

Vigilância em saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo

Health surveillance in tackling COVID-19 in Brazil: a scope review

Vigilancia sanitaria en el combate al COVID-19 en Brasil: una revisión del alcance

Larissa Araújo Borges (<https://orcid.org/0000-0002-4596-5098>)¹

Pedro Henrique Brito da Silva (<https://orcid.org/0000-0003-3552-0439>)²

Ana Laura de Sene Amâncio Zara (<https://orcid.org/0000-0001-7012-9078>)³

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira (<http://orcid.org/0000-0002-0683-2620>)³

Resumo O manejo da pandemia de COVID-19 no Brasil foi marcado por discursos contraditórios e decisões controversas por parte do chefe do poder executivo e do Ministério da Saúde, o que gerou incertezas quanto à implantação e implementação de ações federais eficazes no controle da doença. O presente estudo tem como objetivo descrever as principais estratégias de vigilância em saúde adotadas pelo governo federal para o enfrentamento da COVID-19, com foco nas ações para prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2. Trata-se de uma scoping review, realizada entre novembro de 2019 e janeiro de 2021, utilizando descritores DECS e MeSH em quatro bases de dados, além da consulta a 85 legislações disponíveis no Portal Legislação do governo brasileiro. A análise incluiu dez artigos científicos e identificou ações federais relacionadas a medidas não farmacológicas e farmacológicas, decisões sobre fronteiras internacionais, aquisição de insumos e serviços essenciais. Os resultados indicam a presença de estratégias pontuais para contenção da pandemia e vigilância insuficiente diante da magnitude de casos e óbitos registrados. Destaca-se ainda a ausência de suporte robusto do nível federal como fator que prejudicou a articulação e o planejamento.

Palavras-chave Brasil, Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde Pública, COVID-19

Abstract The management of the COVID-19 pandemic in Brazil was marked by contradictory statements and controversial decisions by the head of the executive branch and the Ministry of Health, creating uncertainty about the effective implementation of federal actions to control the disease. This study aims to describe the main health surveillance strategies adopted by the federal government to combat COVID-19, with a focus on actions aimed at preventing SARS-CoV-2 infection. This is a scoping review conducted between November 2019 and January 2021, using DECS and MeSH descriptors in four databases, in addition to consulting 85 legislative documents available on the Brazilian government's legislation portal. The analysis included ten scientific articles and identified federal actions related to non-pharmacological and pharmacological measures, decisions on international borders, procurement of supplies, and essential services. The results point to the presence of sporadic strategies for pandemic containment but reveal insufficient surveillance in the face of the number of cases and deaths recorded. The study highlights the lack of robust federal support, which hindered the coordination and planning.

Key words Brazil, Ministry of Health, Public Health Surveillance, COVID-19

Resumen La gestión de la pandemia de COVID-19 en Brasil estuvo marcada por discursos contradictorios y decisiones controvertidas por parte del jefe del poder ejecutivo y el Ministerio de Salud, lo que generó incertidumbres respecto a la implantación e implementación de acciones federales eficaces en el control de la enfermedad. El objetivo de este estudio es describir las principales estrategias de vigilancia en salud adoptadas por el gobierno federal para hacer frente a la COVID-19, con un enfoque en las acciones para prevenir la infección por SARS-CoV-2. Se trata de una revisión de alcance, realizada entre noviembre de 2019 y enero de 2021, utilizando descriptores DECS y MeSH en cuatro bases de datos, además de la consulta a 85 normativas disponibles en el Portal de Legislación del gobierno brasileño. El análisis incluyó diez artículos científicos e identificó acciones federales relacionadas con medidas no farmacológicas y farmacológicas, decisiones sobre fronteras internacionales, adquisición de insumos y servicios esenciales. Los resultados indican la presencia de estrategias puntuales para contener la pandemia y una vigilancia insuficiente frente a la magnitud de los casos y muertes registrados. También se destaca la ausencia de un apoyo robusto a nivel federal como un factor que perjudicó la articulación y planificación.

Palabras clave Brasil, Ministerio de Salud, Vigilancia en Salud Pública, COVID-19

¹ Secretaria de Saúde do Município de Goiânia. Av. do Cerrado 999, Park Lozandes. 74884-092 Goiânia GO Brasil. larissa.araujo.borges@gmail.com

² Secretaria de Saúde do Município de Senador Canedo. Senador Canedo GO Brasil.

³ Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

Em dezembro de 2019, cientistas identificaram um novo coronavírus associado a um surto de pneumonia em Wuhan, na China¹. No período de semanas, mais de 100 mil casos e milhares de mortes foram confirmados globalmente, com crescimento exponencial diariamente². Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde declarou o surto como emergência de saúde pública de interesse internacional, no dia 30 de janeiro de 2020. A partir desse momento, autoridades de saúde pública se mobilizaram para comunicar informações críticas com o intuito de conferir poder de decisão para comunidades, organizações e indivíduos, para que pudessem tomar as precauções necessárias e apropriadas, assim como para que os governos desenvolvessem planos capazes de responder à situação rapidamente³.

Diversos países adotaram estratégias emergenciais para enfrentamento e controle da pandemia, tais como testagem em massa, rastreamento de contato, isolamento e outras medidas de saúde pública e sociais, cruciais para desacelerar a transmissão da doença e reduzir a mortalidade. Minimizar a transmissão do vírus, por meio da implementação de bloqueios, distanciamento social e isolamento dos infectados, foi um dos principais focos na maioria dos países desenvolvidos⁴.

De fato, o principal objetivo era promover o chamado achatamento da curva⁵. Esperava-se que essas medidas pudessem diminuir a sobrecarga dos sistemas de saúde e possibilitar o tratamento bem-sucedido de casos graves, reduzindo a mortalidade de modo geral⁶.

Em um contexto histórico, o primeiro caso brasileiro confirmado de COVID-19 foi no dia 26 de fevereiro de 2020⁷. Desde então, o número de casos aumentou e a doença se espalhou rapidamente⁸. Embora tenha sido declarada pela comunidade científica uma situação de emergência de saúde pública mundial, esta foi minimizada pela gestão do então Presidente da República no Brasil, com consequente retardo das medidas sanitárias para prevenção da doença no País⁹.

Neste cenário de fragilidade da gestão e insegurança com disseminação de *fake news*, a sociedade foi assolada por discussões incoerentes de informações sobre a pandemia desconectadas das orientações da vigilância em saúde brasileira. Sabe-se que uma vigilância em saúde robusta é fundamental para controlar a disseminação de doenças e orientar a implementação contínua de medidas de prevenção. É também essencial em

um sistema de saúde pública, pois coleta, analisa e realiza uma interpretação sistemática contínua de dados, além de fornecer aos tomadores de decisão a direção, o planejamento e a intervenção em tempo oportuno¹⁰.

