



**OS ESTADOS COMO  
NOVOS  
PROTAGONISTAS EM  
SAÚDE E**

**UMA ABORDAGEM  
COORDENADA PARA  
A RECONSTRUÇÃO  
PÓS-COVID-19**

Este relatório<sup>1</sup> é baseado em uma série de entrevistas conduzidas no início de 2022 com secretários estaduais de saúde e outros atores importantes do sistema de saúde pública do Brasil, e pretende informar e apoiar as administrações estaduais no país. Ele explora lições de coordenação advindas do período da pandemia e desenha caminhos para uma maior e mais produtiva coordenação daqui em diante, de forma a endereçar os desafios de reconstrução pós-COVID-19 e regionalização da saúde.

Após analisar o comportamento dos secretários estaduais de saúde durante a pandemia, e reconhecendo os desafios imensos que eles tiveram que superar, este relatório recomenda que as administrações estaduais, quando possível, selecionem secretários de saúde que permaneçam por todo um mandato. Isso permitiria maior aprendizado, construção de confiança, e o desenvolvimento mais duradouro das relações entre secretários estaduais, facilitando a coordenação.

A experiência de coordenação durante a pandemia também demonstra que apesar de grandes avanços, as administrações estaduais terão que manter esforços para tornar os dados em saúde mais robustos e integrados. Também recomendamos que as estruturas que foram bem-sucedidas em manejar coordenação durante a pandemia – e particularmente o CONASS – continuem a ser fortalecidas de forma a avançar novas agendas.

Este relatório também destaca cinco áreas dentro da saúde pública que os fazedores de políticas públicas brasileiros devem prestar mais atenção de forma a reconstruir após a pandemia de COVID-19: o estoque de cirurgias eletivas e diagnósticos perdidos, as mudanças em fatores de risco para doenças crônicas, saúde mental, COVID longa, e imunização.

## SUMÁRIO

---

<sup>1</sup> Este relatório foi desenvolvido pelo assistente de pesquisa João Pedro Caleiro sob a supervisão de Anna Petherick como parte do Lemann Foundation Programme for the Public Sector na Blavatnik School of Government, Universidade de Oxford. As recomendações refletem discussões com os entrevistados e também com os membros do time do Lemann Foundation Programme, Filipe Recch, Lia Pessoa e Beatriz Kira.

---

## CONTEXTO 4

— O papel dos estados no SUS 4

### 1.PADRÕES DE CONFLITO E COOPERAÇÃO DURANTE A PANDEMIA 6

— Cooperação na prática 7

— Foco no CONASS 8

— A estrutura e ambiente dos secretariados de saúde nos estados 9

### 2.O FUTURO 10

— Regionalização 10

— Reconstrução pós-COVID-19 11

- Estoque de cirurgias eletivas e diagnósticos perdidos 12
- Mudanças em fatores de risco para doenças crônicas 12
- Saúde Mental 13
- COVID longa 13
- Imunização 14

### CONCLUSÃO 15

APÊNDICE: Lista de pessoas entrevistadas 16

## CONTEXTO

A saúde aparece consistentemente perto do topo das maiores preocupações do brasileiro desde pelo menos 2019<sup>i</sup>. Em junho passado, estava logo atrás do desemprego e da corrupção<sup>ii</sup>. O Brasil também foi um dos países mais afetados pela COVID-19 em várias medidas absolutas e relativas: teve o segundo maior número de mortes absolutas, o 16o maior número de mortes relativas à população<sup>iii</sup>, e está na 31ª posição em mortes em excesso per capita<sup>iv</sup>.

Este resultado trágico aconteceu apesar das forças do sistema gratuito e universal de saúde pública do Brasil, o SUS. O SUS é maior sistema de saúde pública do mundo; nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes fornece saúde pública universal, e notadamente, usuários do SUS o avaliam melhor que aqueles que não o usam<sup>v</sup>. E ao longo dos últimos 30 anos, o SUS havia ganhado experiência em combater pandemias anteriores, como a zika e chikungunya, e estabelecido o maior programa de saúde preventiva familiar do mundo. Seus times multidisciplinares oferecem aconselhamento e check-up para mais de 60% da população, atingindo mais de 80% em alguns estados<sup>vi</sup>.

Historicamente, o Brasil foi pioneiro em várias iniciativas de sucesso em saúde – foi o primeiro país em desenvolvimento a fornecer acesso universal aos antirretrovirais<sup>vii</sup> e também é considerado em um modelo em controle do tabaco<sup>viii</sup>. Em um dos países mais desiguais do mundo<sup>ix</sup>, o SUS é uma força equalizadora, servindo como a principal fonte de cuidado para três em cada quatro brasileiros. Mas esta média esconde desigualdades vastas em acesso e capacidade que foram expostas, e às vezes aprofundadas, pelo desafio da COVID-19, e particularmente devido a uma falta de coordenação.

Durante a pandemia, o governo federal do Brasil não buscou coordenação nacional em intervenções não-farmacológicas, como distanciamento social, e havendo disputas desde o início inclusive em questões menores<sup>x</sup>. Couberam a atores subnacionais, e particularmente os estados, liderar os esforços contra a pandemia através de arranjos, novos e antigos, incluindo o CONASS, o Consórcio Nordeste, e dezenas de novas estruturas inter-estaduais. Esta experiência fornece lições sobre coordenação entre diferentes governos estaduais, dentro destes governos, e entre estados e outras instituições, que podem ser de grande valor a partir de agora.

### — O papel dos estados no SUS

- Ao longo do tempo, estados e municípios absorveram uma parcela maior das responsabilidades e financiamento do SUS devido a uma maior descentralização, combinada com um recuo da União
- Níveis extremos de desigualdade permanecem no gasto per capita em saúde entre estados

Estados e municípios estavam tomando um papel mais proeminente no SUS desde antes da pandemia, particularmente na área de financiamento. Uma razão para este movimento é que devido à descentralização, municípios são os responsáveis por fornecer todos os níveis de cuidado – da atenção primária à de alta complexidade – e são responsabilizados politicamente por elas, o que incentiva os prefeitos a financiarem a saúde. Outro fator são os problemas estruturais de subfinanciamento federal, especialmente desde 2014. Programas introduzidos inicialmente com um nível adequado de financiamento, em áreas como a de atenção primária, não puderam ser sustentados ao longo do tempo, deixando que municípios preenchessem este espaço.

