federal. *CNN*. [Internet]. 07 abr 2022. [Acesso em 13 jun 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/eduardo-pazuello-e-exonerado-de-cargo-no-governo-federal/#:~:text=A%20exonera%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20assinada%20pelo,de%20abril%2C%20ter%C3%A7a%2Dfeira>.
136. Exame. 3 acontecimentos que marcaram a gestão de Pazuello na Saúde. [Internet]. 14 mar 2021. [Acesso em 05 mai 2023]. Disponível em: <https://exame.com/brasil/3-acontecimentos-que-marcaram-a-gestao-de-pazuello-na-saude/>.
137. Gonçalves LAP. Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, a dupla carga epidêmica sobre a Saúde. *Physis* [Internet]. 2020 [Acesso em 10 mai 2023], 30(4):e300401. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300401>.
138. Ministério da Saúde. Nota Informativa 9/2020 SE/GAB/SE/MS. [Internet]. 2020 [Acesso em 25 jun 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>.
139. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023 [Acesso em 05

- mai 2023], 28(5):1277–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>.
140. Brasil. Portaria interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020. Revoga a Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020. [Internet] 2020 [Acesso em 20 ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/Portaria%20n%C2%BA%209-20-mjsp-ms.htm#art2.
 141. O Estado de S. Paulo. Site do Ministério da Saúde sobre Covid 19 volta ao ar apenas com informações das últimas 24 horas. O Estado de S. Paulo. [Internet]. 8 jun 2020. [Acesso 05 mai 2023]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral>.
 142. G1, O Globo, Extra, Estadão, Folha e UOL. Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid 19. [Internet]. 8 jun 2020. [Acesso em 20 mai 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/>.
 143. Ascom Conass. Conass lança Painel de Monitoramento de Habilitações de Leitos SRAG/UTI Covid-19. [Internet] Brasília, 5 jun 2020. [Acesso em 19 jul 2023]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-lanca-painel-de-monitoramento-de-habilitacoes-de-leitos-srag-uti-covid-19/>.
 144. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local. Brasília. [Internet], 2020 2ª ed, p 6. [Acesso em 19 jul 2023]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-Gestao-Covid-19-2-1.pdf63333>
 145. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19: Fiocruz firmará acordo para produzir vacina da Universidade de Oxford. [Internet]. 27 jun 2020. [Acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-fiocruz-firmara-acordo-para-produzir-vacina-da-universidade-de-oxford>
 146. Venaglia G. Brasil avança em acordo para produzir 100 milhões de doses da vacina de Oxford. [Internet]. CNN, 31 jul 2020. [Acesso em 21 abr 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-avanca-em-acordo-para-produzir-100-milhoes-de-doses-da-vacina-de-oxford/>
 147. Senado Notícias. Bolsonaro veta uso obrigatório de máscara no comércio, em escolas e em igrejas. Senado Federal, 03 jul 2020. [Acesso em 19 jul 2023]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/03/bolsonaro-veta-uso-obrigatorio-de-mascara-no-comercio-em-escolas-e-em-igrejas>
 148. Machado R. Triboli P. Congresso derruba veto de Bolsonaro ao uso obrigatório de máscaras em lojas e escolas. Agência Câmara de Notícias [Internet] 19 ago 2020. [Acesso em 19 jul 2023]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/685851-congresso-derruba-veto-de-bolsonaro-ao-uso-obrigatorio-de-mascaras-em-lojas-e-escolas/#:~:text=O%20Congresso%20Nacional%20derrubou%20neste,reincid%C3%Aancia%20E2%80%92%20em%20caso%20de%20descumprimento>.
 149. World Health Organization. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. [Internet] 2 dez 2020. [Acesso em 25 jun 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
 150. Ministério da Saúde (BR). Nota informativa nº 17/2020-SE/GAB/SE/MS. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19. [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 23 jul 2023]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/wp-content/uploads/2021/05/com-nota-extra-nota-informativa-covid.pdf>
 151. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 405, de 22 de julho de 2020. [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 25 jul 2023].

- Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/RDC_405_2020_.pdf.
152. Krüger A. No dia em que Brasil atinge 100 mil mortes por Covid-19, governo comemora 'um dos menores índices de óbitos por milhão'. [Internet]. G1, 8 ago 2020. [Acesso em 25 jul 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/08/08/no-dia-em-que-brasil-atinge-100-mil-mortes-por-covid-19-governo-comemora-um-dos-menores-indices-de-obitos-por-milhao.ghtml>
 153. G1. CPI da Covid: Governo Bolsonaro recusou 11 vezes ofertas para compras de vacina. [Internet], 27 abr 2021. [Acesso em em: 29 jun 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/04/27/cpi-da-covid-governo-bolsonaro-recusou-11-vezes-ofertas-para-compras-de-vacina.ghtml>
 154. Calil GG. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. Serv Soc. [Internet], 2021 [Acesso em 29 jun 2023], (140):30–47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>.
 155. Conselho Nacional e Saúde. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin/CNS) de 31/12/20. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf.
 156. Ministério da Saúde (BR). Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19. [Internet]. Brasília, 16 dez 2020. [Acesso em 08 ago 2023]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/1-edicao-plano-operacionalizacao-vacinacao-covid19.pdf>
 157. Freire S. Lewandowski vota para que governo apresente plano de vacinação em 30 dias. [Internet]. Poder 360, 24 nov 2020. [Acesso em 08 ago 2023]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/justica/lewandowski-vota-para-que-governo-apresente-plano-de-vacinacao-em-30-dias/>.
 158. Barreto IC de HC, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira LG de, Martins NRAV, Cavalcante FV, Andrade LOM de, Santos LMP. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19 [Internet]. SciELO Preprints. 2021 [Acesso em 08 ago 2023]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1862>.
 159. Brasil. Senado Federal. Relatório Final CPI Covid-19. [Internet] 20 out 2021. [Acesso em 15 ago 2023]. p252-253. Brasília, Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/148b0ad1-c1a2-4f6e-96c3-49042fef607d>.
 160. Tagiaroli G. TrateCov: sistema do governo que sugere cloroquina não explica uso de dados. [Internet]. UOL, 20 jan 2021. [Acesso em 07 ago 2023]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2021/01/20/tratecov-app-sugere-tendencia-para-tratamento-precoce-de-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>.
 161. Secom TCU. Aplicativo TrateCov recomendava tratamento precoce da Covid-19. [Internet]. Tribunal de Contas da União (TCU). 04 ago 2021. [Acesso em 2 ago 2023]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aplicativo-tratecov-recomendava-tratamento-precoce-da-covid-19.htm>
 162. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas [Internet]. 17 jan 2021. [Acesso em: 07 ago 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas>
 163. Isto é Dinheiro. Brasil aplica a primeira vacina contra a covid-19 após aprovação da Anvisa. [Internet]. 17 jan 2021. [Acesso em 07 ago 2023]. Disponível em: <https://istoedinheiro.com.br/brasil-aplica-a-primeira-vacina-contra-a-covid-19-apos-aprovacao-da-anvisa/>.

164. Cristaldo H; Brandão M. Vacinação contra a covid-19 começa em todo o país. Agência Brasil. [Internet]. 19 jan 2021. [Acesso em 01 ago 2023]. 19 mar 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/vacinacao-contracovid-19-come%C3%A7a-em-todo-o-pais>.
165. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Boletim Observatório Covid-19. Boletim Especial – Balanço de dois anos de pandemia. [Internet]. 2022. [Acesso em 01 ago 2023]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf.
166. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pela Covid-19. [Internet]. 22 abr 2022. [Acesso em 01 ago 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-em-saude-publica-de-importancia-nacional-pela-covid-19>.
167. Agência Brasil. Brasil registra 16.194 novos casos de covid-19 e 35 mortes em 24 horas. [Internet]. 21 mai 2022. [Acesso em 10 ago 2023]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-registra-16194-novos-casos-de-covid-19-e-35-mortes-em-24-horas>.
168. Organização Pan Americana de Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. [Internet]. 5 maio 2023. [Acesso em 01 ago 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.
169. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS (CIEGES). Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/situacao-de-saude-da-populacao/casos-e-obitos-covid-19>.
170. Ventura D de FL, Aith FMA, Rached DH. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. Rev Direito Prax [Internet]. 2021. [Acesso em 24 ago 2023], 12(1):102–38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/49180>
171. Brasil. Portaria Interministerial nº 5, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. [Internet]. 17 mar 2020. [Acesso em 17 ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%205-20-mj-sp-ms.htm
172. Brasil. Portaria Interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020. Revoga a Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020. [Internet]. 27 mai 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-27-de-maio-de-2020-258914013>.
173. Brasil. Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 14 ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114035.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2013.979,respons%C3%A1vel%20pelo%20surto%20de%202019.
174. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio T da S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos.

- Rev Adm Pública [Internet]. 2020Jul;54(4):678–96. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323>.
175. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. Rev Adm Pública [Internet]. 2020Jul;54(4):663–77. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>
176. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341, Distrito Federal. Relator para Acórdão Ministro Edson Fachin. Tribunal Pleno. Julgado em 15 de abr. de 2020. Diário da Justiça Eletrônico de 13 de nov. de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur436466/false>. Acesso em 25 de nov. de 2021.
177. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial: doença pelo coronavírus 2019. Bol Epidemiol. [Internet]. 2020 abr [Acesso em 10 ago 2023];8 1-41. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-5-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
178. AQUINO, EML et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020Jun;25:2423–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
179. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Radis aborda estudos diferentes com idêntica conclusão: a maior parte das mortes por Covid-19 no país poderia ter sido evitada. [Internet]. 18 jul 2021. [Acesso em 29 ago 2023]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51870>.
180. Iezadi S, Gholipour K, Azami-Aghdash S, et al. Effectiveness of non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. [Internet], 2021; [Acesso em 10 ago 2023],16(11):e0260371. doi:10.1371/journal.pone.0260371
181. Martins TC de F, Guimarães RM. Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro. Saúde debate [Internet]. [Acesso em: 1 set 2023], 2022;46(spe1):265–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E118>