Diante do exposto, esta revisão de escopo aborda tópicos sobre as medidas de controle, estratégias e ações anunciadas pelo governo brasileiro, em uma linha temporal, desde o primeiro caso da doença no País até janeiro de 2021. Espera-se que esta revisão possa contribuir para a reflexão sobre o tema, quanto ao curso da pandemia do novo coronavírus no Brasil em meio a contradições entre o governo e as evidências científicas. O objetivo é descrever as principais estratégias de vigilância em saúde no controle da COVID-19 no Brasil, com ênfase nas decisões e ações tomadas no nível federal para prevenir a infecção causada pelo SARS-CoV-2.

Método

Trata-se de um estudo de revisão de escopo (*scoping review*). Este estudo representa também a versão estendida do texto publicado nas Atas do Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa (CIAIQ 2024)¹¹. Este artigo também possui uma versão *preprint* publicada¹². Para realizá-lo, implementou-se uma estratégia de busca por meio da construção de mapeamento de conceitos, em português e em inglês, utilizando o acrônimo PCC com elementos-problemas contidos na seguinte pergunta de pesquisa: Quais as ações para controle da COVID-19 e as medidas adotadas pelo Governo Federal do Brasil para conter o avanço da doença? Nesse acrônimo, “P” representa a população em estudo, ou seja, as pessoas com COVID-19, “C” contempla os termos de conceito relacionados ao fenômeno da pesquisa, no caso, as ações de vigilância em saúde, e “C” se refere aos termos relacionados ao contexto, isto é, ao Brasil.

Por meio do mapeamento dos conceitos, os termos foram definidos e identificados nas bases DeCS e MeSH e delineou-se uma estratégia de busca para cada uma delas. As bases de dados utilizadas foram: Pubmed, Embase, Scopus e BVS. Constituíram descritores em saúde utilizados: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância de Saúde (SVS), Vigilância em Saúde Pública, Monitoramento Epidemiológico, Epidemiologia, Pesquisa de Serviços de Saúde, Prevenção e Controle, Controle de Doenças Transmissíveis, Polícia da Saúde, Infecções por Coronavírus, Betacoronavírus e COVID-19. Os

critérios de inclusão foram: documentos que tratassem do Brasil e de medidas de vigilância em saúde na COVID-19, dentro do período de tempo preestabelecido, sem restrição de idioma.

Junto aos descritores, foram empregados os operadores booleanos AND e OR para compor as chaves de busca a serem utilizadas para buscas nas bases de dados. Primeiro, usou-se o AND dentro da mesma categoria (P, C e C) e, depois, OR entre elas, para obtenção dos resultados.

As sínteses de busca, combinando descritores, palavras-chave e suas variantes, estão descritas no Quadro 1.

Os artigos encontrados foram enviados para a plataforma Mendeley para retirada de duplicatas e, em seguida, exportados para a plataforma Rayyan. Essa ferramenta foi utilizada para leitura de títulos e resumos dos documentos e categorização das referências incluídas, excluídas e “em dúvida”. A leitura às cegas de títulos e resumos dos documentos foi realizada por dois pesquisadores. Selecionados os artigos conforme os critérios de inclusão, esses foram lidos na íntegra.

A busca por documentos também foi realizada na literatura cinzenta no Portal Legislação do Governo Federal, no período de 4 de fevereiro de 2020 a 31 de janeiro de 2021, na qual foram incluídos: leis, decretos, portarias e resoluções relacionadas à COVID-19. A leitura do título e do caput das leis foi feita por dois pesquisadores às cegas. As legislações que se encaixavam como medidas de vigilância em saúde no combate ao novo coronavírus foram incluídas. As discrepâncias quanto à seleção dos documentos foram resolvidas por consenso. Para extração dos dados, criou-se um instrumento na plataforma REDCap, incluindo variáveis sobre os estudos e para identificação das medidas de vigilância. Após essa etapa, os dados foram exportados para uma planilha no Microsoft Office® Excel®, gerada pelo próprio REDCap®, para verificação de discrepâncias na extração dos dados. Para descrição dos resultados, utilizou-se o fluxograma proposto pelo guia PRISMA¹³. Para a escrita deste artigo, seguiu-se o guia para relatório de revisão de escopo PRISMA-ScR.

Resultados

Por meio da estratégia de busca, foram encontrados 9.951 artigos nas quatro bases de dados pesquisadas, dos quais, após exclusão das duplicatas, restaram 9.935. Posteriormente, dois pesquisadores aplicaram os critérios de exclusão e

selecionaram um total de 234 artigos para leitura na íntegra. Destes, somente 10 foram incluídos nessa revisão por atenderem aos critérios de inclusão. Referente à literatura cinzenta, esta foi pesquisada manualmente, totalizando 535 documentos, dos quais 85 entraram para a revisão de escopo. Esses dados encontram-se ilustrados no fluxograma (Figura 1).

A quantidade de documentos referentes às legislações publicadas pelo Governo Federal por categorias de medidas de vigilância no combate à COVID-19 está ilustrada na Figura 2.

A partir da análise dos documentos, de acordo com os critérios de inclusão, 55 documentos legislativos descrevem medidas não farmacológicas. Em seguida, 25 publicações legislativas estão relacionadas às decisões sobre fechamento e abertura de fronteiras internacionais. Apenas nove documentos oficiais do Poder Executivo se referem a medidas farmacológicas. As medidas relacionadas à aquisição de insumos totalizaram 12 documentos legislativos. Por fim, somente nove leis, resoluções e decretos se referem a serviços essenciais.

Medidas não farmacológicas

No dia 3 de fevereiro de 2020, o governo decretou emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), estabelecendo o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-NCov) como mecanismo nacional da gestão coordenada em resposta à emergência no âmbito nacional¹⁴.

Em 6 de fevereiro de 2020, foi sancionada a Lei nº 13.989, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da epidemia da COVID-19 e elenca as INF (Intervenções Não Farmacológicas) comunitárias que poderiam ser adotadas¹⁵. Nesse instrumento jurídico, o governo federal aponta que poderia adotar uma série de medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública: isolamento, quarentena, realização compulsória de exames, testes, vacinação, tratamentos, estudos ou investigações epidemiológicas, restrições de entrada e saída do País, dentre outras. Além disso, essa lei previa a importação de materiais, medicamentos, equipamentos e insumos considerados essenciais para auxiliar no combate à pandemia do coronavírus. Essa legislação também listou todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública.

Ainda em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

Quadro 1. Estratégias de busca de artigos e documentos em bases de dados indexadas.