Entre 2004 e 2019, a parcela de gasto público total pelo governo federal caiu sete pontos percentuais, de 49,1% para 42,1%, o que foi plenamente compensado por um aumento equivalente no gasto municipal, de 24,8% para 31,4%. A parcela de gasto público total em saúde pelos estados foi mantida constante em 26%<sup>xi</sup>.

No entanto, entre os governos estaduais do Brasil, há uma enorme variação no gasto público em saúde. Por exemplo, na média, brasileiros tiveram um gasto per capita do sistema público de R\$ 1.398 em 2019, e, na média, R\$ 366 deste gasto foi pago pelo governo estadual (com R\$ 590 pelo governo federal, e R\$ 441 pelos municípios)<sup>xii</sup>. Porém quando o gasto per capita por estado naquele ano é comparado, o total varia de R\$ 787 no Pará para mais que o dobro — R\$ 1,770 — em Roraima (veja Tabela 1).

Estado	Gasto federal	Gasto estadual	Gasto municipal	Per capita total
Roraima	511.03	967.85	291.41	1,770.29
Tocantins	499.24	772.17	329.78	1,601.18
Mato Grosso do Sul	413.39	488.86	611.90	1,514.14
Acre	467.92	721.88	200.78	1,390.59
Mato Grosso	378.60	448.58	543.50	1,370.68
São Paulo	310.80	389.72	652.70	1,353.23
Santa Catarina	389.22	400.48	549.62	1,339.33
Rio Grande do Sul	482.90	372.84	466.39	1,322.13
Paraná	383.21	345.13	512.78	1,241.12
Espírito Santo	349.53	497.45	377.08	1,224.06
Rondônia	395.01	475.13	343.30	1,213.44
Rio de Janeiro	488.14	289.57	430.02	1,207.73
Amapá	330.49	688.06	166.31	1,184.86
Minas Gerais	373.20	317.34	469.37	1,159.91
Piauí	473.04	309.05	357.49	1,139.58
Sergipe	399.85	389.02	293.66	1,082.53
Rio Grande do Norte	373.62	323.76	369.16	1,066.54
Goiás	336.58	335.35	370.92	1,042.85
Alagoas	452.73	300.21	264.22	1,017.16
Pernambuco	393.21	347.02	274.00	1,014.23
Amazonas	265.91	453.61	281.50	1,001.02
Paraíba	411.53	296.90	289.57	998.00
Ceará	394.54	285.44	309.07	989.06
Bahia	360.32	272.04	291.97	924.33
Maranhão	345.00	263.87	223.95	823.81
Pará	272.23	278.75	236.08	787.07
Federal District	2,311.64	1,260.79	—	3,572.43
National	188.30	—	—	188.30
<b>Gasto per capita</b>	<b>R\$ 590,43</b>	<b>R\$ 366,22</b>	<b>R\$ 441.88</b>	<b>R\$ 1,398.53</b>

#### Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (2019)

Fonte: SIOP/SIOPS/MS

Elaboração: CFM

## 1. PADRÕES DE CONFLITO E COOPERAÇÃO DURANTE A PANDEMIA

---

- O governo federal decidiu não promover coordenação nacional de medidas não-farmacológicas durante a pandemia e desafiou medidas tomadas em nível subnacional, particularmente por estados
- Esta relação conflituosa entre o governo federal e os estados permaneceu por todo o período pandêmico
- Os governos estaduais lideraram a reação à pandemia com a ajuda de novas estruturas, incluindo comitês científicos e comitês de crise, citados como uma fonte de aprendizado mútuo e chave para a tomada de decisões dentro dos estados
- Recomendamos que as administrações estaduais identifiquem e avaliem o que funcionou bem ou mal nestas estruturas, e considerem emular ou mantê-las em algum formato para abordar os desafios adiante

Não há uma conclusão definitiva sobre federações serem menos bem sucedidas contra a pandemia em comparação com sistemas unitários, e países em ambos os sistemas tiveram performances boas e ruins. No entanto, conflitos foram comuns entre o governo central e atores subnacionais em federações, apesar da variação na natureza destes conflitos. Em alguns países, foram as províncias (ou estados) que resistiram às tentativas de coordenação por um governo central, alegando centralização excessiva. O Brasil é um dos poucos países no qual a resposta à pandemia foi quase que exclusivamente liderada por atores subnacionais, mais notadamente os estados.

A federalização está no coração da Constituição de 1988, e o SUS é às vezes apontado como o mais bem-sucedido exemplo do seu modelo de responsabilidades compartilhadas. A articulação e negociação das diretrizes do SUS são manejadas através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação igualitária da União, dos estados e dos municípios<sup>xiii</sup>. Este equilíbrio, no entanto, não foi manejado de forma estável durante a pandemia.

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu de início que governadores e prefeitos tinham competência para determinar suas próprias medidas<sup>xiv</sup>, mas declarou que isso não impedia o governo federal de estabelecer coordenação. A falta de coordenação nacional foi problemática em muitos aspectos, tais como na gestão da escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), oxigênio, kits médicos para intubação, e testagem.

Praticamente todos os secretários estaduais de saúde entrevistados para este relatório descreveram uma relação conflituosa e tensa com o ministério de saúde federal, reportando falta de confiança, atrasos e falhas na comunicação, a qual atribuem principalmente problemas de instabilidade de pessoal, falta de vontade política, capacidade técnica e abertura para o diálogo da parte daqueles em posições em liderança.