Bases de dados	Sintaxes de busca
PubMed	(“public health surveillance”[MeSH Terms] OR “public health surveillance”[Title/Abstract] OR “epidemiological monitoring”[Title/Abstract] OR “Epidemiology”[MeSH Terms] OR “Epidemiology”[Title/Abstract] OR “health services research”[MeSH Terms] OR “communicable disease control”[MeSH Terms] OR (“prevent”[All Fields] OR “preventability”[All Fields] OR “preventable”[All Fields] OR “preventative”[All Fields] OR “preventatively”[All Fields] OR “preventatives”[All Fields] OR “prevented”[All Fields] OR “preventing”[All Fields] OR “prevention and control”[MeSH Subheading] OR (“prevention”[All Fields] AND “control”[All Fields]) OR “prevention and control”[All Fields] OR “prevention”[All Fields] OR “prevention s”[All Fields] OR “preventions”[All Fields] OR “preventive”[All Fields] OR “preventively”[All Fields] OR “preventives”[All Fields] OR “prevents”[All Fields]) AND “control groups”[MeSH Terms]) OR “prophylaxis”[Title/Abstract] OR “preventive measures”[Title/Abstract] OR “prevention”[Title/Abstract] OR “control”[Title/Abstract] OR “health policy”[MeSH Terms] OR “health policy”[Title/Abstract] OR (“Policy”[MeSH Terms] OR “Policy”[All Fields] OR “policies”[All Fields] OR “policy s”[All Fields]) AND “national health”[Title/Abstract]) AND (“coronavirus infections”[MeSH Terms] OR “betacoronavirus”[MeSH Terms] OR “epidemics”[MeSH Terms] OR “epidemic*”[Title/Abstract]) AND (“brazil”[MeSH Terms] OR “brazil”[All Fields] OR “brazil s”[All Fields] OR “brazils”[All Fields] OR (“ministries”[All Fields] OR “ministry”[All Fields] OR “ministry s”[All Fields]) AND (“Health”[MeSH Terms] OR “Health”[All Fields] OR “health s”[All Fields] OR “healthful”[All Fields] OR “healthfulness”[All Fields] OR “healths”[All Fields]) OR (“Health”[MeSH Terms] OR “Health”[All Fields] OR “health s”[All Fields] OR “healthful”[All Fields] OR “healthfulness”[All Fields] OR “healths”[All Fields]) AND (“Epidemiology”[MeSH Subheading] OR “Epidemiology”[All Fields] OR “Surveillance”[All Fields] OR “Epidemiology”[MeSH Terms] OR “surveillance”[All Fields] OR “surveillances”[All Fields] OR “surveilled”[All Fields] OR “surveillance”[All Fields]) AND (“secretariat”[All Fields] OR “secretariat s”[All Fields] OR “secretariats”[All Fields]))
Scopus	Brazil OR ministry AND of AND health OR health AND surveillance AND secretariat AND public AND health AND surveillance OR public AND health AND surveillance OR epidemiological AND monitoring OR epidemiology OR health AND services AND research OR communicable AND disease AND control OR prevention AND control OR control AND groups OR prophylaxis OR preventive AND measures OR prevention OR control OR health AND policy OR policy OR national AND health AND betacoronavirus OR coronavirus AND infections OR Covid-19 OR covid19 OR coronavirus AND disease 2019 OR sars AND cov 2 infection OR covid 19 pandemic OR sars-cov-2 OR coronavirus 2 sars OR severe AND acute AND respiratory OR syndrome AND coronavirus 2
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	(Brasil) OR (Ministério da Saúde) OR (Secretaria de Vigilância de Saúde)) AND ((mh:(Vigilância em saúde pública)) OR (Vigilância em saúde pública) OR (mh:(Monitoramento Epidemiológico)) OR (Vigilância Epidemiológica) OR (Monitoramento Epidemiológico) OR (Vigilâncias Epidemiológicas) OR (mh:(Pesquisa de Serviços de Saúde)) OR (Pesquisa de Serviços de Saúde) OR (mh:(Prevenção e controle)) OR (Prevenção e controle) OR (mh:(Controle de Doenças Transmissíveis)) OR (Controle de Doenças Transmissíveis) OR (profilaxia) OR (terapia preventiva) OR (medidas preventivas) OR (prevenção *) OR (controle) OR (mh:(Polícia da saúde)) OR (Polícia da saúde) OR (Política de Saúde) OR (Políticas Nacionais de Saúde)) AND ((mh:(Betacoronavirus)) OR (Betacoronavirus) OR (mh:(Covid-19)) OR (Covid-19) OR (COVID 19) OR (Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)) OR (Infecção por Coronavírus 2019-nCoV) OR (Surto por Coronavírus 2019-nCoV) OR (SARS-CoV-2) OR (SARS-CoV-2) OR (Síndrome Respiratória Grave Aguda))

Fonte: Autores.

rus (COVID-19), o qual posteriormente ganhou mais duas versões. Em 11 de março de 2020, o Planalto outorgou a Portaria nº 356, regulamentando e operacionalizando as medidas de

enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. Esse documento estabeleceu como seriam adotadas as medidas de isolamento e quarentena. Para aplicá-las,

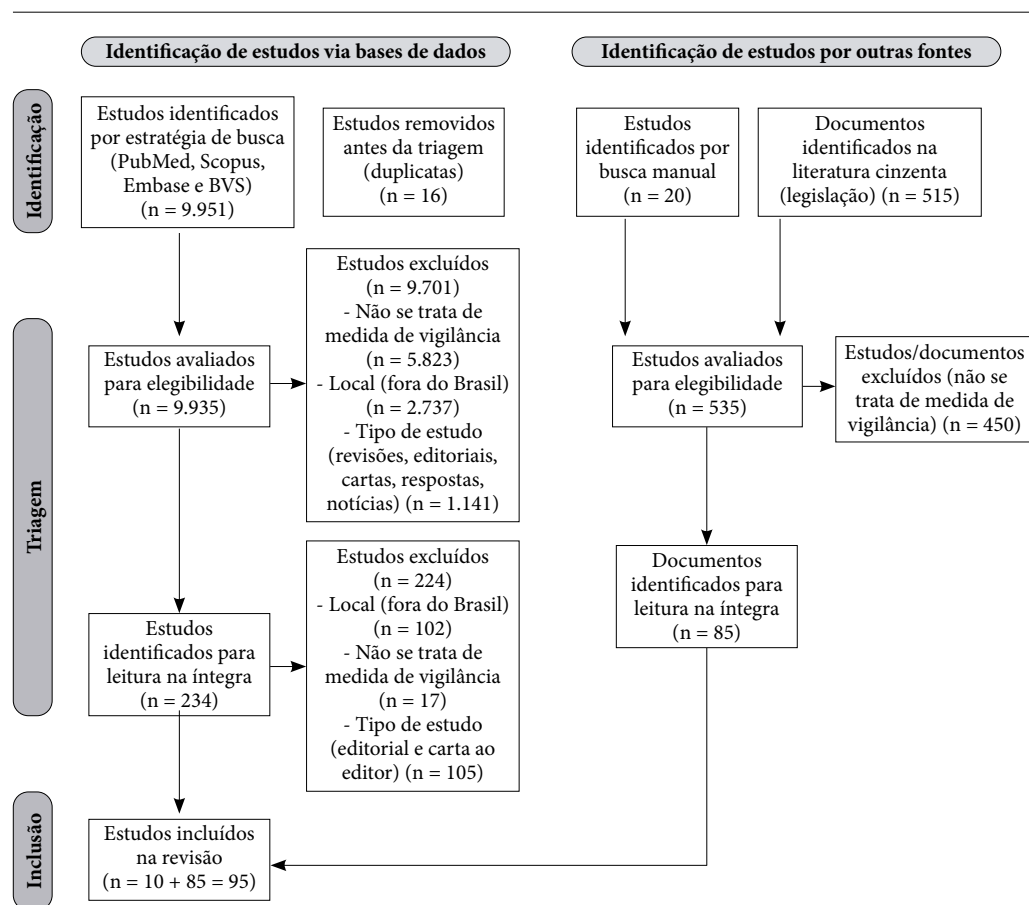


Figura 1. Fluxograma para revisão sistemática, incluindo bases de dados, registros e outras fontes.