No entanto, seria um exagero pintar um cenário de oposição completamente binária entre o governo federal e os estados. No caso de “tratamento precoce” através do uso de remédios não comprovados, por exemplo, 14 estados defenderam ou permitiram o seu uso por meio de suas diretrizes locais.

O governo federal estabeleceu um comitê interministerial para “supervisionar e monitorar” os impactos da COVID-19<sup>xv</sup> em março de 2020, mas apenas estabeleceria um comitê de crise nacional em março de 2021<sup>xvi</sup>. Ambos os comitês não tinham representantes de estados e municípios. Medidas locais foram questionadas por atores federais, colocando um ônus adicional nas estruturas subnacionais: todos os estados criaram pelo menos um comitê de crise antes do final de março de 2020, incluindo nove antes que a pandemia tivesse sido oficialmente declarada pela OMS.

No total, 69 estruturas foram criadas no nível estadual para coordenar a resposta à pandemia. Suas responsabilidades eram muitas vezes estreitas, e seus papéis de fato, às vezes obscuros e opacos. Contudo, estas estruturas foram mencionadas pela maioria (senão todos) dos secretários estaduais de saúde como uma fonte de aprendizado mútuo entre os estados, e como chave para os processos de decisão dentro deles.

Estas estruturas podem ser divididas entre 1. *Comitês científicos, ou estruturas de intermediários do conhecimento*, sejam elas interdisciplinares ou focadas em profissionais da saúde, cuja função era produzir e filtrar evidências para informar e guiar decisões de política pública feitas sob pressão do tempo e em circunstâncias incertas; e 2. *comitês de crise*, cujo principal objetivo era facilitar a coordenação entre diferentes departamentos do governo.

Muitos destes comitês estaduais também incluíram membros do Judiciário, como membros do Ministério Público (MP) e defensorias estaduais. Os secretários estaduais de saúde elogiaram este movimento como uma forma de se antecipar e evitar questionamentos judiciais e atribuição de culpa posteriores, dado que excessos por parte de órgãos de controle, como algo que paralisa políticas públicas, é um tópico de preocupação entre gestores públicos<sup>xvii</sup>.

Recomendamos que administrações estaduais identifiquem e avaliem o que funcionou bem ou não nestas estruturas criadas para filtrar informação e melhorar a cooperação dentro dos seus estados, e considerem repeti-las e mantê-las em algum formato para atacar desafios futuros.

## — Cooperação na prática

- Não há evidências de uma cooperação horizontal sustentada entre os estados de medidas contra a COVID-19, e linhas do tempo coincidentes parecem ter sido motivadas por fatores internos comuns
- No entanto, há bastante evidência anedótica de aprendizado mútuo, solidariedade, transferência de pacientes e troca de insumos
- Há incidentes reportados de reação política à coordenação, dinâmicas de competição entre estados e relações conflituosas entre governos municipais e estaduais
- A coleta e gestão de dados é central para a coordenação e deve ser um ponto importante de foco para governos estaduais daqui em diante

O fato de que estados adotaram medidas mais ou menos similares nos mesmos horizontes de tempo durante o período de 2020 da pandemia, como evidenciado pelos dados do Oxford Covid-19 Government Response Tracker (OxCGRT)<sup>xviii</sup>, não prova por si só coordenação horizontal, e sim expressa características e preocupações comuns. De acordo com um estudo<sup>xix</sup>, o rigor nas políticas no Brasil foi guiado por fatores internos da realidade de cada estado, como capacidade do sistema de saúde, tamanho da população, desigualdade e desenvolvimento humano.

No entanto, entrevistas com os secretários estaduais de saúde apontam para uma série de episódios de cooperação, aprendizado mútuo e solidariedade entre os estados, mais notadamente na transferência de pacientes do Amazonas e na troca informal de insumos médicos. Nas entrevistas com eles, os secretários estaduais de saúde mencionaram também dinâmicas competitivas entre si, particularmente na questão de quais estados liberariam antes o uso de máscaras. Na maior parte, o que foi descrito não era coordenação em si (co-criação de políticas), mas comunicação constante e troca de experiências.

Iniciativas de cooperação interestadual não estiveram imunes a reações políticas, no entanto. Um secretário estadual de saúde mencionou ter se tornado um alvo de críticas públicas em seu estado após a decisão de receber pacientes do Amazonas, com o argumento de que isso reduziria a disponibilidade para pacientes locais; apesar das autoridades alegarem que havia um nível confortável de capacidade disponível.

Houve menções frequentes ao papel desempenhado pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e as relações com os municípios foram reportadas pelos secretários estaduais de saúde como majoritariamente harmônicas, apesar de às vezes reproduzirem internamente, dentro dos estados, a dinâmica conflituosa com o governo federal. Outro secretário estadual de saúde destacou que um dos aspectos mais desafiadores da gestão da pandemia foi a oposição às medidas pelo governo municipal da capital do estado.

As entrevistas também apontam para o papel importante do manejo de dados no gerenciamento da pandemia, o que recomenda um foco renovado em promover maior centralização de dados em temas que vão de insumos estratégicos à agenda de reconstrução pós-COVID-19. Mariel Deak, que foi parte do comitê para a COVID-19 em São Paulo, enfatizou a racionalização e integração de sistemas de dados fragmentados como o maior desafio durante a pandemia e também o passo mais importante para daqui para frente: “Não há como haver gerenciamento coordenado sem banco de dados coordenado”.

## — Foco no CONASS

- A credibilidade, equipe técnica e modus operandi do CONASS, únicos entre os conselhos interestaduais temáticos, foram construídas historicamente e se mostraram apropriadas para o enfrentamento do desafio da pandemia
- O CONASS sai do período pandêmico fortalecido como um nexo de cooperação entre os estados e com potencial de avançar diferentes agendas

O Brasil tem vários conselhos interestaduais temáticos. O Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ) foi o primeiro, criado em 1975. Conselhos semelhantes existem nas áreas de Educação (CONSED,

de 1986), Justiça, Cidadania, Direitos Humanos e Administração Penitenciária (CONSEJ, de 1999) e administração (CONSAD, de 2000), com ligeiras variações de estrutura e objetivos e diferentes níveis de protagonismo em debates de política pública. Nosso foco será em uma entidade que teve um papel importante na coordenação entre estados durante a pandemia: CONASS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade de direito privado que reúne os secretários estaduais de saúde e seus substitutos legais dos 26 estados e do Distrito Federal. O CONASS é anterior ao SUS: ele foi criado em 1982, e seu papel como entidade representativa para os estados na já citada CITE foi reconhecido apenas em 2011<sup>xx</sup>, preenchendo a lacuna entre seu papel deliberativo e institucional.

O CONASS tem sede em Brasília e tem um secretário-executivo, cerca de 50 funcionários e um orçamento anual de 12 milhões de reais<sup>xxi</sup>. Seu conselho tem cinco membros, cada um deles um secretário estadual de cada uma das regiões do Brasil, assim como um presidente e vice-presidente, escolhidos pela assembleia geral do CONASS<sup>xxii</sup> por meio de um voto aberto e frequentemente por unanimidade. Mais de um secretário estadual de saúde mencionou de forma independente que o CONASS age “em direção à média”, o que significa que ele busca o consenso na tomada de decisão.

A pandemia entrou na agenda do CONASS inicialmente no início de 2020, antes que houvesse qualquer caso confirmado de COVID-19 no Brasil. Os secretários estaduais de saúde mencionaram que as decisões não foram de início fortemente coordenadas, mas que a mudança rápida no contexto levou a mais trocas e tentativas de união e coordenação, muito do qual informalmente, através de um grupo de WhatsApp.

Alguns marcos deste processo de união interna contra as pressões externas foram a saída do ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta em meados de abril de 2020<sup>xxiii</sup> e a decisão do governo federal de parar de publicar dados da COVID-19 no início de junho de 2020<sup>xxiv</sup>, levando o CONASS a publicar seu próprio banco de dados de infecções e mortes pela COVID-19 apenas dois dias depois. Durante a pandemia, o CONASS lançou comunicados conjuntos em algumas ocasiões.

Os secretários estaduais de saúde apontaram para o papel da equipe técnica do CONASS em apoiar os estados com a melhor evidência disponível, reforçado por uma visão interna de que sua força política vem da sua história, assim como da sua credibilidade como uma instituição técnica e não política. Quase todos os secretários estaduais de saúde entrevistados concordaram que o novo protagonismo do CONASS durante a pandemia, combinado com uma maior saliência do tema da saúde e um maior apoio popular ao SUS, levaria o CONASS a desfrutar de um maior prestígio social independente de mudanças nas circunstâncias políticas.

## — A estrutura e ambiente dos secretariados de saúde nos estados

- A alta rotatividade de secretários estaduais é altamente disruptiva para operações do dia a dia, continuidade de políticas, curvas de aprendizado, construção de confiança e cooperação entre os estados, e deve ser um forte ponto de atenção para governos estaduais
- Há grande variação na forma com que as secretarias estaduais são organizadas de estado para estado

Internamente, secretarias estaduais de saúde não refletiram o mesmo nível de instabilidade visto no topo do nível federal. Cerca de metade dos estados tiveram apenas um secretário durante todo o período

agudo da pandemia (entre março de 2020 e março de 2022), com muitos que vinham do início do mandato do governador, desde janeiro de 2019, pelo menos.

No total, foram 58 mudanças (dentro de 26 estados mais o Distrito Federal) em quem estava no posto de secretário estadual de saúde desde o início de 2019. Cerca de um quarto dos estados tiveram o que pode ser considerado mudanças normais, devido a razões de saúde ou secretários sendo transferidos de uma posição para a outra dentro da mesma administração. Outro quarto dos estados mostrou instabilidade em seus secretariados, com alguns estados tendo cinco secretários em dois anos, como o Rio de Janeiro, e outro com dez (Roraima).

Essa descontinuidade foi mencionada por secretários estaduais de saúde e outras partes interessadas como extremamente disruptiva tanto dentro dos departamentos de saúde, afetando a curva de aprendizado e a continuidade de iniciativas, como na relação entre os estados e o CONASS, já que o processo de estabelecimento de confiança mútua tinha que ser recomeçado.

Apesar de não haver evidências claras, observadores frequentemente especularam que os departamentos estaduais de saúde estariam mais sujeitos a mudanças frequentes do que outros departamentos, em parte devido a fatores políticos. Um terço dos secretários estaduais de saúde eventualmente renunciariam ao cargo em março de 2022, o limite legal para que pudessem concorrer para deputado estadual ou federal nas eleições recentes. Observadores apontam este como um fenômeno comum em anos eleitorais, devido à posição alta da saúde entre as áreas de maior preocupação dos cidadãos. Isso parece ter se intensificado em 2022 devido a uma maior saliência da saúde após o período agudo da pandemia e uma maior exposição midiática dos secretários estaduais.

Nós enfatizamos a importância de selecionar cuidadosamente e desde o início um secretário de saúde que tenha chance de permanecer por um período prolongado, garantindo a continuidade que permitiria ao desenvolvimento de políticas, relações e confiança cresçam ao longo do tempo dentro dos estados e entre estados.

Outra recomendação é que haja uma estrutura clara e racional para trabalho nos secretariados, e encorajamos a troca de experiências na melhor forma de atingir esse objetivo, já que há grande variação entre os estados. Dos 26 estados mais o Distrito Federal, cerca de dois terços têm um ou dois "subsecretários", mas a nomenclatura e a estrutura variam imensamente, são geralmente complexas, e muito não está facilmente acessível ao público.