Fonte: Autores, mediante PRISMA¹³.

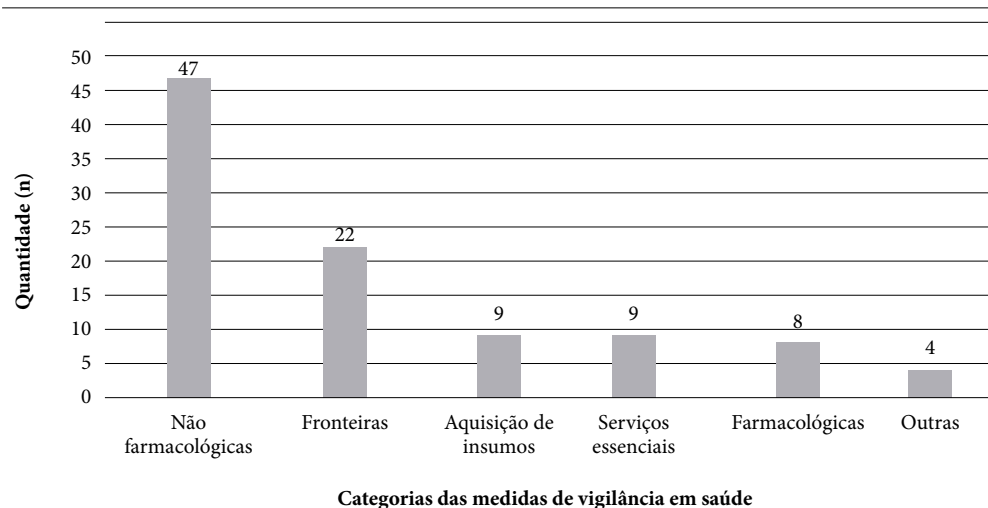


Figura 2. Legislações sobre medidas de vigilância em saúde para COVID-19, de acordo com as categorias, fevereiro de 2020 a janeiro de 2021, Brasil.

Fonte: Autores.

deveriam ser observados os protocolos clínicos do coronavírus (COVID-19) e as diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), com a finalidade de garantir a execução das medidas profiláticas e o tratamento necessário¹⁶. Além disso, estabeleceu-se que as condições para a realização das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública estavam previstas no Boletim Epidemiológico e Plano de Contingência Nacional já citado¹⁷.

Em 14 de março, o Ministério da Saúde emitiu uma publicação com recomendações sobre medidas de intervenção não farmacológicas a serem adotadas. Em geral, houve a recomendação da promoção da higiene pessoal e pública, o isolamento de pessoas com sintomas por 14 dias e a utilização de equipamentos de proteção individual para pacientes e profissionais de saúde.

No dia 16 de março de 2020, foi publicada a Portaria nº 59, a qual institui o Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19). O GIAC-COVID19 tinha como missão dar suporte à Procuradoria-Geral da República para garantir, na perspectiva administrativa, o funcionamento dos órgãos do Ministério Público da União e, na perspectiva finalística de defesa dos interesses gerais da sociedade, promover a integração do Ministério Público Brasileiro no exercício de suas funções durante o enfrentamento da epidemia do Coronavírus-19¹⁸.

Ao mesmo tempo, foi instituído o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19, por meio do Decreto nº 10.277. Este foi um órgão de articulação da ação governamental, de assessoramento ao Presidente da República sobre a consciência situacional em questões decorrentes da pandemia e de deliberação sobre as prioridades, diretrizes e aspectos estratégicos relativos aos impactos da COVID-19¹⁹.

No dia 17 de março de 2020, houve a publicação da Portaria do Ministério da Educação nº 343, que dispunha sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais (EAD), enquanto durasse a situação de pandemia²⁰.

Não obstante, em 19 de março, o Ministério da Saúde legislou sobre aquelas medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados. Essa Portaria categorizava quais servidores e empregados públicos deveriam trabalhar remotamente, vi-

sando resguardar a saúde dos chamados grupos de risco: idosos, imunodeficientes, pessoas com comorbidades, gestantes e lactantes²¹.

No dia 23 de março, foi publicada a Portaria nº 492, instituindo a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia. O objetivo era otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do SUS para contenção da pandemia, de forma integrada com as atividades de graduação na área da saúde²².

Um mês depois, no dia 7 de abril, houve a publicação do Decreto nº 10.316, para estabelecer medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento. Este Decreto regulamentou o auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) que, naquele momento, seria concedido pelo período de três meses²³.

Outra importante medida foi a promulgação, em 8 de abril, da Medida Provisória nº 948, que dispunha sobre os eventos dos setores de turismo e cultura durante a pandemia, a qual foi revogada e convertida na Lei nº 14.046 em agosto do mesmo ano²⁴. Destaca-se ainda a Lei nº 13.989, de 15 de abril, para autorizar e definir o uso da telemedicina durante a pandemia. Entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde¹⁵.

Em 2 de julho, a Lei nº 14.019 instituiu a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para a circulação em espaços públicos e privados, em vias públicas e em transportes públicos. A obrigação prevista no *caput* deste artigo foi dispensada no caso de pessoas com transtorno do espectro autista, com deficiência intelectual, com deficiências sensoriais ou com quaisquer outras deficiências que as impedissem de fazer o uso adequado de máscara de proteção facial, conforme declaração médica, que poderia ser obtida por meio digital, bem como no caso de crianças com menos de 3 (três) anos de idade²⁵.

Até o dia 6 de julho não havia nenhuma recomendação técnica fornecida pelo Ministério da Saúde em relação a pessoas que viviam em condições precárias de vida, como em favelas e sem acesso à água, tampouco para comunidades indígenas brasileiras.

Somente em 7 de julho, por meio da Lei nº 14.021, foram descritas, pela primeira vez, informações sobre a proteção social dos territórios indígenas, estipulando também medidas de

apoio a comunidades quilombolas, pescadores artesanais e demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento da COVID-19. Embora citasse comunidades tradicionais, o documento não mencionava, especificamente, favelas ou ações específicas para a realidade nessas locais²⁶.