## 2. O FUTURO

### — Regionalização

- Partes interessadas da área de saúde mencionam o subfinanciamento, o envelhecimento da população, um modelo de saúde despreparado para o manejo de doenças crônicas e a judicialização da saúde como desafios estruturais ao SUS
- A reorganização da atenção em saúde em uma base regional (regionalização) foi conduzida de forma bem-sucedida em alguns estados

- A regionalização pode servir como uma força contrária à fragmentação e descentralização do sistema de saúde, com ganhos em eficiência e resultados em saúde

Em entrevistas com partes interessadas da área de saúde, tais como secretários estaduais de saúde e especialistas, vários desafios crônicos que o SUS já enfrentava e que provavelmente irão persistir pelos anos à frente foram mencionados, sendo os mais comuns subfinanciamento, uma população que rapidamente envelhece, um modelo de atenção despreparado para o manejo de doenças crônicas, e a judicialização da saúde.

Um desafio mais premente é a regionalização, entendida como a reorganização e racionalização do fluxo de atenção à saúde através dos diferentes estágios de complexidade com base em necessidades e capacidades regionais. Este é um dos princípios do SUS destacados na Constituição de 1988, fortemente relacionado com outro princípio, da hierarquização, que é a ideia de que os serviços de saúde devem ser organizados em uma escala de níveis de complexidade tecnológica, do mais baixo ao mais alto.<sup>xxv</sup>.

No entanto, o processo frequentemente vai de encontro com incentivos políticos (para sediar hospitais e outras estruturas de altas complexidade nas suas jurisdições, por exemplo) e a estrutura de financiamento federal (que não prevê transferências para atores regionais, que ficam impedidos de manejar orçamentos e adquirir insumos de forma independente, por exemplo).

A experiência local de estados que implementaram regionalização, como o Ceará e o Espírito Santo, no entanto, mostram fortes ganhos de eficiência e resultados em saúde, que também são projetados para outros estados. Já que a regionalização é precisamente sobre organizar o sistema de saúde baseado em necessidades e capacidades regionais ao invés de fronteiras políticas, ela também é um possível foco para cooperação interfederativa e pode ser uma oportunidade para liderança estadual servir como uma força contrária a uma fragmentação cada vez maior do sistema público de saúde.

## — Reconstrução pós-COVID-19

- As reverberações da pandemia devem continuar estressando o Sistema de saúde do Brasil de diferentes formas ao longo do tempo. Os esforços para atacar estas questões, alcançar aqueles mais afetados pela COVID-19, recuperar perdas e impedir o aumento das desigualdades é comumente agrupado como a agenda de reconstrução (*building back*)
- Os fazedores de política pública terão que navegar com dados incompletos e incertezas, e preencher estas lacunas é uma área promissora para ação e cooperação
- A extensão e tratamento da COVID longa é uma questão em andamento que vai requerer monitoramento e adaptação constante por fazedores de políticas
- A queda nos números de vacinação é uma preocupação que precede a pandemia, mas foi exacerbada por ela. Fazedores de políticas devem considerar políticas baseadas no modelo dos “3Cs” proposto pela OMS, atacando as questões de confiança (lidar com a hesitação), complacência (aumentar a conscientização) e conveniência (facilitar o acesso)

O período pós-pandêmico trouxe uma sensação de maior entendimento e aumento do apoio<sup>xxvi</sup> ao SUS pela população; uma aceleração de alguns processos regulatórios, como a telemedicina; e um maior consenso em torno da ideia de que o governo pode se mover mais rápido e de forma mais coordenada.

Muitos secretários estaduais de saúde mencionaram em suas entrevistas que há um “legado” positivo em termos de maior saliência e apoio para saúde, assim como uma maior disponibilidade de equipamentos

de cuidado e instalações físicas. Por exemplo, no período pré-pandemia, o estoque disponível de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil era de 22.600. Durante a pandemia, houve um esforço conjunto de estados, municípios e o governo federal para expandir rapidamente este número, atingindo um pouco de 49.000 leitos em julho de 2021. E dos novos 26.000 leitos, 7.300 devem permanecer ativos, o que significa um aumento de 32% sobre o período pré-pandemia<sup>xxvii</sup>.

Como mencionado previamente, a COVID-19 também expôs e aprofundou desigualdades no sistema de saúde que terão que ser abordadas, assim como trouxe novas questões e pressões que vão reverberar ao longo dos próximos anos. O filósofo Jonathan Wolff, Professor Alfred Landecker de Valores e Políticas Públicas na Blavatnik School of Government na Universidade de Oxford, separa a resposta à pandemia em três ondas<sup>xxviii</sup>: “resposta de emergência” (quando questões urgentes, tais como quem seria priorizado para atenção médica, ou a legitimidade de restringir Liberdade de movimento, estavam na linha de frente), “gerenciamento de crise” (focado em questões menos prementes – mas ainda difíceis – tais como o equilíbrio entre preocupações de saúde e economia ao durante um período mais longo) e um novo grupo de questões embaixo do guarda-chuva da reconstrução (que envolve recuperar os mais afetados para evitar as consequências de mais longo prazo da pandemia e o reforço de desigualdade).

Uma das dificuldades na reconstrução é que os fazedores de políticas muitas vezes terão que navegar sem os dados mais atualizados e confiáveis sobre o que precisa ser feito, e também diante de recursos limitados devido a uma necessidade de aperto fiscal após um período de expansão fiscal. Abaixo, nós sugerimos cinco tópicos-chave identificados como prioridades para a agenda de reconstrução:

- **Estoque de cirurgias eletivas e diagnósticos perdidos**

A necessidade de achatar a curva de infecções durante a pandemia (e, portanto, as internações) para evitar o esgotamento da capacidade dos sistemas de saúde levou a que se aconselhasse evitar o uso de serviços de saúde exceto em caso de emergências. Isso teve algumas consequências profundas: um aumento no número de mortes em casa por causas que não a COVID-19, diagnósticos e consultas perdidas para o acompanhamento de doenças crônicas, e um aumento no estoque de cirurgias eletivas. Os estados mais vulneráveis experimentaram uma queda mais forte em todos os procedimentos<sup>xxix</sup>. Dados centralizados, confiáveis e atualizados em nível estadual sobre o estoque não estavam disponíveis em nenhum dos estados pesquisados.

Muitos secretários estaduais de saúde descreveram planos para atacar a questão do estoque, mas expressaram frustração pela falta de reajustes da tabela do SUS, que determina os valores para os procedimentos. Os estados podem complementar os valores, e muitos o fazem. Os estados e municípios mais pobres, no entanto, têm dificuldade em fazê-lo – mais uma vez exacerbando desigualdades.

- **Mudanças em fatores de risco para doenças crônicas**

A forma mais efetiva (e com mais custo-benefício) de atenção à saúde é a preventiva, e políticas de saúde têm o papel de encorajar hábitos e escolhas de estilo de vida, tais como comer bem e se exercitar, que estão associadas a melhores resultados de saúde. Estes hábitos e escolhas também foram afetados pelas várias interrupções trazidas pela pandemia.

De acordo com o último relatório Covitel<sup>xxx</sup>, uma pesquisa de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis feita com brasileiros, a parcela daqueles que se consideram em boa saúde caiu de 76,6% da população no período imediatamente pré-pandemia para 63% em março de 2022, e o consumo regular de vegetais também caiu, assim como a proporção daqueles que praticam o nível recomendado pela OMS<sup>xxxi</sup> de exercício. A obesidade está projetada para crescer de 22% para 30% da população brasileira até 2030<sup>xxxii</sup>. Apesar disso, entre o período pré-pandemia e março de 2022 houve uma pequena queda no uso de tabaco, níveis estáveis de consumo de álcool e declínios no consumo de bebidas açucaradas. Não está claro até que ponto estas flutuações de tendência se manterão.

- **Saúde Mental**

A COVID-19 e as restrições associadas com ela tiveram impactos multidimensionais sobre o bem-estar psicológico. Orientações para ficar em casa, assim como o próprio risco da infecção, levaram a uma queda drástica na frequência de conexões sociais positivamente associadas com melhor saúde mental. Um estudo de 15 países (que não incluiu o Brasil) descobriu que quanto mais rigorosas as políticas, maior eram os custos em saúde mental<sup>xxxiii</sup>, medidos em avaliações de sofrimento mental e avaliações de vida. Mas o efeito não é unidirecional: um nível mais alto de mortes pela COVID-19 também estava associado a resultados piores de saúde mental no geral, então o rigor, na medida que tem papel na redução de mortes, também é importante ao manejar a saúde mental da população.

Notadamente, algumas das piores previsões sobre saúde mental feitas no início da pandemia não se materializaram. Não houve um aumento verificado do número de suicídios no primeiro ano da pandemia no Brasil<sup>xxxiv</sup>. A depressão aumentou em prevalência de 9,6% para 13,5% da população entre o período pré-pandêmico em 2019 e o primeiro trimestre de 2022. O Sul é a região mais afetada, e mulheres têm 2,5 vezes mais chance de se reportarem do que homens. Apesar da depressão ter sido mais comum entre os idosos em 2019, agora todas as faixas de idade têm uma prevalência similar, e também pode haver subnotificação. A saúde mental de profissionais da saúde em particular foi citada como uma preocupação constante por secretários estaduais de saúde.

Entrevistados de dentro e de fora do governo apontam a saúde mental como uma área particularmente difícil de atuar nos últimos anos, devido a uma incerteza de política em nível nacional na medida que o governo federal se afastou das diretrizes de um modelo comunitário de saúde mental. O gasto na área em nível federal permaneceu constante em R\$ 2,6 bilhões desde 2009 (corrigido pela inflação), mas caiu em níveis relativos, de 2,7% das despesas totais de saúde em 2001 para 2,1% em 2019<sup>xxxv</sup>.

- **COVID longa**

Desde os primeiros dias da pandemia, houve numerosos relatos de sintomas persistentes da COVID-19 por meses após o recuo da infecção inicial. Nem sempre há uma relação clara entre a gravidade da infecção e os efeitos de saúde pós-infecção, e um entendimento médico claro da COVID longa ainda não foi estabelecido.

Uma falta de consenso sobre a janela de tempo e sobre os sintomas que devem ser classificados como COVID longa levou a uma falta de padronização, e uma escala incerta do problema. Há evidências

apontando<sup>xxxvi</sup>, no entanto, que a COVID longa é mais comum em mulheres do que homens, e que pessoas plenamente vacinadas têm uma redução substancial na chance de desenvolvê-la na comparação com os não-vacinados<sup>xxxvii</sup>, sem diferença clara para os diferentes tipos de vacina. Clínicas para o tratamento da COVID longa foram abertas em vários estados brasileiros.

O Ministério da Saúde do Brasil estimou recentemente que 8,5 milhões de pessoas podem ser afetadas por ela, e separou R\$ 160 milhões para tratamento<sup>xxxviii</sup>. No entanto, esta é uma área em que a alta incerteza deve permanecer, por uma falta de dados confiáveis tanto no nível local quanto nacional, e na qual o monitoramento constante é altamente recomendado.

- **Imunização**

O Brasil foi historicamente um líder em imunização. No entanto, 2021 teve as menores taxas de vacinação em crianças dos últimos 30 anos<sup>xxxix</sup>. Doenças perigosas e quase erradicadas estão tendo um ressurgimento, com o potencial de criar novas pressões no sistema de saúde. Uma razão mais específica para a queda na imunização (que não da COVID-19) é a disrupção da pandemia e a falta de acesso a serviços durante este período, levando a uma descontinuidade. Mas a tendência é anterior à pandemia.

Há múltiplas razões para isso. Primeiro, o programa brasileiro de imunização é uma vítima do seu próprio triunfo<sup>xl</sup>. Na medida que doenças antigas se apagam da memória devido ao sucesso das vacinas, novas gerações têm menos consciência sobre elas, e as percebem como menos perigosas do que de fato são. Segundo, houve um declínio no gasto em campanhas de massa no Brasil. Terceiro, há um impacto da hesitação vacinal, listada pela OMS em 2019 como uma das 10 maiores ameaças globais<sup>xli</sup>. Em 2011, a OMS propôs um modelo para imunização dos "3Cs", abordando confiança (lidando com a hesitação), complacência (aumentando a conscientização) e conveniência (facilitando o acesso)<sup>xlii</sup>.