Delongadamente sete meses após o estabelecimento do auxílio emergencial por meio da Resolução nº 11, de 25 de novembro de 2020, foi instituído um grupo de trabalho para coordenação das medidas de proteção e prestação de contas de benefícios. Esse grupo tinha, ainda, como função propor estratégia de coordenação entre as medidas de proteção social, sugerir mecanismos de prestação de contas pelos beneficiários de programas sociais e avaliar e projetar, no que coubesse, o desenvolvimento de mecanismo simplificado de atualização cadastral mensal pelos beneficiários de programas federais²⁷.

Medidas relacionadas às fronteiras

No contexto das medidas de controle da COVID-19, o Brasil implementou diversas restrições excepcionais e temporárias à entrada de estrangeiros no País. Em 19 de março de 2020, a Portaria nº 125 limitou o ingresso de indivíduos oriundos de Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Paraguai, Peru e Suriname²⁸.

No mesmo dia, a Portaria nº 126 restringiu, por 30 dias, a entrada aérea de estrangeiros provenientes de China, União Europeia, Islândia, Noruega, Suíça, Reino Unido, Austrália, Japão, Malásia e Coreia²⁹. Adicionalmente, a Portaria nº 47, de 26 de março, proibiu o desembarque de estrangeiros por via aquaviária, independentemente da nacionalidade, por 30 dias³⁰. Em 31 de março, a Portaria nº 158 restringiu o ingresso terrestre de estrangeiros oriundos da Venezuela pelo mesmo prazo³¹.

Entre março e dezembro de 2020, essas restrições foram atualizadas 25 vezes, abrangendo principalmente países da América Latina, mas também estrangeiros de outras regiões. Em abril de 2020, novas portarias, emitidas pela Casa Civil, ampliaram as restrições a todas as nacionalidades, englobando vias terrestres, rodoviárias, aquaviárias e, em certos períodos, aéreas. Em janeiro de 2021, essas normas foram atualizadas devido à circulação de novas variantes do SARS-CoV-2.

Uma medida destacada foi a Portaria do Gabinete da Vice-Presidência, de 26 de março

de 2020, que restringiu a entrada por transporte aquaviário. Essa norma foi revisada várias vezes ao longo do ano, incluindo regras para estrangeiros em trânsito no Brasil que desejavam retornar aos seus países de origem.

Medidas farmacológicas

No dia 20 de março, a Anvisa publicou a Resolução nº 351, que dispôs sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial). Nessa RDC, houve a inclusão da cloroquina e hidroxicloroquina na lista de medicamentos de controle especial na categoria C. Os medicamentos à base de cloroquina e hidroxicloroquina ficam sujeitos à Receita de Controle Especial em duas vias, sendo a 1ª via retida no estabelecimento farmacêutico e a 2ª via devolvida ao paciente³².

Ainda no mesmo dia, foi publicada a Resolução nº 352, para autorização prévia para fins de exportação de cloroquina e hidroxicloroquina e de produtos sujeitos à vigilância sanitária destinados ao combate da COVID-19. A exportação de cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina, fentanil, midazolam, etossuximida, propofol, pancurônio, vancurônio, rocurônio, succinilcolina e ivermectina na forma de matéria-prima, produto semielaborado, produto a granel ou produto acabado necessitaria, temporariamente, de autorização prévia da Anvisa. Para fins desta Resolução, considerava-se como exportação a saída do produto para o exterior em qualquer forma ou finalidade de exportação³³.

A Anvisa publicou outra RDC dispondo sobre a importação de produtos para diagnóstico *in vitro* de coronavírus e sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à pandemia³².

Em setembro de 2020, foi assinada uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo Federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas COVID-19-Covax Facility, com a finalidade de adquirir vacinas contra a COVID-19³⁴. Essa Portaria foi convertida na Lei nº 14.121 em março de 2021, que estabeleceu diretrizes para a imunização da população.

Em janeiro de 2021, foi publicada outra medida provisória, que versava sobre as medidas excepcionais para aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços de logística e sobre o plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19³⁵.

Medidas relacionadas à aquisição de insumos

No dia 18 de março, a Portaria nº 414 autorizou a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19³⁶. No dia seguinte, o Ministério da Saúde concedeu incentivo financeiro federal à Atenção Primária à Saúde, de forma excepcional, para apoiar o funcionamento estendido das Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde no País no enfrentamento da pandemia³⁷.

Em 7 de abril, o Ministério da Economia estabeleceu uma medida extraordinária para a comercialização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de proteção respiratória. A Portaria estabeleceu que os EPIs classificados como Respirador Purificador de Ar do tipo peça um quarto facial ou semifacial, com filtro para material particulado P2 ou P3, cujos Certificados de Aprovação (CA) tivessem vencido entre 1º de janeiro de 2018 e a data de publicação da Portaria, poderiam ser comercializados com a apresentação do relatório de ensaio constante do CA. Essa medida refletiu a escassez de insumos no início da pandemia para a proteção dos profissionais de saúde³⁸.

A Resolução nº 3, de 15 de abril de 2020, criou um grupo de trabalho para a construção de hospitais de campanha federais e a logística internacional de equipamentos médicos e insumos de saúde. O grupo foi composto por representantes da Casa Civil, do Ministério da Saúde e do Ministério da Infraestrutura³⁹.

Em junho, o Decreto nº 10.407 regulamentou a lei que proibia a exportação de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais no combate à COVID-19 no País⁴⁰. Em 24 de agosto de 2020, delegou-se ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde a competência para a aquisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos para a saúde⁴¹. Essa Portaria foi revogada pela de nº 197 de fevereiro de 2021, que delegou essa competência ao diretor do Departamento de Logística em Saúde⁴².

A Portaria nº 199, de 10 de fevereiro de 2021, revogou a anterior e tratava dos prazos de processos e procedimentos afetos aos órgãos e entidades do Sistema Nacional de Trânsito e entidades públicas e privadas prestadoras de serviços relacionados ao trânsito, no enfrentamento da pandemia no Amazonas. Vale ressaltar que essa medida não se relacionava com a compra de medicamentos e insumos de saúde, eviden-

ciando desorganização na gestão do Ministério da Saúde sobre essas aquisições e publicações de normativas no combate à COVID-19⁴³.

No dia 11 de agosto de 2020, a Lei nº 14.035 estabeleceu procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da pandemia, permitindo flexibilizações nos processos de compra⁴⁴. Nos casos de licitação na modalidade pregão eletrônico ou presencial, cujo objeto fosse a aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de saúde pública, os prazos dos procedimentos licitatórios foram reduzidos pela metade. Os contratos poderiam ter prazo de até seis meses, com possibilidade de prorrogação sucessiva.