Estratégias de *confiança* devem ser multifacetadas e considerar que o espectro da hesitação vacinal vai daqueles que podem ter preocupações legítimas e falta de informação até um movimento altamente organizado e coordenado de negacionismo vacinal. O elemento de *conveniência* pode incluir políticas para expandir o período de abertura de clínicas para noites e finais de semana para facilitar o acesso para aqueles que trabalham em horário comercial, assim como mutirões em ambientes educacionais para atingir a população adolescente, um dos grupos mais difíceis de se atingir. Para abordar a complacência, aumentar a conscientização entre fazedores de políticas e profissionais da saúde é um primeiro passo importante. O desafio dialoga com a ameaça da desinformação em saúde de forma geral, alvo de programas de saúde nas áreas de treinamento<sup>xliii</sup> e comunicação<sup>xliv</sup>. Também é parte de uma transição mais ampla de um modelo de atenção para condições agudas em direção a um modelo permanente de acompanhamento de pacientes, com busca ativa dos não-vacinados.

## CONCLUSÃO

---

Gostaríamos de agradecer os secretários estaduais de saúde, as partes interessadas e os especialistas que tiraram seu tempo para contribuir com este relatório para que outros possam aprender sobre como o SUS respondeu a um dos maiores desafios que já encontrou, e como pode estar mais bem preparado para fornecer tanto a atenção de saúde regular quanto também a resiliência para futuras crises.

A pandemia estressou o sistema de saúde do Brasil, tanto do ponto de vista político quanto do de recursos, mas também encorajou coordenação e solidariedade em um nível que se considerava impensável. O papel da confiança e da solidariedade de atores individuais em promover a coordenação foi vívido nas entrevistas, e reitera a importância de evitar a rotatividade e de garantir que secretários estaduais de saúde estejam instalados desde o início e preparados para trabalhar em horizontes de tempo mais longos em secretarias bem estruturadas.

Abordar as necessidades de saúde dos brasileiros no futuro imediato também vai requerer sistemas integrados de dados e um entendimento claro das restrições sob as quais os atores políticos estão operando, de confiança social baixa e polarização política intensificada. No entanto, como o maior sistema de saúde pública do mundo e com estruturas como o CONASS firmemente estabelecidos e empoderados, o SUS tem enorme potencial para fazer com que este desafio seja superado.

Para aqueles interessados em seguir com este debate dentro dos seus próprios times, recomendamos três pontos de discussão.

1. Como podemos estimular maior continuidade em departamentos de saúde, e usar isso como uma ferramenta para incentivar e tornar mais rotineira a coordenação em saúde, dentro e fora do CONASS?
2. Como as novas formas e instituições de cooperação, criadas para integração e diálogo entre diferentes estados durante a pandemia, podem ser utilizadas para acelerar a regionalização?
3. Quais são as lacunas em dados e os itens na agenda de reconstrução que são mais prementes no seu estado e devem ser priorizadas?

## APÊNDICE: Lista de pessoas entrevistadas

---

**Adriano Massuda**, professor na FGV-EAESP, médico e ex-secretário de saúde municipal em Curitiba e ex-secretário-adjunto no Ministério da Saúde

**Pedro de Paula**, diretor da Vital Strategies no Brasil

**Alethele de Oliveira Santos**, assessora legal sênior no CONASS

**Gonzalo Vecina**, médico sanitarista e ex-presidente da ANVISA

**Lucas Correia**, diretor do Centro para Estudos e Promoção de Políticas de Saúde (CEPPS) do Hospital Israelita Albert Einstein

**Rudi Rocha**, Professor Associado da EAESP-FGV especialista em economia da saúde

**Mariel Deak**, ex-assessora no Comitê para COVID-19 do Estado de São Paulo

**Juan Mendes**, secretário de saúde do Amapá (desde 2020)

**Claudio Alexandre Ayres**, ex-secretário de saúde de Alagoas (2019-2022)

**Cipriano Maia**, secretário de saúde do Rio Grande do Norte (desde 2019)

**Fabio Beccheretti**, secretário de saúde de Minas Gerais (since 2021)

**Juliano Mello**, secretário-adjunto de atenção à saúde e vigilância do Mato Grosso

**Christinne Maymone**, secretária-adjunta de saúde do Mato Grosso do Sul

**Nésio Fernandes**, secretário de saúde do Espírito Santo (desde 2019) e presidente do CONASS

**Carlos Lula**, ex-secretário de saúde do Maranhão (2016-2022) e ex-presidente do CONASS

**Alberto Beltrame**, ex-secretário de saúde do Pará (2019-2020) e ex-presidente do CONASS

**Geraldo Medeiros**, secretário de saúde da Paraíba (2019-2022)

**Alexandre Chieppe**, secretário de saúde do Rio de Janeiro (since 2021)

**Mariana Varella**, editora-chefe do Site Drauzio Varella

**Cláudia Colucci**, correspondente em saúde da Folha de São Paulo

**Paulo Mazzancini de Azevedo Marques**, professor associado de física médica e informática biomédica da Universidade de São Paulo (USP)