Discussão

No dia 6 de fevereiro de 2020, a publicação da Lei nº 13.979 estabeleceu algumas definições básicas e pontuou ações passíveis de serem tomadas pelas autoridades para controlar a pandemia. Entre essas ações, havia: isolamento, quarentena, realização compulsória de exames, testes, coletas, vacinação, estudos epidemiológicos e restrição de rodovias, portos e aeroportos⁴⁵.

Com a publicação dessa lei, parecia que o Brasil assumiria uma postura diligente e firme com relação à pandemia, o que não ocorreu. O presidente da República, desde o início, demonstrou menosprezo à situação, refutando as medidas de controle e incitando a população a “enfrentar o vírus”. O fato é que três tipos de intervenções não farmacológicas, como intensificação de vigilância e higiene, identificação e isolamento de infectados e seus contatos e bloqueio ou *lockdown*, poderiam ter sido adotadas desde o início para mitigar os impactos da pandemia. Ações de intensificação de vigilância e higiene visando o aumento do estado de alerta, voltadas para toda a população, de modo que todos evitassem aglomerações, contatos físicos e adotassem a lavagem das mãos com mais frequência, limpeza de objetos e uso de máscaras faciais, eram esperadas. No entanto, para que essas medidas ocorressem, seriam necessárias algumas condições, tais como população com bom nível de educação formal, cooperação, disciplina e confiança nos dirigentes e autoridades.

Em uma tentativa de conter a pandemia e impor normas, no dia 17 de março foi publicada uma Portaria⁴⁶ que dispunha sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da

emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979⁴⁵. Isto posto, foi instituído, em 2 de junho, por meio da Resolução nº 6, um grupo de trabalho para consolidação das estratégias de governança e gestão de riscos do governo federal em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus⁴⁷. Considera-se essa medida um tanto quanto atrasada, visto que, em junho de 2020, a pandemia atingiu seu recorde no Brasil⁴⁸, e esses números, mais adiante, seriam ainda maiores.

Somente no dia 2 de julho, foi publicada a Lei nº 14.019²⁵, dispondo sobre o uso obrigatório de máscaras de proteção individual como exigência para que as pessoas circulassem em sociedade. Ressalta-se ainda que o próprio presidente sempre comparecia a eventos e entrevistas sem máscara⁴⁹. Essas mensagens conflitantes entre ele e as autoridades sanitárias reduziram a confiança nas instituições sociais e deixaram a população brasileira incerta sobre os méritos das medidas de proteção para evitar a propagação do vírus⁵⁰.

Outra medida não farmacológica seria a identificação e isolamento de pessoas infectadas e seus contatos, por meio da chamada testagem em massa, mais especificamente de testes de diagnóstico e isolamento. Trata-se de uma intervenção de alto custo, que demanda grande esforço para recrutar e treinar trabalhadores para realizar os testes. Além disso, seria necessário apoio da população para aderir aos testes constantes, sendo que as experiências dos países asiáticos mostravam a necessidade de realizá-los também em grande escala^{51,52}.

No Brasil, a descentralização da testagem seria uma estratégia fundamental para o aumento de detecção de novos casos. Porém, desde o início da pandemia, o País enfrentou alguns desafios, como desigualdades socioeconômicas e dificuldades na distribuição de equipamentos e na infraestrutura disponível para esse diagnóstico^{53,54}.

Os principais problemas foram o acesso limitado e a capacidade de triagem do SARS-CoV-2 usando RT-PCR. Como experiência exitosa, tivemos a Coreia do Sul⁵⁵, país asiático que ofereceu testes a todos os casos suspeitos, sendo considerado um exemplo de como lidar com a pandemia. Destacou-se também a Nova Zelândia⁵⁶, por conseguir controlar a pandemia no seu território e eliminar a transmissão comunitária ao aliar o isolamento social à testagem em ampla escala para rastreamento e detecção rápida de casos e contactantes, além da implementação de quarentena. No Brasil, con-

forme descrito na literatura, os fatores associados ao baixo número de testes de RT-PCR do SARS-CoV-2 realizados no Brasil incluíram: a) dificuldade de aquisição de materiais para realização do RT-PCR do SARS-CoV-2 pela alta demanda do mercado; b) aumento no preço de materiais e equipamentos para realização do SARS-CoV-2 RT-PCR; c) baixa disponibilidade de equipamentos; d) limitado número de pessoas qualificadas para realizar a técnica de RT-PCR; e) reduzido número de centros ou laboratórios aptos a fazer o exame; e f) transporte do material até os locais onde o ensaio poderia ser realizado⁵⁷.

A outra intervenção não farmacológica seria o bloqueio ou chamado *lockdown*, que inclui intervenções como fechamento de comércio, serviços e escolas, restrição de transporte e confinamento recomendado ou forçado de toda a população, com exceção de trabalhadores essenciais (por exemplo, profissionais de saúde e alimentação e a polícia)⁵⁸. Nesse sentido, a publicação de uma portaria em março de 2020⁵⁹ autorizando a substituição das aulas presenciais por aulas remotas durante a situação pandêmica foi, sem dúvida, uma medida essencial para ampliação do distanciamento social.

Ademais, apenas dois decretos no nível federal versaram sobre a definição dos serviços essenciais, um deles o de nº 10.282⁶⁰, de 20 de março de 2020, que regulamentava a Lei nº 13.989¹⁵ e definia os serviços públicos e atividades essenciais. Inicialmente, esse Decreto listava 57 serviços essenciais, dos quais 22 foram revogados posteriormente por outros decretos. O outro instrumento jurídico que tratou desse tema trouxe alterações na descrição dos serviços essenciais. De fato, observa-se que o governo federal não se posicionou acerca de uma intervenção de bloqueio⁶¹.

Contudo, contrariando a postura negacionista do presidente, alguns governadores estaduais adotaram políticas de *lockdown* para evitar a propagação da pandemia de SARS-CoV-2, com medidas específicas de restrição do contato social sendo introduzidas pela primeira vez nas regiões Norte e Nordeste. No dia 5 de maio, o estado do Maranhão, na região Nordeste, implementou normas rígidas impondo o distanciamento social. Após essa experiência, outros governadores e prefeitos também adotaram medidas mais rígidas de distanciamento social, e um debate acalorado acompanhou a implementação de bloqueios rígidos sobre quanto poderiam alcançar, quanto custariam e quanto tempo deveriam durar⁵¹.

Quanto às intervenções farmacológicas, o governo federal, primeiro, incluiu a cloroquina e hidroxicloroquina na lista de medicamentos de controle especial na categoria C1, na tentativa de controlar a venda desses medicamentos. Em março de 2020, a OMS, de fato, aprovou estudos com esses medicamentos para o tratamento de pacientes com COVID-19. Alguns líderes mundiais ficaram entusiasmados com essas drogas e defenderam que seriam a cura para o COVID-19, o que causou uma busca frenética por esses medicamentos nas farmácias. Paralelamente, estudos *in vitro* com resultados preliminares de estudos clínicos com métodos inadequados levaram a uma visão distorcida da realidade, fazendo com que muitos médicos, a mídia e a população acreditassem nesta “droga milagrosa”⁶².