- <sup>xxvi</sup> Presidente Bolsonaro cria comitê com representantes dos três poderes para enfrentamento da Covid-19 no País. Site oficial do governo federal (25 Março 2021) <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2021/marco/presidente-bolsonaro-cria-comite-com-representantes-dos-tres-poderes-para-enfrentamento-da-covid-19-no-pais>
- <sup>xxvii</sup> João Pedro Caleiro. Por que os gestores públicos no Brasil estão se sentindo paralisados., Blavatnik School of Government blog (30 Maio 2022) <https://www.bsg.ox.ac.uk/blog/why-public-managers-brazil-are-feeling-paralysed>
- <sup>xxviii</sup> Anna Petherick, Beatriz Kira, Lorena Barberia, Rodrigo Furst, Rafael Goldszmidt, Maria Luciano, Saptarshi Majumdar. Brazil's fight against COVID-19: risk, policies, and behaviours. Blavatnik School of Government working paper (Novembro 2020) <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/brazils-fight-against-covid-19-risk-policies-and-behaviours>
- <sup>xxix</sup> Bennouna C, Giraudy A, Moncada E, Rios E, Snyder R, Testa P. Pandemic Policymaking in Presidential Federations: Explaining Subnational Responses to Covid-19 in Brazil, Mexico, and the United States. (14 Agosto 2021) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8385998/>
- <sup>xxx</sup> Lei Nº 12.466. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (24 Agosto 2011) [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm)
- <sup>xxxi</sup> Entrevista com equipe técnica e relatórios internos do CONASS <https://www.conass.org.br/transparencia/relatorio-de-gestao/>
- <sup>xxxii</sup> O que é o CONASS. Coleção Progestores (2007) <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/20anos2.pdf>
- <sup>xxxiii</sup> André Shalders. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: lembre os principais choques. BBC Brasil (16 Abril 2020) <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>
- <sup>xxxiv</sup> Governo deixa de divulgar total de mortos e casos. DW Brasil (06 Junho 2020) <https://www.dw.com/pt-br/governo-deixa-de-divulgar-total-de-mortos-e-casos-de-covid-19/a-53709956>
- <sup>xxxv</sup> Unidiversidade - Hierarquização do SUS. Fundação Oswaldo Cruz website (19 Dezembro 2016) <https://portal.fiocruz.br/video/unidiversidade-hierarquizacao-do-sus>
- <sup>xxxvi</sup> Apoio ao SUS cresceu entre todos, especialmente entre os mais ricos. Souciência Unifesp (31 Agosto 2021) [https://souciencia.unifesp.br/images/PDFs/info\\_SUS\\_2.pdf](https://souciencia.unifesp.br/images/PDFs/info_SUS_2.pdf)
- <sup>xxxvii</sup> Malu Mões, Tiago Mali. "19.000 leitos de UTI são desabilitados com refluxo da pandemia". Poder360 (27 Abril 2022). <https://www.poder360.com.br/brasil/19-mil-leitos-de-uti-sao-desabilitados-com-refluxo-da-pandemia/>
- <sup>xxxviii</sup> Jonathan Wolff. As três ondas da ética da pandemia. Philosopher's Mag (04 Abril 2022) <https://www.philosophersmag.com/essays/271-the-three-waves-of-pandemic-ethics>
- <sup>xxxix</sup> Alessandro Bigoni, Ana Maria Malik, Renato Tasca, Mariana Baleeiro Martins Carrera, Laura Maria Cesar Schiesari, Dante Dianezi Gambardella et al. A funcionalidade do Sistema Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. The Lancet (Março 2022) [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00039-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00039-4/fulltext)
- <sup>xl</sup> Covitel – Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia. Vital Strategies (27 Julho 2022) <https://www.vitalstrategies.org/resources/covitel-inquerito-telefonico-de-fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-em-tempos-de-pandemia/>
- <sup>xli</sup> Atividade física. Agência da OMS (05 Outubro 2022) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- <sup>xlii</sup> World Obesity Atlas 2022. World Obesity <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>
- <sup>xliiii</sup> Lara B Aknin, Bernardo Andretti, Rafael Goldszmidt, John F Helliwell, Anna Petherick, Jan-Emmanuel De Neve, Elizabeth W Dunn, Daisy Fancourt, Elkhonon Goldberg, Sarah P Jones, Ozge Karadag, Elie Karam, Richard Layard, Shekhar Saxena, Emily Thornton,

Ashley Whillans, Jamil Zaki. Policy stringency and mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of data from 15 countries. *The Lancet* (21 Abril 2022) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2822%2900060-3>

xxxiv Anuário do Fórum de Segurança Pública. 2021 <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>

xxxv Fernanda Marques. "Saúde mental para todos": estudo sobre (des)financiamento no Brasil foi apresentado no primeiro dia do evento. Fiocruz Brasília (20 Outubro 2020) <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>

xxxvi [\*Sex-Related Differences in Long-COVID-19 Syndrome\*](#). Giovanna Pelà, Matteo Goldoni, Emila Solinas, Chiara Cavalli, Sara Tagliaferri, Silvia Ranzieri, Annalisa Frizzelli, Laura Marchi, Pier Anselmo Mori, Maria Majori, Marina Aiello, Massimo Corradi, and Alfredo Chetta

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2021.0411>

xxxvii The effectiveness of vaccination against long COVID: A rapid evidence briefing. UK Health Security Agency. <https://ukhsa.koh-pfts.co.uk/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=fe4f10cd3cd509fe045ad4f72ae0dff>

xxxviii Saúde vai repassar R\$ 160 milhões para tratamento de covid longa. EXAME (16 Fevereiro 2022) <https://exame.com/brasil/saude-vai-repassar-r-160-milhoes-para-tratamento-de-covid-longa/>

xxxix SUS database <http://sipni.datasus.gov.br/>

xi A queda da imunização no Brasil. Revista do CONASS (2017). <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>

xli 10 ameaças para a saúde global em 2019. WHO website. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

xlii Ana Paula Sayuri Sato. Qual é a importância da hesitação vacinal na queda da cobertura de vacinação no Brasil? Revista de Saúde Pública (Outubro de 2018) <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/?lang=en&format=pdf>

xliii Tatiana Cavalcanti. Agentes de saúde e endemias de todo o país vão aprender a combater fake news. Folha de São Paulo (14 Maio 2022) <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/05/agentes-de-saude-e-endemias-de-todo-o-pais-va-aprender-a-combater-fake-news.shtml>, accessed November 2022.

xliv Ministério da Saúde lança serviço de combate à Fake News. Federal government website (27 Agosto 2018) <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/agosto/ministerio-da-saude-lanca-servico-de-combate-a-fake-news>