Outra medida farmacológica a se destacar foi a adesão do Brasil ao Covax Facility, com o intuito de adquirir vacinas contra a COVID-19⁵. Essa adesão ocorreu como medida provisória em setembro de 2020³⁴, porém somente em janeiro de 2021³⁵ culminou no plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19, com atraso, portanto, em relação aos outros países. No dia 8 de dezembro de 2020, o Reino Unido se tornou o primeiro país do Ocidente a vacinar a população contra o novo coronavírus. O imunizante aprovado para o uso emergencial foi o desenvolvido pela parceria entre a farmacêutica americana Pfizer e a empresa de biotecnologia alemã BioNTech. A situação agravou-se em agosto de 2020 pelas sucessivas negativas e falta de respostas do MS aos contatos da farmacêutica Pfizer para fornecimento de vacinas. Enquanto isso, no Brasil, em 21 de outubro de 2020, o Presidente da República desautorizou o Ministério da Saúde a comprar um lote de 46 milhões de doses do imunizante, grifo do Presidente “toda e qualquer vacina está descartada”⁶³.

Somente após grande pressão popular, em janeiro de 2021, o governo federal assinou o primeiro contrato de compra da CoronaVac, no montante de 46 milhões de doses⁶⁴.

No que tange às medidas para aquisição de insumos, é possível destacar as legislações que estabeleceram novas regras, como a dispensa de licitações na tentativa de agilizar a chegada dos insumos para enfrentamento da pandemia. Quanto aos leitos hospitalares, o SUS detém 44% do total de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do País, enquanto o setor privado totaliza 56%. Isso evidencia uma desproporção, uma vez que apenas 24,6% dos brasileiros possuem

plano de saúde⁶⁵. Dessa forma, a pandemia exerceu uma pressão descomunal sobre os sistemas de saúde, especialmente sobre a disponibilidade de leitos, equipamentos e recursos humanos das UTI.

No Brasil, onde a oferta de leitos privados, especialmente de UTI, é sabidamente maior do que a pública, a estratégia priorizada não foi a do uso de recursos existentes. Houve a construção de hospitais de campanhas por meio da Resolução nº 3, com a finalidade de aumentar o número de leitos³⁹ e pode-se afirmar que a implementação de leitos públicos ocorreu tardiamente e não foi suficiente para garantir o pleno atendimento e o direito à saúde em diferentes cidades⁶². Houve ainda o contraste configurado por fila de espera no SUS *versus* leitos ociosos e encerrados no setor privado, o que escancarou as desigualdades de acesso⁶⁵.

Conclusão

Em resposta à pergunta de pesquisa, a vigilância em saúde no Brasil para controle da pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 nos documentos pesquisados foram concentradas em medidas não-farmacológicas. Essas intervenções eram as mais indicadas para o controle da pandemia. Em contrapartida, identificou-se extenso conjunto de artigos com críticas ao atraso na tomada de decisões e à discrepância entre as recomendações da OMS e aquelas ditadas pelo presidente da República, bem como às constantes trocas de ministros da Saúde e à instabilidade e falta de confiança transmitidas pelas autoridades ministeriais à população.

Para que houvesse controle da pandemia e preservação da economia, o País precisaria de uma liderança que centralizasse e coordenasse as ações com estados e municípios, mas, infelizmente, o governo federal não cumpriu esse papel e tornou-se, inclusive, um obstáculo a mais no controle da pandemia. Essa liderança negativa e a falta de coordenação causaram muitas mortes e prejudicaram gravemente as vidas dos sobreviventes, uma vez que atrasaram a retomada das atividades econômicas e sociais. Como limitações, destaca-se o reduzido número de estudos localizados a respeito da vigilância em saúde no contexto da COVID-19 no Brasil, tendo sido necessário recorrer ao Portal Legislação do governo federal para acessar documentos.

O principal esforço do governo federal na luta contra o vírus foi centrado em drogas antimaláricas e vermífugas e menosprezo pelas

intervenções não farmacológicas. Por isso, sobreram medicamentos sem comprovação científica e faltaram leitos e coordenação. Muitos cidadãos brasileiros não conseguiam respirar por inclemência de autoridades governamentais, questionando os princípios de universalidade do SUS: a garantia da vida e dos direitos sociais.

Considerando que a vigilância em saúde existe, para além da sua relevância nas políticas de um país no sentido de reduzir a vulnerabili-

dade e os riscos à saúde, este estudo traz dados de um período da linha histórica catastrófica no contexto da pandemia COVID-19 no Brasil. Evidencia-se a presença de medidas contraditórias, distorcidas e opostas à ciência tomadas pelo governo brasileiro na gestão de 2019-2022, que culminaram em uma tragédia anunciada de quase 700 mil mortes no País. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de priorizar a ciência, a educação e o apoio ao avanço científico.

Colaboradores

LA Borges, PHB Silva, ALSA Zara e ESF Oliveira contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e interpretação dos dados e na redação e revisão crítica e aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol* 2020; 39(5):355-357.
2. World Health Organization (WHO). *Relatório da situação 11*. Geneva: WHO; 2020.
3. Perlman S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med* 2020; 382(8):760-762.
4. Paterlini M. On the front lines of coronavirus: the Italian response to covid-19. *BMJ* 2020; 368:m1065.
5. Block P, Hoffman M, Raabe IJ, Dowd JB, Rahal C, Kashyap R, Mills MC. Social network-based distancing strategies to flatten the COVID-19 curve in a post-lockdown world. *Nat Hum Behav* 2020; 4(6):588-596.
6. Arshed N, Meo MS, Farooq F. Empirical assessment of government policies and flattening of the COVID19 curve. *J Public Aff* 2020; 20(4):e2333.
7. Jesus JG, Sacchi C, Candido DS, Claro IM, Sales FCS, Manuli ER, Silva DBBD, Paiva TM, Pinho MAB, Santos KCO, Hill SC, Aguiar RS, Romero F, Santos FCPD, Gonçalves CR, Timenetsky MDC, Quick J, Croda JHR, Oliveira W, Rambaut A, Pybus OG, Loman NJ, Sabino EC, Faria NR. Importation and early local transmission of COVID-19 in Brazil, 2020. *Rev Inst Med trop S Paulo* 2020; 62:e30.
8. Croda J, Oliveira WK de, Frutuoso RL, Mandetta LH, Baia-da-Silva DC, Brito-Sousa JD, Monteiro WM, Lacerda MVG. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop* 2020; 53:e20200167.
9. Freitas CM, Silva IVM, Cidade NC. COVID-19 as a global disaster: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambient Soc* 2020; 23:e0115.
10. Aquino EML. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 1):2423-2446.

11. Borges L et al. Vigilância em saúde para Covid-19 no Brasil. In: *13º Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa* [Internet]. Campinas: Galoá; 2024 [acessado 2024 jun 10]. Disponível em: <https://proceedings.science>.
12. Borges LA, Silva PHBD, Baixinho CRSL, Zara ALDSA, Oliveira ESFD. Health Surveillance Actions in the Context of Covid-19 in Brazil: A Scoping Review. *Preprints*; 2023. doi: doi.org/10.20944/preprints202310.0582.v1.
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis JPA, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6(7):e1000100.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União*; 2020.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*; 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. 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). *Diário Oficial da União*; 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Brasília: MS; 2020.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 59, de 16 de março de 2020. Instituição do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19). *Diário Oficial da União*; 2020.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
20. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Portaria nº 343, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 428, de 19 de março de 2020. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*; 2020.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). *Diário Oficial da União*; 2020.
24. Brasil. Lei nº 14.046, de 24 de agosto de 2020. Dispõe sobre o adiamento e o cancelamento de serviços, de reservas e de eventos dos setores de turismo e de cultura em razão do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. *Diário Oficial da União*; 2020.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 11, de 25 de novembro de 2020. Institui Grupo de Trabalho para a coordenação das medidas de proteção e a prestação de contas de benefícios, em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 125, de 19 de março de 2020. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 126, de 19 de março de 2020. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 47, de 26 de março de 2020. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.

31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 158, de 31 de março de 2020. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução - RDC nº 351, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2020.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 352, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a autorização prévia para fins de exportação de cloroquina e hidroxiclороquina e de produtos sujeitos à vigilância sanitária destinados ao combate da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
34. Brasil. Medida Provisória nº 1.003, de 24 de setembro de 2020. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - Covax Facility. *Diário Oficial da União*; 2020.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Medida Provisória nº 1.026, de 6 de janeiro de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços de logística, tecnologia da informação e comunicação, comunicação social e publicitária e treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2021.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). *Diário Oficial da União*; 2020.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 9.471, de 7 de abril de 2020. Estabelece medida extraordinária e temporária quanto à comercialização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI de proteção respiratória para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19). (Processo nº 19966.100318/2020-61). *Diário Oficial da União*; 2020.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 3, de 15 de abril de 2020. Institui Grupo de Trabalho para a Coordenação de Ações Estratégicas para Construção de Hospitais de Campanha Federais e Logística Internacional de Equipamentos Médicos e Insumos de Saúde, em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
40. Brasil. Decreto nº 10.407, de 29 de junho de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.993, de 23 de abril de 2020, que dispõe sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à epidemia da covid-19 no País. *Diário Oficial da União*; 2020.
41. Brasil. Lei nº 14.046, de 24 de agosto de 2020. Dispõe sobre o adiamento e o cancelamento de serviços, de reservas e de eventos dos setores de turismo e de cultura em razão do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 197, de 1º de fevereiro de 2021. Delega competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*; 2021.
43. Brasil. Ministério da Infraestrutura. Portaria nº 199, de 10 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os prazos de processos e de procedimentos afetos aos órgãos e entidades do Sistema Nacional de Trânsito e às entidades públicas e privadas prestadoras de serviços relacionados ao trânsito, por força das medidas de enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado do Amazonas. *Diário Oficial da União*; 2021.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
45. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*; 2020.
46. 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. *Diário Oficial da União*; 2020.
47. Brasil. Resolução nº 6, de 2 de junho de 2020. Institui Grupo de Trabalho para a Consolidação das Estratégias de Governança e Gestão de Riscos do Governo federal em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da covid-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
48. Marson FAL. Covid-19 – Six million cases worldwide and an overview of the diagnosis in Brazil: A tragedy to be announced. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2020; 98(2):115113.
49. The Lancet. Covid-19 in Brazil: “So what?”. *Lancet* 2020; 395(10235):1461.
50. Ortega F, Orsini M. Governing Covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Glob Public Health* 2020; 15(9):1257-1277.

51. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29:e2020222.
52. World Health Organization (WHO). *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (Covid-19) outbreak* [Internet]. 2020 [cited 2024 jun 10]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>.
53. Nadanovsky P, Santos APP. Strategies to deal with the Covid-19 pandemic. *Braz Oral Res.* 2020; 34:e068.
54. Cornwall W. *Can you put a price on Covid-19 options? Experts weigh lives versus economics* [Internet]. 2020 [cited 2024 jun 10]. Available from: <https://www.science.org/content/article/modelers-weigh-value-lives-and-lockdown-costs-put-price-covid-19>.
55. Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, Paim JS, Vieira-da-Silva LM. A resposta da Coreia do Sul à pandemia de Covid-19: lições aprendidas e recomendações a gestores. *Cad Saude Publica* 2022; 38(1):e00118621.
56. Oliveira AB, Chaves SCL. A estratégia de resposta da Nova Zelândia à Covid-19: lições aprendidas. *Cien Saude Colet* 2023; 28(12):3573-3586.
57. Magno L, Rossi TA, Mendonça-Lima FW, Santos CC, Campos GB, Marques LM, Pereira M, Prado NMBL, Dourado I. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para Covid-19 no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3355-3364.
58. Vokó Z, Pitter JG. The effect of social distance measures on Covid-19 epidemics in Europe: an interrupted time series analysis. *GeroScience* 2020; 42:1075-1082.
59. Brasil. Portaria nº 1.272 GM-MD, de 20 de março de 2020. Aprovação da Diretriz Ministerial de Execução nº 7/2020, que autoriza a execução das ações de apoio para mitigar os impactos do COVID-19. *Diário Oficial da União*; 2020.
60. Brasil. 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*; 2020.
61. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19. *Cad Saude Publica* 2020; 36(7):e00185220.
62. Tang W, Cao Z, Han M, Wang Z, Chen J, Sun W, Wu Y, Xiao W, Liu S, Chen E, Chen W, Wang X, Yang J, Lin J, Zhao Q, Yan Y, Xie Z, Li D, Yang Y, Liu L, Qu J, Ning G, Shi G, Xie Q. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomized controlled trial. *BMJ* 2020; 369:m1849.
63. Andrade H. *Toda e qualquer vacina está descartada* [Internet]. 2020 [acessado 2024 jun 10]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/21/bolsonaro-cancela-acordo-por-coronavac-nao-abro-mao-da-minha-autoridade.htm>.
64. Homero V. *Butantan entregará 46 milhões de doses da CoronaVac até abril, diz Pazuello* [Internet]. 2021 [acessado 2022 mar 4]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/butantan-entregara-46-milhoes-de-doses-da-coronavac-ate-abril-diz-pazuello/>.
65. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):232-247.

Artigo apresentado em 07/01/2025

Aprovado em 10/02/2025

Versão final apresentada em 12/02/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva