



Ministério da Saúde

Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19

Gabinete

Relatório Técnico ESPIN- Covid-19 no Brasil

Brasília - DF

Abril, 2022

Sumário

Apresentação	1
Resumo	3
Introdução	5
Emergências em Saúde Pública	7
I Eixo Vigilância Epidemiológica e Sanitária	11
I.1 Ações realizadas e indicadores	14
I.1.1 Ações no âmbito da vigilância epidemiológica e laboratorial da Covid-19, influenza e outros vírus respiratórios (GT-Gripe e CGEMSP).	14
I.1.2 Indicadores definidos e selecionados para monitoramento constante do cenário epidemiológico da Covid-19 no Brasil por Unidade Federada, capitais e municípios de fronteira.	22
I.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação	22
I.3 Do plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	24
I.4 Considerações finais	25
4.1 Frente ao Cenário epidemiológico	25
4.2 Frente a Revogação da Portaria Nº 188/2020	26
II - Eixo Assistencial	27
II.1. Assistência Primária em Saúde	27
II.1.1 Ações realizadas	27
II.1.1.1 Indicadores da Atenção Primária à Saúde	35
II.1.1.1.2 Valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. (RIPSA)	37

II.1.1.1.3 Valor médio de repasse para o custeio dos Centros de Atendimento e dos Centros Comunitário e Centros de Referência para enfrentamento da covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. (RIPSA)	41
II.1.1.1.4 Percentual dos recursos orçamentários extraordinários destinados ao enfrentamento da Covid-19 na Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde em comparação aos recursos regulares transferidos pelo Ministério da Saúde. (RIPSA)	44
II.1.1.1.5 Número de atendimentos com condição avaliada pós-covid na Atenção Primária à Saúde (RIPSA)	50
II.1.1.1.6 Consultas motivo COVID-19 (2020 a 2022) e síndromes gripais (2018 a 2022) na APS por mês e ano.	51
II.1.1.1.7 Consultas motivo Síndromes Gripais na APS nos anos de 2018 a 2022	53
II.1.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação	55
II.1.3 Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	56
II.1.4 Considerações Finais	56
II.2. Assistência Especializada em Saúde	57
II.2.1 Ações realizadas e indicadores	57
II.2.1.1 Indicadores	72
II.2.1.2 Legados	73
II.2.2 Impactos da revogação da PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 e estratégias de mitigação	74
II.2.3 Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020	75
II.2.4 Considerações finais	76
II.3. Assistência Farmacêutica	77
II.3.1. Ações realizadas e indicadores	77
II.3.1.1 Análise das informações relacionadas ao CMM e cobertura dos medicamentos IOT nos estados	78
II.3.1.2 Análise das informações constantes no BI Anvisa sobre produção dos medicamentos para IOT	80

II.3.1.3 Ações extraordinárias para Covid-19	84
II.3.2 Impacto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação	87
II.3.2.1 Processos aquisitivos de medicamentos IOT (pregão)	87
II.3.2.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)	90
II.3.3 Legado e Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.	92
3.3.1 Processos aquisitivos de medicamentos IOT	92
II.3.3.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)	94
II.3.4 Considerações Finais	95
II.4. CONITEC	96
II.5. Gestão do trabalho e educação na Saúde	100
II.5.1. Ações Realizadas	100
II.5.1.1 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS)	100
II.5.1.1.1 Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”	101
II.5.1.1.1.1 Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”	102
II.5.1.1.1.2 Ação “O Brasil Conta Comigo – Residentes na Área de Saúde”	102
II.5.1.1.1. 2 Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde	103
II.5.1.1.1. 4 Política de concessão de bolsas	104
II.5.1.4 Projeto Saúde Mental	105
II.5.1.1.2 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)	108
II.5.1.9 Legado da Pandemia e Ações em andamento	120
II.5.1.10 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)	121
II.5.1.11 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS)	126
II.5.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, e estratégias de mitigação	129

II.5.3 Plano de Retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	130
II.5.4 Considerações Finais	130
II.6. Saúde indígena	131
II.6.1 Principais ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena	131
II.6.2. Vigilância Epidemiológica da Covid-19	132
II.6.3. Indicadores	133
II.6.4. Impactos da revogação:	141
II.6.5. Estratégia de retomada	141
II.6.5.1 Resposta à Emergência de Saúde Pública	141
II.6.5.2 Situação Orçamentária	142
II.6.6 Considerações finais	146
III - Eixo Normativo	147
Considerações Finais SECOVID	151
Referências bibliográficas	161

Apresentação

Em fevereiro de 2020, por meio da Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), tendo em vista a necessidade de estabelecer um Plano oportuno de resposta à emergência instalada e de se adotar medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Desde o início da pandemia, a coordenação e a representação no Ministério da Saúde desta Emergência de Saúde Pública coube, inicialmente à Secretaria de Vigilância em Saúde, posteriormente à Secretaria Executiva e, em 10 de maio de 2021, através do Decreto nº 10.697, o Ministério da Saúde instituiu a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (SECOVID) com o propósito de coordenar as ações de enfrentamento à Emergência em Saúde Pública em decorrência da pandemia do novo coronavírus, bem como subsidiar o Ministro de Estado da Saúde quanto ao término de tal emergência.

Conforme declaração da Organização Mundial de Saúde (abril, 2022) vivenciamos o melhor cenário epidemiológico dos últimos dois anos, com a menor taxa de mortalidade relatada decorrente do novo coronavírus. No Brasil, ao final da semana epidemiológica 14 de 2022, observamos queda nos indicadores de incidência e mortalidade por dez semanas epidemiológicas consecutivas, atingindo a 8ª menor taxa de mortalidade e a 22ª taxa de incidência na série histórica de 122 semanas consecutivas.

O Brasil possui capacidade, no nível nacional, estaduais e municipais, para ativar respostas ao contexto da pandemia da Covid-19, com a mobilização tempestiva das estratégias de assistências do cuidado, primárias e especializadas, bem como a assistência farmacêutica, com a disponibilidade de medicações de suporte e específicas (antirretrovirais e anticorpos monoclonais) ao combate à Covid-19.

Ademais, as direções estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) recuperaram suas capacidades de resposta à Covid-19, segundo avaliação do inciso IV do no § 1º do Artigo 3º do Decreto nº 7.616 de 2011.

Nesse sentido, este relatório visa contextualizar as ações envidadas pelo Ministério da Saúde durante a pandemia. Assim, neste momento, a SECOVID, no uso de suas atribuições, atuando na função de Coordenação, submeteu o assunto às demais Secretarias deste Ministério por se tratar de assunto transversal, permeando as ações de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, com intuito de compilar as ações efetuadas no decorrer destes dois anos e análises de impacto regulatório, bem como os planos de contingências a futuras respostas que se fizerem necessárias frente a este agravo da saúde.

Resumo

Em um cenário com mais de 110 mil casos da Covid-19 em 114 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a situação de pandemia de Covid-19 em 11 de março de 2020. Em fevereiro de 2020, através da Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Observando uma melhora da situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil e a possibilidade da incorporação do atendimento dos pacientes acometidos por essa doença na rotina ordinária do Sistema Único de Saúde, o presente relatório técnico visa reunir informações técnicas a fim de nortear a tomada de decisão pelo Ministro de estado da Saúde acerca da manutenção da portaria supracitada. A construção desse relatório técnico se deu de maneira conjunta, por meio da cooperação das secretarias finalísticas do Ministério da Saúde, as quais encaminharam documentos técnicos para análise e consolidação efetuada pela Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (SECOVID). Como resultados desse documento, observa-se que a pandemia da Covid-19 trouxe um legado de ampliação da capacidade instalada do SUS, tanto na atenção básica quanto na especializada, para o atendimento dos pacientes acometidos pela Covid-19. Todavia, é importante destacar que as ações fomentadas, principalmente na atenção básica, pelo recurso financeiro já transferido aos entes e não utilizados, parcialmente ou em sua totalidade, permaneçam com objetivo de dar continuidade às ações de enfrentamento da Covid-19. Em relação aos insumos utilizados na terapêutica da Covid-19, verifica-se que foram desenvolvidas ações voltadas para a criação de um estoque estratégico de medicamentos utilizados para IOT, além da elaboração de um plano estratégico para a gestão de riscos. Em termos normativos, a declaração do fim da ESPIN impactará na aquisição, manutenção e dispensação de medicamentos, os quais deverão retornar aos normativos ordinários prévios à pandemia. Os materiais didáticos desenvolvidos para a capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, não sofrerão impacto com a revogação da ESPIN e continuarão disponíveis e utilizados em outras viroses respiratórias como referência. Ao nos referirmos à situação epidemiológica da Covid-19 no mundo, nas Américas e no Brasil, observa-se uma tendência de redução de casos e óbitos.

Todavia, esclarece-se que a revogação do estado de emergência, não significa que a Covid-19 será considerada uma endemia no país, uma vez que mesmo com a tendência de queda nos casos e óbitos, ainda há número expressivo de casos notificados diariamente e deverão ser analisados outros critérios epidemiológicos, tanto no Brasil como no Mundo, para se diminuir o estado de pandemia à endemias. Frizamos que, embora tenhamos um conhecimento expressivo sobre o SARS-CoV-2 e a Covid-19, há as emergências de novas variantes, devendo-se estar em estado de alertas e avaliação de riscos a fim de se predizer quaisquer cenários que possam colocar em risco a população brasileira e tomar as decisões de forma articulada e coordenada com as demais esferas do Sistema único de Saúde.

Introdução

As infecções em humanos por coronavírus foram identificadas pela primeira vez na década de 60, porém elas só receberam notoriedade em 2002-2003, quando o SARS-CoV foi identificado como o agente de uma doença de alta letalidade, causando uma epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS) com origem na província de Guangdong, na China, e que disseminou para outros países (MOHANTY et al, 2020; ESAKANDARI et al, 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada da ocorrência de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada anteriormente em seres humanos. No início do surto, todos os pacientes estavam relacionados ao mercado atacadista de frutos do mar de Wuhan. Em pouco tempo, 25 províncias chinesas apresentaram registros da Covid-19, sendo que até 25 de janeiro de 2020, quase 2 mil casos e 56 mortes foram identificados. No mesmo mês, a doença foi registrada em outros países da Ásia, Europa e América do Norte. Em um cenário com mais de 110 mil casos em 114 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a situação de Pandemia de Covid-19 em 11 de março de 2020 (WHO, 2021).

No Brasil, desde fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), por meio da Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. A confirmação do primeiro caso oficial da doença no país ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, bem como das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, passou a acompanhar e divulgar a situação epidemiológica da Covid-19.

Com mais de 213 milhões de habitantes (IBGE,2021), o Brasil possui a sexta maior população mundial, assim como uma das mais diversas em termos sociodemográficos e que

se encontra heterogeneamente distribuída no quinto maior território mundial. Em conjunto com outros fatores, essa situação levou o país a apresentar um perfil muito peculiar no que se refere à distribuição da Covid-19, figurando, em muitos momentos, no topo da lista de países com o maior número de casos e óbitos associados à doença e também com a presença de diversas variantes de preocupação (VOC ou *Variant of Concern*, em inglês) (BRASIL, 2022).

A Semana Epidemiológica (SE) 14 de 2022 encerrou com um total de 152.965 novos casos registrados, o que representa uma redução de 4% (diferença de -7.083 casos), o que pode ser classificado como uma estabilidade, quando comparado ao número de casos registrados na SE 13 (160.048). Em relação aos óbitos, a SE 14 encerrou com um total 1.112 novos registros de óbitos, representando uma redução (-17%) (diferença de -234 óbitos) se comparado ao número de óbitos novos na SE 13 (1.346 óbitos) (BRASIL, MS, abril de 2022)

O maior registro de notificações de casos novos em um único dia (298.408 casos) ocorreu no dia 3 de fevereiro de 2022 e de novos óbitos (4.249 óbitos), em 8 de abril de 2021.

A apresentação clínica da Covid-19 varia desde quadros assintomáticos, a sintomas respiratórios e não respiratórios leves ou moderados, até pneumonia grave e síndrome respiratória aguda com falência de múltiplos órgãos. Os pacientes podem apresentar sintomas gripais, pneumonia viral, mialgia, cefaléia, ageusia, anosmia, sintomas gastrointestinais, neurológicos, tromboembolismo e alterações cutâneas. A compreensão da fisiopatologia e dos fenótipos clínicos da Covid-19 são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de gestão personalizadas com o objetivo de melhorar os desfechos dos pacientes (OSUCHOWSKI, 2021).

Nesse sentido, aproximadamente 80% das pessoas com Covid-19 desenvolvem um quadro clínico leve da doença, com sintomas como febre, tosse seca e fadiga, de resolução autolimitada. Entretanto, cerca de 14% dos casos de Covid-19 evoluem para quadros graves da doença podendo necessitar de oxigenoterapia ou hospitalização, e 5% requerem atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Pacientes com Covid-19 que necessitam de internação em UTI por insuficiência respiratória aguda determinada por pneumonia viral,

geralmente apresentam aumento da frequência respiratória e hipoxemia, podendo evoluir para sepse e choque séptico, falência de múltiplos órgãos, incluindo lesão renal aguda e lesão cardíaca.

A maioria dos pacientes acometidos pela Covid-19 conseguem se recuperar totalmente, mas alguns podem permanecer com uma grande variedade de manifestações clínicas, psicológicas e/ou físicas persistentes, podendo afetar diversos sistemas do corpo. Essa gama de manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes, presentes após a infecção aguda por SARS-CoV-2, quando estas não são atribuídas a outras causas, são denominadas condições pós-covid e parecem ocorrer independentemente da gravidade da infecção (LAI et al, 2020).

Em face da necessidade de elaboração e execução de estratégias para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, nos mais diversos cenários epidemiológicos desenhados, considerando o Decreto nº 10.697, de 10 de maio de 2021, que altera o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, foi criada a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (SECOVID). Dentre as atribuições desta Secretaria cabe a de representar o Ministério da Saúde na coordenação das medidas a serem executadas durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do novo coronavírus (Covid-19). Neste sentido, o presente documento visa reunir informações técnicas relevantes para subsidiar uma análise preliminar acerca da ESPIN e dos potenciais impactos de sua revogação.

Emergências em Saúde Pública

Ao nos remetermos ao termo **emergências em saúde** habitualmente estamos nos referindo ao *status* de um problema de saúde que exige das autoridades sanitárias a adoção de medidas imediatas para seu controle. Na atualidade, o termo emergência de saúde pública, no contexto nacional e internacional, tem sido utilizado para descrever situações (denominadas de eventos de saúde pública) que constituem ou apresentam risco imediato

de produção, disseminação ou agravamento de danos à saúde da população, independentemente da natureza ou origem (Carmo. EH, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui como missão: *“conduzir todos os povos ao nível de saúde mais elevado possível”* (art. 1º. da Constituição da OMS), mediante ações de cooperação e respeito aos preceitos do Direito Internacional e Soberania das Nações. Assim, em 2005 na 58ª a Assembleia Mundial da Saúde, órgão deliberativo da OMS, aprovou o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). O RSI 2005 tem como objetivo estabelecer medidas para ampliar as capacidades nacionais para detectar e responder aos riscos de disseminação ou propagação de doenças entre os países; protegendo, prevenindo e controlando, bem como dando uma resposta de saúde pública proporcional e restritas aos riscos. A versão em português fora aprovada pelo Congresso Nacional em 2009 (Decreto 395/2009), entrando em vigor no Brasil, por meio do Decreto nº. 10.212/2020, 15 anos depois.

De acordo com o RSI 2005, o termo Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é definido como *“Evento extraordinário, que constitui um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada”*.

No Brasil, o Decreto 7.616 de 17 de novembro de 2011 constitui o ato normativo que alude sobre as Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional. No art. 2º coloca que *“A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública”*. Mais adiante, art. 3º, traz que a ESPIN será declarada em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas, desastres ou de desassistência à população. Para tanto, são consideradas situações epidemiológicas os surtos ou epidemias os quais: apresentem risco de disseminação nacional; sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; representem a reintrodução de doença erradicada;

apresentem gravidade elevada; ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS.

Diante do exposto, a Covid-19, abarcou inúmeros critérios em consonância com os normativos vigentes, internacionais e nacionais, que a caracterizaram como uma Emergência em Saúde Pública, internacional e nacional. Dessa forma vários instrumentos e diretrizes foram ajustadas e implementadas a fim de uma melhor resposta com a coordenação mais assertiva possível, visto que a Covid-19 atingiu o mundo em uma pandemia e desafiou a cultura, a economia e a infraestrutura de saúde de toda a população.

Restou evidente que as diversas formas de emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo, exigindo, dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta. A vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente de emergências em saúde pública (Brasil, 2014). A Covid-19 pôs em xeque as lições aprendidas preteritamente.

Ficou notório que a preparação e a resposta às emergências reduzem de fato os impactos na saúde pública e a coordenação entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços de saúde se mostrou essencial para uma resposta oportuna.

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, desempenha um papel inerente de suporte aos estados e aos municípios nas respostas as emergências em saúde pública. A utilização de vastos documentos orientadores (Planos, Cadernos, Atos normativos) norteia e dá lastro legal para atuação dos estes federados no que se refere ao tema.

Ressaltamos que, preteritamente à emergência da Covid-19, os eventos de interesse à saúde pública já eram monitorados rotineiramente pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no âmbito do **Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)**, com a participação da Rede dos Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Rede-Cievs), bem como das demais áreas técnicas dessa secretaria, vindo a se fortalecer com maiores investimentos e ampliação da rede. Ademais, o **Comitê Gestor da FN-SUS (CG/ FN-**

SUS), coordenado pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com a participação das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde (SAPS), tem a prerrogativa de solicitar o acionamento de uma estrutura de resposta à emergência em saúde pública de qualquer natureza quando necessário.

Assim, também esclarecemos que o Ministério da Saúde, em consonância com as normativas da OMS, notadamente do RSI-2005, adota o Sistema de Comando de Operações (SCO), semelhante a vários países membros. Nesse sistema adota-se o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COEs), uma estrutura organizacional cujo objetivo é promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos. A sua estruturação permite a análise dos dados e das informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências em saúde pública. A partir deste comando central orientou-se a cada unidade federativa a estabelecer centros regionais, sendo que estes COEs foram os responsáveis pela coordenação das ações de resposta às emergências em saúde pública local, incluindo a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde, permitindo assim a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS.

No âmbito do Ministério da Saúde, inicialmente foi constituído por profissionais das Coordenações-Gerais e Departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde por meio da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o qual posteriormente ficou sob coordenação da Secretaria Executiva por meio da Portaria o da Portaria 3.190 de 26 de novembro de 2020. Por fim, as competências de coordenação das medidas a serem executadas durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do coronavírus foram incumbidas à Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 por meio do Decreto 10.697 de 10 de maio de 2021.

Diante do exposto, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, desempenha um papel essencial de suporte aos estados e aos municípios na resposta às emergências em saúde pública. A elaboração de vastos normativos durante a pandemia permitiu coordenar

não só os recursos federais em apoio aos estados e aos municípios, mas também os demais aspectos envolvidos ao combate à Covid-19. No momento, em consonância com as diretrizes específicas desse Sistema de Comando (SCO), vislumbramos indicativos de desmobilização da ESPIN, salientando-se de que há a necessidade de se manter os alertas e monitoramento constantes.

Dessa forma, para uma melhor compreensão e facilitar na tomada de decisão, visto que tal emergência envolve aspectos multissetoriais e até translacionais, pois a Covid-19 não apenas envolveu as questões meramente sanitárias, mas extrapolou todos os limites com repercussões na concepção da definição de Saúde da OMS “*de um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades*” e também impactos nos mais diversos campos do conhecimento. Como declarado, abril de 2022, pelo Diretor Geral da OMS: a importância de Estados Partes em usar contramedidas médicas disponíveis e medidas sociais e de saúde pública (PHSM). Ele destacou a publicação do Plano Estratégico de Preparação, Prontidão e Resposta atualizado, que fornece um roteiro de como o mundo pode acabar com o COVID-19 emergência em 2022 e preparação para eventos futuros.

Didaticamente elencamos três grandes eixos para uma melhor compreensão e tomada de decisão, nestes eixos indicadores foram selecionados para uma melhor visão e análise:

I - Vigilância Epidemiológica e Sanitária

II – Assistência ao cuidado, Farmacêutica e Recursos Humanos

III – Normativas

I Eixo Vigilância Epidemiológica e Sanitária

De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, 2005, **Vigilância** significa a coleta, compilação e a **análise contínua** e **sistemática** de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário.

A Constituição Federal, 1988, em seu artigo 200 advoga que: *“Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:[...]II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;”*.

Assim sendo, o Ministério da Saúde, por meio das Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no âmbito do **Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)**, com a participação da Rede dos Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (**Rede-Cievs**), monitora rotineiramente, há muitos anos, os eventos de interesse à saúde pública com reuniões ordinárias semanais às sextas-feiras e a qualquer momento caso necessário. Esse comitê materializa as informações em boletins epidemiológicos e análises de risco, cadernos, planos e etc.

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em junho de 2003, veio reforçar uma área extremamente estratégica do Ministério, por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica. De acordo com o artigo 34, 35,36,37 e 39 do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que altera o Decreto nº 4.726/2003, todas as competências dessa secretaria envolvem ações de vigilância epidemiológica no Brasil e também de formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Anvisa.

O Brasil possui uma rede de vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios estabelecida, que antecede a pandemia da Covid-19. Desde o ano de 2000, desenvolve o monitoramento de casos de Síndrome Gripal (SG), por meio de vigilância em unidades de saúde sentinelas. A vigilância de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), foi instituída em 2009, quando ocorreu a pandemia da influenza A(H1N1). O modelo de vigilância (sistema de informação, epidemiologia, tratamento, imunização e diagnóstico) de vírus respiratórios, de impacto em saúde pública, os respectivos fluxos e conhecimentos adquiridos, permitiu e auxiliou todo o desencadear das estratégias e ações para as medidas de prevenção e controle da pandemia da Covid-19 e, recentemente, houve incorporação da vigilância epidemiológica da Covid-19 nesse serviço, já estabelecido.

Para a notificação de casos, existem atualmente dois sistemas de informação: o e-SUS Notifica, voltado para a notificação universal de casos suspeitos de SG por Covid-19 (quadros

leves e moderados) e o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), em que são registrados os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e os óbitos por Covid-19, independente de hospitalização. Ressalta-se, ainda, que todos os óbitos ocorridos em território nacional são registrados também no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por meio do qual é possível identificar óbitos que tenham a Covid-19 como causa básica ou como causa associada.

Desde o início da pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde (MS) realiza o monitoramento epidemiológico diário dos casos e óbitos e disponibiliza os dados por meio do Portal Coronavírus Brasil (<https://covid.saude.gov.br/>) e do Painel Covid-19 no Brasil (https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html).

Ademais, divulga, semanalmente, um Boletim Epidemiológico Especial (BEE) sobre o cenário epidemiológico da Covid-19, disponível para consulta em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/bolens/bolens-epidemiologicos/covid-19>, contendo uma análise detalhada sobre: Situação epidemiológica da Covid-19 no mundo e no Brasil; Perfil dos casos e óbitos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); Perfil dos casos notificados em profissionais de saúde; Variantes de Preocupação (VOC) no Mundo e no Brasil; Reinfecção pelo SARS-CoV-2; Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à Covid-19; e Vigilância laboratorial.

Importante ressaltar que, além da rotina de monitoramento interno dos dados epidemiológicos da Covid-19, também são desenvolvidas e divulgadas a pesquisadores e profissionais de saúde em geral, semanalmente, análises complementares e preditivas (Brasil, regiões e unidades federadas) da Covid-19, por meio de modelo matemático e estatístico, sobre os casos e óbitos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), na plataforma da Fiocruz/RJ, denominado InfoGripe (Link de acesso: [hp://info.gripe.fiocruz.br/](http://info.gripe.fiocruz.br/)). A Plataforma InfoGripe é produto de contratação de pesquisa da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS com os pesquisadores do Programa de Computação Científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, PROCC), no Rio de Janeiro.

Ressaltamos que antes da emergência da Covid-19, os eventos de interesse à saúde pública já eram monitorados rotineiramente pela Secretaria de Vigilância em Saúde, no

âmbito do **Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)**, com a participação da Rede dos Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Rede-Cievs), bem como das demais áreas técnicas da SVS, vindo a se fortalecer com maiores investimentos e ampliação da rede. Além disso, o **Comitê Gestor da FN-SUS (CG/ FN-SUS)**, coordenado pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com a participação das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, pode solicitar o acionamento de uma estrutura de resposta à emergência em saúde pública de qualquer natureza.

I.1 Ações realizadas e indicadores

I.1.1 Ações no âmbito da vigilância epidemiológica e laboratorial da Covid-19, influenza e outros vírus respiratórios (GT-Gripe e CGEMSP).

Foram realizadas:

1. Definição e atualização das diretrizes nacionais da vigilância epidemiológica da Covid-19, pactuadas em tripartite, abrangendo o Sistema Único de Saúde - SUS, saúde suplementar e saúde privada;

2. Manutenção e atualização das fichas de notificação e dos sistemas oficiais de informação da vigilância epidemiológica e laboratorial da Covid-19, em articulação com o Datasus:

- o Sivep-Gripe: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe;
- o e-SUS Notifica;
- o SIM: Sistema de Informação de Mortalidade; e
- o GAL: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial.

3. Elaboração e atualização de publicações técnicas acerca das diretrizes nacionais sobre Covid-19:

- Guia de Vigilância Epidemiológica 4ª versão;

- Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 3ª Edição;
- Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 - PNE-Teste (2ª edição);
- Publicação sobre Vigilância Genômica do vírus SARS-CoV-2 no âmbito da SVS/MS; e
- Notas técnicas com orientações atualizadas, dentre outros.

4. Monitoramento e divulgação da situação epidemiológica da covid-19:

- Análise diária dos dados de casos e óbitos por Covid-19 a partir dos dados enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde;
- Divulgação diária dos casos e óbitos nos painéis de monitoramento: Painel Coronavírus Brasil e Painel Interativo;
- Divulgação semanal dos casos positivos pela detecção do SARS-CoV-2 pela metodologia RT-qPCR em tempo real; e
- Boletins Epidemiológicos Especiais da Covid-19 semanais (107 até 11/04/2022):
- Situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil e no mundo;
- Perfil dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Variantes de preocupação (VOC) no mundo e no Brasil;
- Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19;
- vigilância laboratorial.
- Avaliação de risco cenário internacional e nacional (Região, UF, Capitais, municípios de fronteiras) semanalmente divulgados em https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/avaliacao-de-risco-para-covid-19?b_start:int=0.

Última Análise de risco da Covid-19 no Brasil: estados, capitais e municípios de fronteira (Anexo 1).

o Monitoramento de surtos relacionados à covid-19, bem como situação epidemiológica no cenário nacional e internacional, a partir da vigilância baseada em rumores e eventos de saúde no Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME) semanalmente, onde é compartilhado com os gestores.

5. Comunicação de risco em saúde:

- Comunicação de risco junto aos Estados, Municípios e Distrito Federal considerando a possibilidade de introdução de eventos de saúde no país com potencial de risco de emergências em saúde pública ou alteração de padrão epidemiológico ou risco confirmado de doença, agravo ou evento de saúde pública;
- Notificação à Organização Mundial de Saúde (OMS) ao Ponto Focal do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de potenciais ameaças à saúde ou atualização de cenário epidemiológico de doenças, agravos ou eventos de saúde pública incomum ou desconhecidos ou mudanças do perfil epidemiológico no país.

6. Monitoramento da Vigilância Genômica:

- Análise semanal dos resultados dos sequenciamentos genômicos informados pela rede laboratorial de referência às secretarias estaduais de saúde;
- Notificação imediata de eventos de saúde pública conforme Portaria nº 420, de 02 de março de 2022 (notifica@saude.gov.br ou 0800 - 644 - 6645 (24h/7 dias da semana).

7. Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 (PNE-Teste)

- Aquisição de 70 milhões de testes rápidos de antígeno;
- Elaboração do plano de testagem para expandir o diagnóstico para covid-19 à população brasileira usuária do SUS;
- Acompanhamento das entregas e reuniões com o fornecedor (Bio-Manguinhos/Fiocruz);
- Elaboração de pautas de distribuição de TR-Ag e pactuação com CONASS e CONASEMS;
- Distribuição de 57,2 milhões de TR-Ag em 6 meses (17/09/2021 a 12/04/2022) em pautas usuais e extras (para surtos e outras emergências);
- Realização de testagem da população, em acordo com a estratégia de triagem, em várias capitais do país e Foz do Iguaçu;
- Monitoramento do registro do uso de testes rápidos de antígeno no sistema e-SUS Notifica;
- Atendimento às solicitações dos órgãos de controle acerca do plano de testagem;
- Elaboração de termo de referência para aquisição de mais 30 milhões de TR-Ag; e
- Orientações sobre o uso do autoteste de covid-19 em conformidade com o PNE-Teste.

8. Investigação de surtos:

- Apoio à 24 investigação de surtos de covid-19 junto a Estados, Municípios e Distrito Federal com a equipe de pronta resposta do Programa de Treinamento de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS), entre 2019 a 2022, até 12 de abril.

9. Transparência:

- Disponibilização das bases de dados abertos dos sistemas oficiais de informação de notificação de casos leves (e-SUS Notifica); casos hospitalizados e óbitos por SRAG (SIVEP-Gripe);
- Resposta às solicitações da imprensa.

10. Assessoria técnica:

- Assessoria diária às Secretarias Estaduais de Saúde, à distância e presencial, quando necessário;
- Realização de reuniões periódicas para orientações técnicas inerentes à vigilância da Covid-19.

11. Oferta de capacitações sobre vigilância epidemiológica da covid-19 para qualificação dos profissionais de vigilância epidemiológica dos estados e municípios:

- Curso Contato Covid - Rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos de Covid-19, em parceria com SGTES e Universidade Federal de Pelotas;
- Curso sobre vigilância epidemiológica da Covid-19, no âmbito do PROADI-SUS, em parceria com Beneficência Portuguesa de São Paulo;
- Curso Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e de outras Doenças Virais – VigiEpidemia realizado em parceria Fiocruz Mato Grosso do Sul e SVS para promover a qualificação dos profissionais de saúde, gestores e interessados na área, de todo Brasil, para o enfrentamento da COVID-19 e outras epidemias de doenças transmissíveis por vírus no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Curso sobre gestão de risco de emergências em saúde pública no contexto da Covid-19 realizado em parceria com Fiocruz e SVS para fortalecer as capacidades de preparação e resposta e ir além,

produzindo uma mudança qualitativa na forma de enfrentar as emergências em saúde pública.

12. Vigilância laboratorial (com detalhamento no Anexo 2):

- Desde o início da pandemia da doença causada pelo SARS-CoV-2, o diagnóstico laboratorial se destacou como uma ferramenta essencial para confirmar os casos e, principalmente, para orientar estratégias de atenção à saúde, isolamento e biossegurança para profissionais de saúde. Sendo assim, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública -CGLAB está em permanente realização de ações necessárias para garantir a continuidade das testagens nos estados, adquirindo os insumos para as reações de RT-PCR para a detecção do SARS-CoV-2;
- No ano de 2020, quando foi decretada a pandemia do novo coronavírus (nCov), a CGLAB proporcionou o treinamento das equipes dos laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLS);
- O Ministério da Saúde fez a aquisição de **31.630.000** reações de RT-qPCR para o diagnóstico molecular de SARS-Cov-2 produzidos por Bio-Manguinhos, IBMP/Paraná e Seegene. Recebeu por doação 2.272.016 reações das empresas Daan Gene, IDT (Petrobras), Seegene (OPAS), Korea International Cooperation Agency e Shanghai ZJ Bio-Tech CO;
- Os testes RT-qPCR estão sendo distribuídos, desde o início da pandemia, a todas as Unidades Federadas, em acordo com a solicitação dos Lacen e laboratórios parceiros do MS;
- De 5 de março de 2020 até o dia 2 de abril de 2022 (SE 13), foram distribuídas **30.792.128** reações de RT-PCR para os **27** Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), 3 Centros Nacionais de Influenza (Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo- Fiocruz/RJ, Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz/SP, Laboratório de Vírus

Respiratórios do Instituto Evandro Chagas/PA) e laboratórios colaboradores do Ministério da Saúde;

- De 1º de fevereiro de 2020 a 2 de abril de 2022 (SE 13) foram solicitados **33.898.661** exames aos Lacen (amostras coletadas e cadastradas no GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial) para o diagnóstico molecular de vírus respiratórios, com foco no diagnóstico da Covid-19;
- De 1º de fevereiro de 2020 a 2 de abril de 2022 (SE 13) foi registrada a realização de **29.273.039** exames no GAL, passando de 88.401 exames para Covid-19/vírus respiratórios na SE 22/2020 para 600.229 exames na SE 12/2021, em que se registrou o maior número de exames realizados desde o início da pandemia, seguida pela SE 11/2021 com a realização de 555.755 exames. A média geral do período (SE 1/2021 – SE 52/2021) é de **329.612** exames por semana. A média das SE 1 a 13/2022 é de **216.351** exames realizados;
- Aumento da capacidade diária de exames durante a pandemia (2020 a 2022). A capacidade instalada de realização mensal de exames de RT-PCR pelos Lacen é de **1.158.000**, sendo que a capacidade diária em fevereiro de 2022 é de 57.900 exames de RT-PCR.
- Manutenção da rotina da vigilância dos vírus respiratórios, tendo uma proporção das amostras coletadas destinadas para sequenciamento genômico ou diagnóstico diferencial;
- Rede genômica da Fiocruz e outros laboratórios públicos e privados, no Brasil, também realizam sequenciamento em suas linhas de pesquisa;
- Aquisição de equipamentos e insumos para os Lacen para realização de sequenciamento genômico, a fim de aumentar significativamente o quantitativo de genomas disponíveis e assim, realizar estudos mais robustos na caracterização genética e filogenética do SARS-CoV-2 circulante no Brasil;

- Capacitação dos Lacen para implantarem a técnica de sequenciamento genômico na rotina laboratorial;
- Aumento da capacidade de realização de exames de acordo com as aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde, como equipamentos de extração de RNA automatizada, novos Termocicladores, Kits Multiplex de detecção do SARS-CoV-2, insumos para coleta e transporte de amostras, consumíveis plásticos, contratação de Recursos Humanos;
- Repasse de recursos para os Lacen por meio de Portaria Nº 1.841, de 28 de julho de 2020 que autorizou o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, no Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde para o fortalecimento da Vigilância Laboratorial nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) no total de **R\$120.231.445,62**; e
- Com vistas a auxiliar a crescente demanda pelo diagnóstico de COVID-19, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz criaram plataformas tecnológicas para aumentar a capacidade de realização dos testes moleculares para detecção de SARS-CoV-2. As plataformas foram instaladas em Biomanguinhos/RJ, Fiocruz/PR, Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP)/PR e na Diagnósticos da América S.A. (DASA/SP). Essas plataformas realizaram exames de amostras excedentes dos LACEN.

I.1.2 Indicadores definidos e selecionados para monitoramento constante do cenário epidemiológico da Covid-19 no Brasil por Unidade Federada, capitais e municípios de fronteira.

Uma análise do cenário epidemiológico da Covid-19 foi publicada na Nota Informativa Nº 1/2022-SVS/MS, apresentando dados da análise epidemiológica da Covid-19 no mundo, Américas e Brasil, de fevereiro de 2020 até a Semana Epidemiológica (SE) 11 de 2022.

I.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação

A partir da revogação da Portaria nº 188/2020, a vigilância em saúde incorpora como Política de Saúde a vigilância de síndrome gripal suspeita de covid-19, no âmbito universal, no país.

Um dos atos normativos que serão impactados pela revogação da Portaria nº 188 é a Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022, que trata da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. O impacto se dará sobre a obrigatoriedade na notificação de casos de Síndrome Gripal (SG) suspeitos e confirmados de covid-19, pois essa vigilância não está explicitamente incluída na Portaria 420, podendo haver redução da notificação dos casos suspeitos e confirmados no Brasil.

Assim, antes da revogação da Portaria 188, será necessário publicar uma nova versão da Portaria 420, incluindo a notificação imediata de casos de Covid-19, de modo a manter a contínua vigilância epidemiológica, uma vez que não se conhece a história natural dessa nova doença e o surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2 pode levar ao aumento dos casos e óbitos causados pela doença. A vigilância da covid-19, tanto dos casos de SG como de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), precisa ser mantida e reforçada.

A continuidade de notificação imediata de novas variantes do SARS-CoV-2 e variantes de preocupação (VOC) ou variantes de interesse (VOI) ou variantes de monitoramento (VUM) como evento de saúde de interesse possibilita a detectar a introdução no país, com potencial de risco a emergência em saúde pública ou alteração no padrão epidemiológico da doença epidêmica/pandêmica.

A revogação da ESPIN pode impactar na redução da suspeição dos casos de Covid-19, sendo necessário investir em estratégias de capacitação dos profissionais de saúde para se manterem sensíveis e suspeitando de Covid-19 e, principalmente, para continuarem solicitando exames diagnósticos confirmatórios, laboratoriais ou de imagem.

Os testes rápidos se tornaram uma ferramenta indispensável para o diagnóstico de SARS-CoV-2, pela oportunidade de diagnóstico, facilidade de execução, rapidez e alta sensibilidade/especificidade. Já os testes moleculares continuam sendo extremamente necessários para a rotina da vigilância genômica do vírus e identificação de variantes, além de ser indispensável para diagnóstico dos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave e para os casos de Síndrome Gripal atendidos nas unidades sentinelas. Adicionalmente, os testes moleculares também são essenciais para a identificação dos vírus circulantes no país e detecção precoce de um vírus da Influenza com potencial pandêmico, conforme diretrizes nacionais da vigilância da síndrome gripal.

No âmbito da aquisição de insumos, com o término da ESPIN, um problema que poderia ocorrer são com os prazos processuais. É importante salientar que a estimativa de aquisição de testes rápidos e demais insumos necessários ao enfrentamento da pandemia é complexa devido ao contexto epidemiológico do SARS-CoV-2, que tem se mostrado imprevisível por conta da possibilidade de “novas ondas” de aumento de casos por infecções causadas por variantes de preocupação, que podem alterar o cenário epidemiológico rapidamente. Desta forma, em caso de necessidade urgente de aquisição de testes para atender a uma demanda emergencial, por conta da alta exponencial ou inesperada de casos, as licitações podem demandar tempo de até seis meses para serem concluídas prejudicando

a aquisição de testes e demais insumos necessários ao enfrentamento emergencial que uma infecção de transmissão respiratória impõe ao sistema de saúde.

No âmbito da Vigilância Laboratorial, a CGLAB é responsável pela aquisição e distribuição de insumos laboratoriais estratégicos para doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse em saúde pública para os 27 (vinte e sete) Lacen; e no caso do diagnóstico da Covid-19, é responsável pela aquisição e distribuição de insumos de Biologia Molecular utilizando a técnica RT-PCR.

No cenário atual, uma vez que os processos de aquisição dos insumos são realizados na rotina da Coordenação, a revogação da Portaria não afeta diretamente o diagnóstico da Covid-19 por biologia molecular.

Se houver um aumento exponencial de casos por uma nova variante do coronavírus, a revogação da portaria que torna a Covid-19 emergência em saúde pública, implicaria em dificuldades nos processos de aquisição emergencial, tanto de insumos como de contratação de serviços de terceiros, como por exemplo, ativação das plataformas de alta testagem.

[I.3 Do plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020](#)

Conforme explicitado, há inúmeros motivos para não se alterar o modelo de vigilância da Covid-19 no Brasil. Assim, mesmo com a revogação da Portaria 188, a Secretaria de Vigilância em Saúde continuará com o mesmo modelo de vigilância epidemiológica e laboratorial da Covid-19, bem como a vigilância das emergências em saúde pública, de modo a manter o monitoramento epidemiológico e identificar a tendência da incidência e mortalidade pela Covid-19 no país e as variantes do vírus SARS-CoV-2.

Será mantido o monitoramento semanal dos exames solicitados, realizados e positivos, por meio do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), bem como serão mantidos os processos de aquisição e distribuição (rotina e emergência) dos insumos para os laboratórios da RNLSP.

Sabe-se que a declaração de ESPIN impulsiona as ações relacionadas a essas vigilâncias e com a revogação da portaria 188 poderá haver as ameaças já citadas.

I.4 Considerações finais

4.1 Frente ao Cenário epidemiológico

A Nota Informativa Nº 1/2022-SVS/MS (00026056030) apresenta dados da análise epidemiológica da Covid-19 no mundo, Américas e Brasil, de fevereiro de 2020 até a Semana Epidemiológica (SE) 11 de 2022 (Anexo).

A mesma traz como considerações que, diante dos resultados apresentados acerca da situação epidemiológica da Covid-19 no mundo, nas Américas e no Brasil, observa-se uma tendência de redução na notificação dos casos e óbitos pela covid-19 no país.

Globalmente, desde janeiro de 2022, o número de novos casos semanais tem reduzido consecutivamente, entretanto, entre 7 e 20 de março de 2022, a Região do Pacífico Ocidental tem apresentado uma considerável elevação no número de casos e óbitos, demonstrando, tanto a heterogeneidade da situação epidemiológica da covid-19 entre os países, como que a circulação do vírus permanece ativa em determinadas regiões do mundo.

No Brasil, apesar da redução do número de casos em 2022 ter iniciado a partir da SE 5 e ter mantido a tendência de queda até o momento, o quantitativo de casos de Covid-19 (267.132) da última semana epidemiológica (SE 11, de 13-19 março 2022) se equipara ao quantitativo de casos da SE 29 de 2021 (18-24 julho 2021). O número de casos de covid-19 notificados na SE 11/2022 é 11,9 vezes maior (1.198%) quando comparado à SE 51/2021 (19-25 dezembro 2021), que foi a semana que apresentou o menor número de notificações da pandemia no Brasil, com 22.283 casos.

Em relação aos óbitos, observa-se uma tendência de redução em 2022. Porém, os óbitos notificados na SE 11/2022 (2.157) equivalem ao mesmo quantitativo da SE 43/2021 (24-30 outubro 2021) e, ao se comparar os dados da SE 11/2022 com os óbitos da SE 51/2021

(670), que foi a semana com menos notificações da história da pandemia no Brasil, observa-se que o número de notificações são 3,2 vezes maior (321%).

Assim, mesmo com a redução de notificações de casos e óbitos até a SE 11/2022, ainda se identifica números expressivos de Covid-19 no país.

Deve-se considerar ainda as identificações de circulação de novas VOCs, que podem apresentar alterações relevantes clínico-epidemiológicas, como gravidade, potencial de transmissibilidade, podendo alterar o cenário epidemiológico de casos e óbitos da covid-19, no Brasil e no mundo, em qualquer momento. Atualmente, como já citado no texto, faz-se necessário o acompanhamento dos casos e contatos da covid-19 pela VOC BA.2. para saber se haverá alterações no cenário epidemiológico da Covid-19 no país.

Dessa forma, reforça-se a necessidade da manutenção da adoção das medidas de prevenção e controle, de modo a diminuir a propagação da covid-19 no território nacional, dentre elas a vacinação, assim como as não farmacológicas.

4.2 Frente a Revogação da Portaria Nº 188/2020

Esclarece-se que a revogação da Portaria nº 188, que finalizaria a declaração da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), não significa que a Covid-19 será considerada uma endemia no país, uma vez que mesmo com a tendência de queda nos casos e óbitos pela Covid-19 no país. Ainda há número expressivo de casos notificados diariamente, muito maior do que outras epidemias no país como a da dengue. Ademais, ainda não se conhece a história natural da Covid-19, bem como se essa doença apresenta comportamento sazonal.

Há que se considerar sobre a possibilidade de mudança no cenário epidemiológico frente a identificação da circulação de novas variantes do SARS-CoV-2, que podem apresentar alterações relevantes clínico-epidemiológicas, como gravidade e potencial de transmissibilidade, podendo alterar a situação epidemiológica de casos e óbitos da covid-19 no Brasil e no mundo, a qualquer momento. Atualmente, faz-se necessário o

acompanhamento dos casos e contatos da covid-19 pela VOC Ômicron, especialmente sua sublinhagem BA.2 e outras, para saber o impacto no cenário epidemiológico da covid-19 no país.

Dessa forma, independente da vigência da Portaria nº 188/2020, reforça-se a necessidade da manutenção da vigilância da covid-19 e da adoção das medidas de detecção, notificação, avaliação, monitoramento, prevenção e controle, de modo a minimizar a propagação da covid-19 no território nacional, dentre elas a vacinação, assim como as medidas não farmacológicas.

II - Eixo Assistencial

Neste eixo subdividimos em Assistência Primária à Saúde (APS), Assistência Especializada em Saúde, Assistência Farmacêutica e Recursos Humanos; descrevendo as ações realizadas, por cada Secretaria responsável, com ênfase às ações, indicadores e planos de contingências.

II.1. Assistência Primária em Saúde

II.1.1 Ações realizadas

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do usuário e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Com a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) ela reorganizou seu processo de trabalho para ofertar o cuidado aos seus usuários.

Desde a declaração da ESPIN foram repassados cerca de R\$ 7,4 bilhões de recursos financeiros provenientes de crédito extraordinário, nos blocos de investimento e manutenção dos fundos estaduais, municipais e distrital de saúde, para desenvolvimento de ações de enfrentamento à pandemia na APS de todo território nacional.

A **Estratégia Saúde da Família**, dispositivo prioritário conforme previsto pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, mesmo com a pandemia seguiu expandindo e consolidando a APS no país, assim como o **Programa Saúde na Hora** promovendo acesso com a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de financiamento específico. Destacamos que a APS está presente nos 5.570 municípios, tem uma cobertura de **72,6%** da população com **154.848.168 pessoas** cadastradas, contando com **51.622 equipes** de saúde (3.887 equipes de Atenção Primária e 47.735 equipes de saúde da família) e com o apoio de quase 266 mil Agentes Comunitários de Saúde. A APS no Brasil, possui grande capilaridade nos municípios brasileiros, que conta, para além das estratégias prioritárias com financiamento federal, para 490 Microscopistas nos municípios da Amazônia Legal, 152 equipes de Consultório na Rua, 33 Unidades de Básicas de Saúde Fluvial, 27.425 equipes de Saúde Bucal, 201 equipes de saúde da família ribeirinhas, 93 Unidades Odontológica Móvel, 274 equipes de atenção primária prisional, 141 equipes de saúde vinculadas ao programa de assistência à saúde de adolescentes em conflito com a lei, 1.833 Unidades de Saúde da Família/Unidades Básicas de Saúde com funcionamento em horário estendido aderidos ao Programa Saúde na Hora, 1.176 Centros de Especialidades Odontológicas, 1.139 Pólos de Academia da Saúde, 23.006 equipes já em adesão ao Programa Informatiza APS e 1.002 equipes aderidas ao programa de incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde; além de toda rede de saúde mental e materno infantil, ações estas que perpassam a APS e atenção especializada. Tais estratégias possuem orçamento próprio e regular (ordinário), conforme previsão no Plano Orçamentário.

As ações estratégicas do Ministério da Saúde que fortaleceram a APS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 encontram-se sumarizadas no quadro 1.

Quadro 1: Ações direcionadas para a Atenção Primária à Saúde

Ação	Repasse (valor)	Revogação da ESPIN
<p>Programa Previnde Brasil; (Instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979/2019)</p>	<p>Em decorrência da ESPIN foi estabelecido que o componente de pagamento por desempenho seria calculado considerando o resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.740, de 10 de julho de 2020, e depois prorrogado nas Portarias GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, e Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021.</p> <p>Quanto a captação ponderada, inicialmente os incentivos foram transferidos considerando os respectivos potenciais de cadastro populacional em 100% dos estabelecimentos da APS de janeiro de 2020 até dezembro de 2021, conforme disposto pela Portaria GM/MS nº 42, de julho de 2020, Portaria GM/MS nº 47, de 28 de agosto de 2020, Portaria GM/MS nº 59, de 26 de outubro de 2020, Portaria GM/MS nº 985, de 17 de</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que a partir de janeiro de 2022 as regras já estão sendo implementadas em sua totalidade conforme previstas originalmente.</p>

	<p>maio de 2021 e Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021. A partir de então, passou-se a considerar o alcance real de cadastros populacionais realizados pelos municípios.</p>	
<p>Saúde na Hora Emergencial contra o Coronavírus; (Instituída pela Portaria GM/MS nº 430, de 19 de março de 2020).</p>	<p>O incentivo financeiro teve vigência nas competências financeiras de março de 2020 a setembro de 2020, com repasses mensais, na ordem total de R\$ 125,4 milhões.</p>	<p>Esta ação tem continuidade visto que o Programa Saúde na Hora, com quatro formatos diferentes de funcionamento, faz parte de uma das ações estratégicas do Programa Previnir Brasil.</p>
<p>Projeto Mais Médicos para o Brasil;</p>	<p>Recursos provenientes de créditos extraordinários: R\$ 1,1 bilhão; Em 2022, foi criado um Plano Orçamentário (PO) destinado ao custeio dos médicos ligados ao Programa, com repasses ordinários na ordem de R\$ 200 milhões.</p>	<p>Esta ação terá continuidade prevista através de repasses ordinários.</p>

<p>Iniciativas de Atendimento à Distância;</p>	<p>TELESUS: Investimento total de R\$ 22 milhões;</p> <p>TELEPSI: Investimento total de R\$ 2,3 milhões;</p> <p>TELECONSULTORIA: investimento na ordem de R\$ 32,1 milhões</p> <p>CONSULTÓRIO VIRTUAL - O custo executado no ano de 2020 foi de R\$ 2.538.593,56</p>	<p>Estas ações não terão impacto com a revogação da ESPIN, visto que foram criadas e direcionadas à atendimentos referentes a Covid-19, e parte destas já foram finalizadas e outras estão previstas para encerrar até início do segundo semestre.</p>
<p>Centros Comunitários de Referência e Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19</p>	<p>Foram repassados entre maio de 2020 a dezembro de 2021, R\$ 2,7 bilhões (grande parte com recursos extraordinários).</p> <p>Deste montante de recursos, destaque-se que em 2022, foi criado um Plano Orçamentário (PO) com repasses ordinários na ordem de R\$ 263.1 milhões</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas monitoradas.</p>
<p>Incentivos para Reabertura das Escolas da Rede Básica de Ensino;</p>	<p>R\$ 454.331.202,00 (parcela única).</p> <p>Portaria GM/MS nº 1.857, de 28 de julho de 2020, alterada pela Portaria GM/MS nº 2.027, de 07 de agosto de</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>

	2020, e Portaria GM/MS nº 2.306, de 28 de agosto de 2020	
Populações Específicas e em Situação de Vulnerabilidade Social: Incentivo Financeiro para Combate à Covid 19	Repasse para municípios: R\$ 318.424.740,00 (parcela única); Repasse para estados: R\$ 1.005.000,00 (parcela única). Portaria GM/MS nº 2.405, de 16 de setembro de 2020	Esta ação terá continuidade através do Programa Previne Brasil com as ofertas assistenciais das eSF, eAP, eCR, eSFR, UBSF e eSB (que regularmente já teriam que ofertar assistência para essas populações).
Ações de Apoio para a Assistência à População em Situação de Rua	Recursos repassados R\$ 2.813.812,52 (parcela única). Portaria GM/MS nº 1.253, de 18 de junho de 2021.	Esta ação terá continuidade por meio do Programa Previne Brasil com as eCR, (que regularmente já teriam que ofertar assistência para essas populações).
Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré natal e Puerpério	Ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério: R\$ 247,1 milhões (parcela única); Ações de atenção ao pré-natal odontológico: R\$ 37,3 milhões	Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e

	(parcela única); Ações de capacitação para redução da mortalidade materna no Brasil (TED MS/USP): R\$ 840,5 mil (parcela única); Portaria n.º 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020	agora apenas são monitoradas.
Incentivo Financeiro de Apoio à Reorganização e Qualificação do Cuidado e Assistência aos Estabelecimentos de Saúde para Atenção Obstétrica e Neonatal;	R\$ 265,1 milhões (parcela única); Portaria GM/MS n.º 3.186, de 26 de novembro de 2020	Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.
Rastreamento e Monitoramento de Contatos de Casos de Covid-19;	R\$ 369.708.000,00 (parcela única); Portaria GM/MS n.º 2.358, de 2 de setembro de 2020	Entrarão na pauta ordinária de Vigilância em Saúde
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	R\$ 221.811.937,50 (parcela única); Portaria GM/MS n.º 2.994, de 29 de outubro de 2020	Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.

<p>Incentivo Financeiro de Apoio à Estruturação, Reorganização e Adequação dos Ambientes de Atendimento Odontológico;</p>	<p>Recurso de Custeio: R\$ 62,0 milhões (parcela única); Recurso de Capital: R\$128,4 milhões (parcela única); Portarias GM/MS nº 3.008 e nº 3.017, de 4 de novembro de 2020</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>
<p>Estratégias para Aprimoramento do Atendimento de Condições Crônicas na APS no Contexto da Covid-19;</p>	<p>Três Termos de Execução - Descentralizada, no total: R\$ 9,1 milhões.</p>	<p>Os recursos destinados a estes TED's foram provenientes de créditos extraordinários, sendo assim, esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>
<p>Incentivos Financeiros de Custeio no Âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>R\$ 909.016.799,53 (parcela única); Portaria GM/MS n.º 894, de 11 de maio de 2021</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>

<p>Incentivo Financeiro para Ações no Âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.</p>	<p>R\$ 99,2 milhões (parcela única); Portaria GM/MS n.º 3.350, de 8 de dezembro de 2020</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>
<p>Incentivo Financeiro para Informatização das Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da Implementação de Prontuário Eletrônico;</p>	<p>R\$ 385.792.342,00 (parcela única); Portaria GM/MS n.º 3.193, de 27 de novembro de 2020</p>	<p>Esta ação não terá impacto com a revogação da ESPIN, visto que são ações já executadas e agora apenas são monitoradas.</p>
<p>Apoio às Equipes de Atenção Primária para Cuidado de Sintomas Pós Covid;</p>	<p>R\$ 159.911.280,00 (parcela única); Portaria GM/MS n.º 377, de 22 de fevereiro de 2022</p>	<p>Entrará na Pauta do Pós Covid</p>

II.1.1.1 Indicadores da Atenção Primária à Saúde

1.1.1.1 Percentual de atendimento individual com condição avaliada e registrada como Covid-19 na Atenção Primária à Saúde (APS), em determinado espaço geográfico, durante determinado período. (RIPSA)

Este indicador monitora a magnitude dos atendimentos individuais, realizados na APS, com condição avaliada como Covid-19, em relação ao total de atendimento realizados nesse nível de atenção.

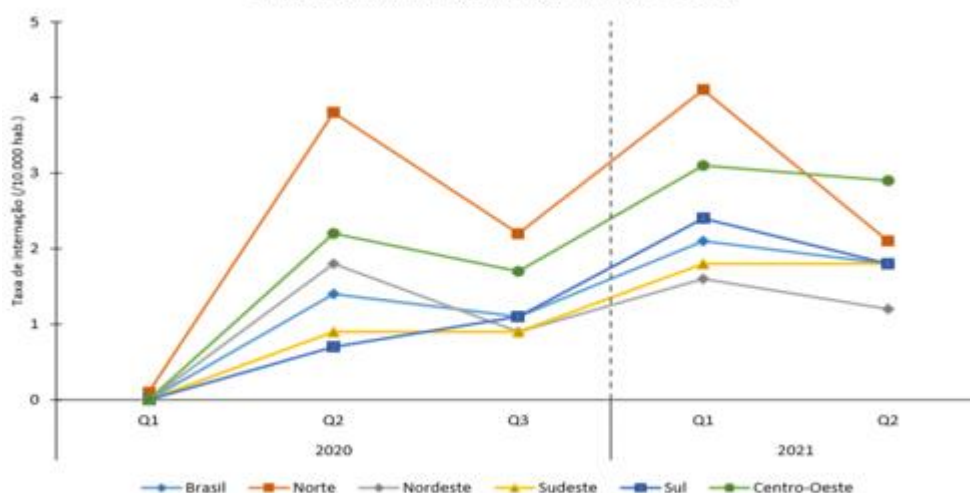
Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos individuais com condição avaliada e registrada como covid-19 na APS}}{\text{Número de atendimentos individuais gerais registrados na APS}} \times 100$$

Análise do indicador:

As análises do Indicador “Percentual de atendimentos individuais com condição avaliada e registrada como Covid-19 na APS”, a partir do demonstrado no Gráfico 1, mostram que o percentual de atendimentos individuais com condição avaliada e registrada como Covid-19 na APS do primeiro quadrimestre de 2020 ao segundo quadrimestre de 2021 foi maior nos quatro primeiros meses de 2021, tanto no Brasil (2,1%), quanto nas regiões Norte (4,1%), Centro-Oeste (3,1%) e Sul (2,4%). Já na região Nordeste, o maior percentual foi alcançado no segundo quadrimestre de 2020 (1,8%). Na região Sudeste, os maiores percentuais ocorreram no primeiro e no segundo quadrimestre de 2021, mantendo-se como 1,8%.

Gráfico 1 – Percentual de atendimentos individuais com condição avaliada e registrada como covid-19 na Atenção Primária à Saúde, por quadrimestre e grandes regiões. Brasil, 2020 e 2021.



Fonte: Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – SAPS/MS. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Data da coleta: 04/11/2021.

II.1.1.1.2 Valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. (RIPSA)

Este indicador mensura os valores per capita (média do recurso por habitante, por região e UF) repassado pelo MS para ações de enfrentamento da Covid-19 na APS. O valor per capita é definido a partir da soma dos valores totais repassados pelo MS para as ações de combate à Covid-19 na APS. Os dados utilizados para o método de cálculo foram do período de abril de 2020 a agosto de 2021 dividido pela estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2019, da população brasileira.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Valor total, transferido pelo MS, às grandes regiões, UF e municípios, no âmbito da APS, para o enfrentamento da covid-19}}{\text{População IBGE (estimativa de 2019)}}$$

Fontes de Dados: Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Sistema de informação e-Gestor AB (relatórios de pagamento); e Diário Oficial da União (DOU), referente aos atos normativos que subsidiaram a transferência dos recursos financeiros.

Análise do Indicador:

Para o cálculo deste indicador considerou-se o recurso total, de manutenção e estruturação transferido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais e estaduais de saúde, para o enfrentamento da Covid-19 no âmbito da APS.

Conforme verifica-se na Tabela 1, no Brasil em 2020, a distribuição dos recursos financeiros per capita para as ações de enfrentamento da Covid-19, no âmbito da APS, apresentou um valor per capita nacional de R\$ 16,10. Comparado aos valores per capita das regiões, pode-se destacar o Nordeste (R\$ 23,26) e o Norte (R\$ 18,15) com valores acima da média nacional. As regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste apresentaram valores per capita abaixo do valor nacional: R\$ 16,03, R\$ 13,23 e R\$ 11,60, respectivamente. Quanto aos percentuais, as regiões Nordeste e Sudeste obtiveram as maiores porcentagens, apresentando 39,23% e 30,30% da totalidade dos recursos alocados.

Em 2021, observou-se que a média do valor per capita nacional foi de R\$ 11,36, caracterizando uma redução em comparação ao ano de 2020. No entanto, os valores apresentados nas regiões Nordeste (R\$ 15,49), Sul (R\$ 12,20) e Centro-Oeste (R\$ 11,23) mantiveram-se acima da média nacional, diferentemente das regiões Norte (R\$ 11,02) e Sudeste (R\$ 8,52) que apresentaram os menores valores do período analisado.

Tabela 1. Distribuição dos recursos financeiros federais para enfrentamento da Covid-19, no âmbito da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde, em valor *per capita*, por grandes regiões. Brasil, 2020⁽ⁱ⁾ e 2021⁽ⁱⁱ⁾

Grandes Regiões	Pop. IBGE de 2019 (/ 1.000.000)	2020				2021			
		Absoluto (R\$)	Valor per capita	Per capita média mensal	% da distribuição	Absoluto (R\$)	Valor per capita	Per capita média mensal	% da distribuição
BRASIL	210,15	3.382,95	16,10	1,79	100,00	2.388,07	11,36	1,42	100,00
Norte	18,43	334,49	18,15	2,02	0,10	203,07	11,02	1,38	0,09
Nordeste	57,07	1.327,24	23,26	2,58	0,39	883,86	15,49	1,94	0,37
Sudeste	88,37	1.025,18	11,60	1,29	0,30	752,50	8,52	1,06	0,32
Sul	29,98	480,37	16,03	1,78	0,14	365,66	12,20	1,52	0,15
Centro-Oeste	16,30	215,66	13,23	1,47	0,06	182,98	11,23	1,40	0,08

Fonte: i). Fundo Nacional de Saúde FNS/MS; II) Diário Oficial da União (DOU); e iii).IBGE. (estimativa populacional de 2019). Data da coleta: 25.10.2021

Nota: i) * Período de abril a dezembro de 2020 ii) ** Período de janeiro a agosto de 2021



Fonte: i). Fundo Nacional de Saúde FNS/MS; II) Diário Oficial da União (DOU); e iii).IBGE. (estimativa populacional de 2019). Data da coleta: 25.10.2021 |



Fonte: i). Fundo Nacional de Saúde FNS/MS; II) Diário Oficial da União (DOU); e iii).IBGE. (estimativa populacional de 2019). Data da coleta: 25.10.2021



Fonte: i). Fundo Nacional de Saúde FNS/MS; II) Diário Oficial da União (DOU); e iii).IBGE. (estimativa populacional de 2019). Data da coleta: 25.10.2021

II.1.1.1.3 Valor médio de repasse para o custeio dos Centros de Atendimento e dos Centros Comunitário e Centros de Referência para enfrentamento da covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. (RIPSA)

Este indicador mensura o valor médio do repasse para custeio dos Centros de Atendimento (CA) e dos Centros Comunitários de Referência (CCR) para o enfrentamento da Covid-19 na APS de SUS por grandes regiões, unidades federativas e municípios, em 2020 e 2021. De acordo com as tipologias previstas pelas Portarias GM/MS nº 1.444/2020 e 1.445/2020

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Valor total de repasse, transferido às UF, para o custeio dos centros de atendimento destinados ao enfrentamento da covid-19 na APS}}{\text{Número de centros de enfrentamento da covid-19 custeados pelo MS, nas mesmas UF e período correspondente}}$$

Fontes de Dados: Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); e Sistema de informação e-Gestor AB (relatórios de pagamento).

Análise do Indicador:

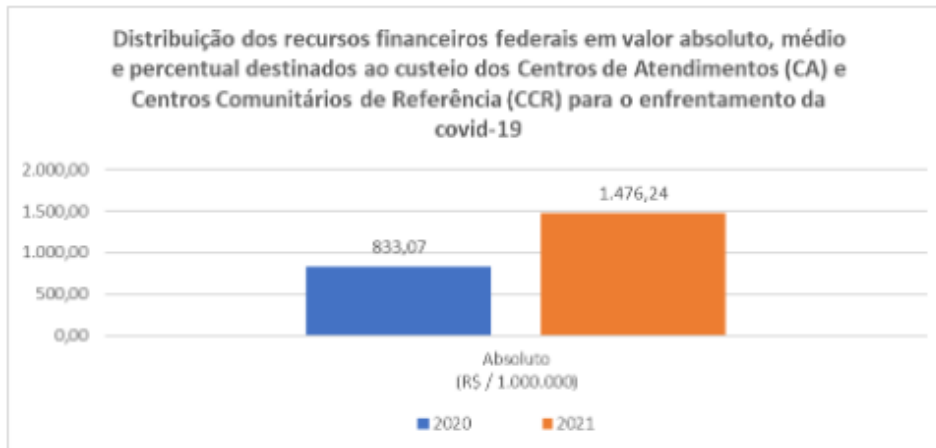
No ano de 2021, com o incremento nos valores dos recursos do crédito extraordinário para o enfrentamento da Covid-19, foi possível a ampliação de serviços credenciados, totalizando 2.979 estabelecimentos credenciados. Desse modo, a média de repasse nacional de custeio dos centros de atendimento para enfrentamento da Covid-19 apresentou um crescimento com relação à 2020, totalizando o valor médio de R\$ 495.548,84.

Tabela 1 - Distribuição dos recursos financeiros federais em valor absoluto, médio e percentual destinados ao custeio dos Centros de Atendimento e Centros Comunitários de Referência para o enfrentamento da covid-19, no âmbito da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), por grandes regiões. Brasil, 2020⁽ⁱ⁾ e 2021⁽ⁱⁱ⁾

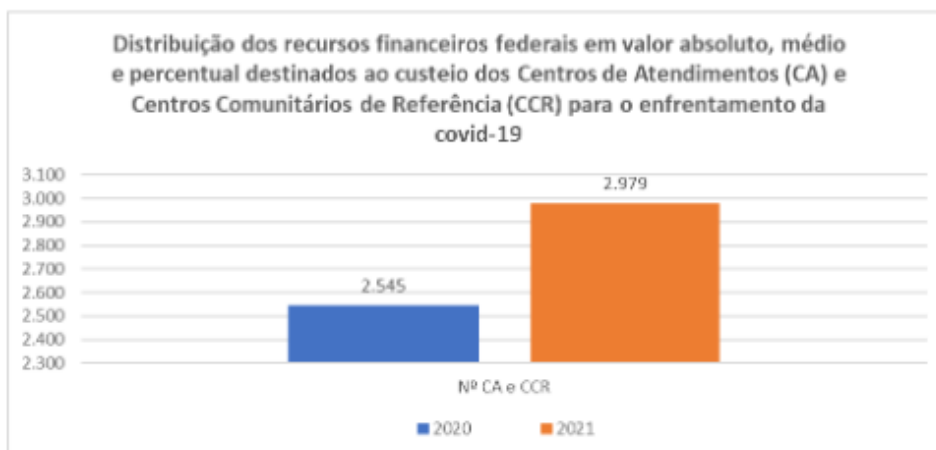
Grandes regiões	2020				2021			
	Absoluto (R\$ / 1.000.000)	Nº CA e CCR	Valor médio (R\$ / 1.000.000)	% da distribuição	Absoluto (R\$ / 1.000.000)	Nº Ca e CCR	Valor médio (R\$ / 1.000.000)	% da distribuição
BRASIL	833,07	2.545	0,32	100,00	1.476,24	2.979	0,49	100,00
Norte	63,32	195	0,32	7,60	114,06	245	0,47	7,73
Nordeste	344,98	1.071	0,32	41,41	579,96	1.200	0,48	39,29
Sudeste	229,97	657	0,35	27,60	420,30	813	0,52	28,47
Sul	134,12	425	0,32	16,10	245,46	480	0,51	16,63
Centro-oeste	60,68	197	0,31	7,28	116,46	241	0,48	7,89

Fonte: Fundo Nacional de Saúde –FNS/SE/MS; Diário Oficial da União; e Plataforma online -Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021

Notas: i) Período de abril a dezembro de 2020. ii) Período de janeiro a agosto de 2021. O Distrito Federal não realizou solicitação de redenciamento dessa estratégia e por essa razão não fez jus ao incentivo.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde –FNS/SE/MS; Diário Oficial da União; e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde –FNS/SE/MS; Diário Oficial da União; e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde –FNS/SE/MS; Diário Oficial da União; e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021

II.1.1.1.4 Percentual dos recursos orçamentários extraordinários destinados ao enfrentamento da Covid-19 na Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde em comparação aos recursos regulares transferidos pelo Ministério da Saúde. (RIPSA)

Para o cálculo deste indicador, foram considerados todos os recursos dos blocos de manutenção e estruturação transferidos pelo Ministério da Saúde (MS), no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) para o enfrentamento da Covid-19, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais e estaduais de saúde, nos anos de 2020 e 2021 (até a financeira agosto), em comparação aos recursos orçamentários de manutenção e estruturação do MS destinados a APS – considerando também as emendas parlamentares de estruturação.

Trata-se de um indicador universal, na medida em que foram consideradas as 27 unidades federativas e os 5.570 municípios da federação.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total dos valores repassados, aos entes federados, do orçamento extraordinário do MS, no âmbito da APS, para o enfrentamento da covid-19, em período determinado}}{\text{Total dos valores repassados, aos entes federados, do crédito extraordinário e do orçamento absoluto do MS, no âmbito da APS, no mesmo período correspondente}} \times 100$$

Fonte de dados: Sistema de Informações sobre os repasses fundo a fundo do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS). Disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html; e Diário Oficial da União (DOU).

Análise do Indicador:

Observa-se na tabela 1 que, em nível de Brasil, o percentual dos recursos orçamentários extraordinários de manutenção e estruturação, destinados para o enfrentamento da Covid-19 no âmbito da APS, foi de 18,10% no ano de 2020. Enquanto isso, regionalmente, verificou-se um percentual acima do parâmetro nacional nas regiões Nordeste e Norte, que apresentaram 20,41% e 18,70% respectivamente. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste mostraram percentuais de 17,78%, 16,08% e 15,45%, respectivamente.

Já em 2021, é possível identificar um aumento, em nível de Brasil, no percentual dos recursos totais de manutenção e estruturação, transferidos pelo MS no âmbito da APS para

enfrentamento da Covid-19, que foi de 21,17%. Acima do percentual nacional, a região Sul apresentou um percentual de 23,70%, seguido da região Nordeste (22,50%) e da região Centro-Oeste (21,60%). A região Sudeste obteve 19,47%, enquanto a região Norte obteve 18,08%.

Tabela 1 - Percentual dos recursos orçamentários destinados ao enfrentamento da covid-19 na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde em comparação com os recursos absolutos transferidos pelo Ministério da Saúde (MS) a APS, por grandes regiões. Brasil, 2020⁽ⁱ⁾ e 2021⁽ⁱⁱ⁾.

Grandes regiões	2020*			2021**		
	Absoluto APS (R\$ / 1.000.000)	Absoluto Total (R\$ / 1.000.000)	APS/Total (%)	Absoluto APS (R\$ / 1.000.000)	Absoluto Total (R\$ / 1.000.000)	APS/Total
BRASIL	4.730,23	26.135	18,10	3.864,31	18.249	21,17
Norte	462,08	2.470	18,70	317,13	1.754	18,08
Nordeste	1.952,33	9.566	20,41	1.463,82	6.505	22,50
Sudeste	1.381,56	8.592	16,08	1.172,80	6.025	19,47
Sul	637,64	3.586	17,78	611,12	2.579	23,70
Centro-Oeste	296,62	1.920	15,45	299,44	1.386	21,60

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento).
Data da coleta: 25.10.2021

Notas: (i) Período de abril a dezembro de 2020. (ii) Período de janeiro a agosto de 2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021

Nesse escopo, identifica-se que o percentual de incremento dos recursos de manutenção, transferidos pelo MS no âmbito da APS para enfrentamento da Covid-19 no ano de 2020, representou percentual de **16,79%** quando comparado com o orçamento absoluto do MS destinado à APS em nível de Brasil.

Identifica-se que o percentual dos recursos de estruturação, transferidos pelo MS no âmbito da APS para enfrentamento da Covid-19, no ano de 2020, representou percentual de 50,02% quando comparado com o orçamento absoluto de estruturação do MS destinado à APS em nível de Brasil.

Em 2021, não é possível mensurar os percentuais de participação dos valores em função da disponibilização orçamentária para o bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde destinados para o enfrentamento da Covid-19 (Tabela 2).

Tabela 2 - Percentual dos recursos orçamentários, destinados ao enfrentamento da covid-19 na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde por blocos de financiamento (estruturação e manutenção), em comparação aos recursos regulares, transferidos pelo Ministério da Saúde, por grandes regiões. Brasil, 2020⁽ⁱ⁾ e 2021⁽ⁱⁱ⁾.

Grandes regiões e UF	2020 *						2021 **					
	Manutenção APS			Estruturação APS			Manutenção APS			Estruturação APS		
	Absoluto covid-19 (R\$ / .000.000)	Absoluto Total (R\$ / .000.000)	% Recurso covid-19 sob total	Absoluto covid-19 (R\$ / .000.000)	Absoluto Total (R\$ / .000.000)	% Recurso covid-19 sob total	Absoluto covid-19 (R\$ / .000.000)	Absoluto Total (R\$ / .000.000)	% Recurso covid-19 sob total	Absoluto covid-19 (R\$ / .000.000)	Absoluto Total (R\$ / .000.000)	% Recurso covid-19 sob total
BRASIL	4.216,02	25.106,86	16,79	514,21	1.027,96	50,02	3.864,31	17.712,04	21,82	0,00	537,38	0,00
N	397,82	2.324,73	17,11	64,27	145,75	44,09	317,13	1.645,43	19,27	0,00	108,52	0,00
NE	1.672,23	9.133,67	18,31	280,11	431,98	64,84	1.463,82	6.336,82	23,10	0,00	168,45	0,00
SE	1.255,15	8.322,17	15,08	126,41	270,24	46,78	1.172,80	5.856,39	20,03	0,00	168,64	0,00
S	614,49	3.500,46	17,55	23,15	86,04	26,91	611,12	2.524,95	24,20	0,00	54,14	0,00
CO	276,34	1.825,83	15,13	20,28	93,95	21,59	299,44	1.348,46	22,21	0,00	37,64	0,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento).
Data da coleta: 25.10.2021.

Notas: (i) Período de abril a dezembro de 2020. (ii) Período de janeiro a agosto de 2021



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; Diário Oficial da União (DOU); e Plataforma online e-Gestor-AB (relatórios de pagamento). Data da coleta: 25.10.2021.

II.1.1.1.5 Número de atendimentos com condição avaliada pós-covid na Atenção Primária à Saúde (RIPSA)

Este indicador monitora a quantidade de atendimento na APS por condição pós-covid em todo o país. O indicador é uma ferramenta fundamental para monitorar a quantidade de atendimento aos usuários do SUS que apresentam condições pós-covid na APS, contribuindo para o planejamento das ações desenvolvidas no contexto da pandemia.

Método de Cálculo:

Número de atendimentos nos serviços de APS, com condição avaliada e registrada como pós-covid-19, em determinado espaço geográfico e em determinado período.

Fonte de dados: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – SAPS/MS.

Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>

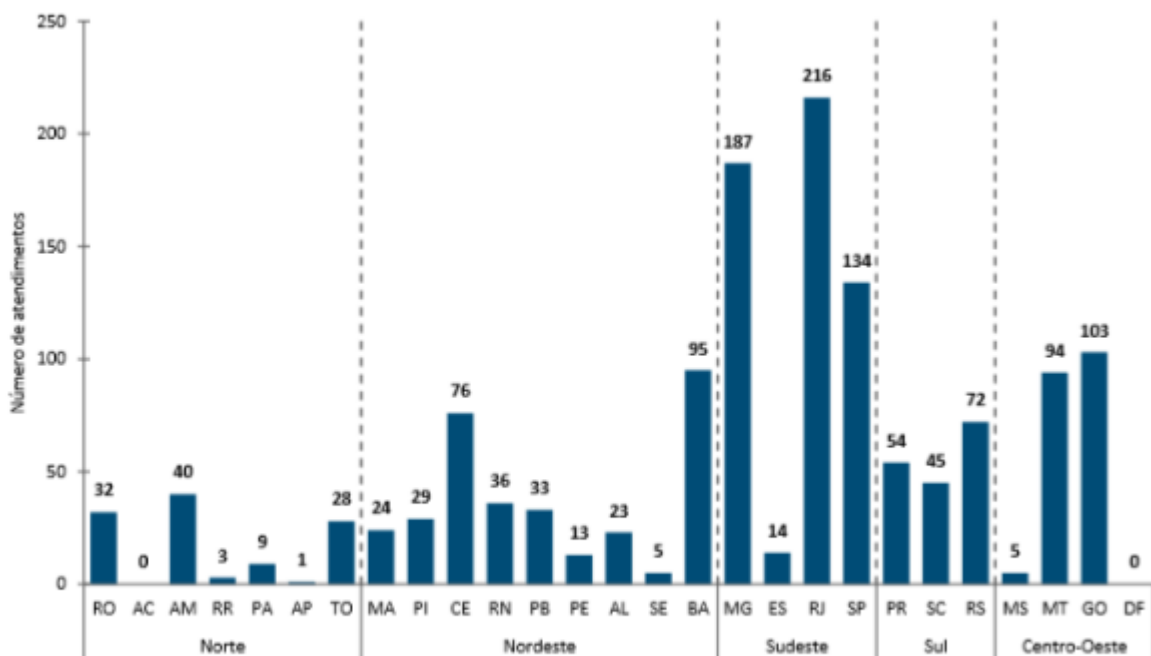
Análise do indicador:

O Gráfico 1 apresenta a distribuição de atendimentos pós-covid-19 realizados nas unidades federativas. Dos 1.371 atendimentos pós-covid-19 realizados, a maioria (551) está concentrada na região Sudeste, com destaque para o Rio de Janeiro (216), Minas Gerais (187) e São Paulo (134) respectivamente.

No entanto, no período analisado, os menores números de atendimentos registrados foram no Amapá (1), seguido de Roraima (3), Sergipe (5) e Mato Grosso do Sul (5). Até o momento, não houve registro de atendimentos no Acre e no Distrito Federal (Gráfico 1).

É importante reiterar que os novos códigos CID de pós-covid-19 foram inseridos no SISAB a partir de setembro de 2021. Desde então, foi possível verificar um aumento gradativo de atendimentos pós-covid-19 realizados nas unidades federativas.

Gráfico 1 – Número de atendimentos pós-covid-19 na Atenção Primária à Saúde, por grandes regiões e unidades federativas. Brasil, 2021.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/DESF/SAPS/MS). Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Data de coleta: 08/12/2021.

Notas: i) Dados preliminares, sujeitos a alterações. ii) Não há registro de atendimentos pós-covid-19.

II.1.1.1.6 Consultas motivo COVID-19 (2020 a 2022) e síndromes gripais (2018 a 2022) na APS por mês e ano.

Trata-se de informações obtidas por meio do registro dos atendimentos individuais da Estratégia e-SUS APS por condições avaliadas de Covid-19 e Síndromes Gripais (SG).

O registro é feito apenas por profissionais de nível superior na APS utilizando o modelo de informação denominado "Ficha de Atendimento Individual" através do uso dos softwares Prontuário Eletrônico do Cidadão, Coleta de Dados Simplificada e de sistemas de terceiros

integrados à Estratégia e-SUS APS. Os dados se referem a consultas realizadas tendo como motivo o problema ou condição avaliada.

Os códigos CID-10 utilizados são recomendados pela SVS/MS para a vigilância de Síndromes Gripais, associados a sintomas de Covid-19 relatados em revisões de literatura.

Consultas motivo COVID-19 na APS nos anos de 2020 a 2022.

Análise de dados:

O gráfico 1 demonstra o número de consultas realizadas pelos profissionais de nível superior na APS de casos de Covid-19. No ano de 2020 tiveram 1.704.336 atendimentos de Covid-19, em 2021 tiveram 3.512.429 atendimentos. Até 4 de março de 2022 foram 1.395.825 atendimentos.

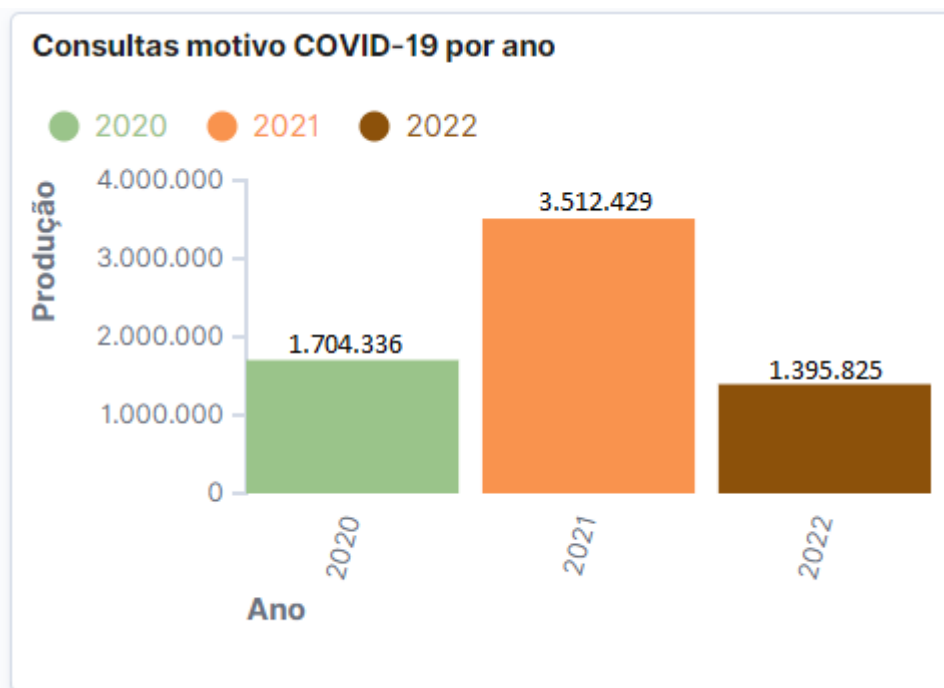


Gráfico 1- Consultas por motivo de Covid-19 por ano.

A figura 1 demonstra o número de consultas na APS com diagnósticos de Covid-19 por mês nos anos de 2020 a 04 de março de 2022. Pode-se observar que no ano 2020 o maior

número de atendimento de Covid-19 na APS foi no mês de julho com 319.884, no ano de 2021 ocorreu um pico de atendimentos em março de com 595.339 casos e em 2022 ocorreu o maior número de diagnóstico de Covid-19 quando comparado com os dois últimos anos no mesmo período com 1.056.528.

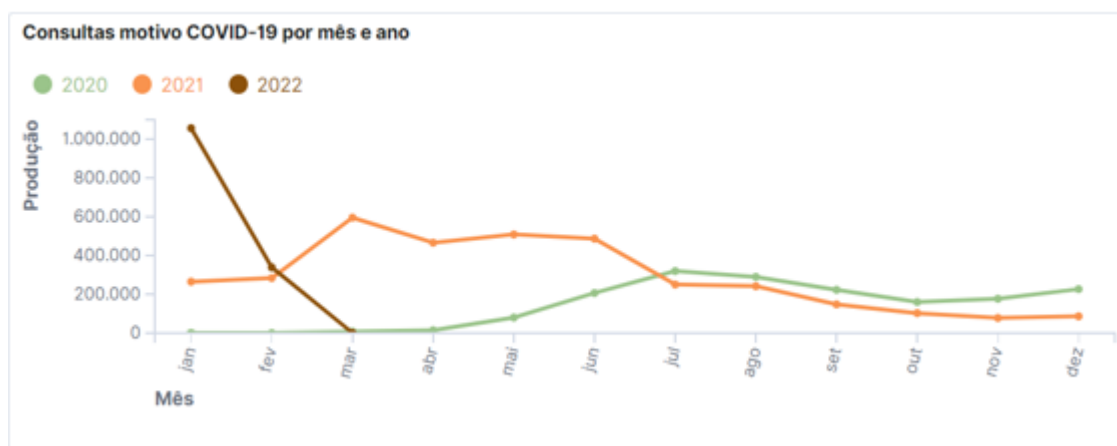


Figura 1- Consultas na APS com diagnóstico de Covid-19 por mês e ano (2020 a 2022)

Fonte: Painéis de Indicadores da APS. <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/atendimento>.

Dados atualizados em 04 de março de 2022 às 02:20:26

II.1.1.1.7 Consultas motivo Síndromes Gripais na APS nos anos de 2018 a 2022

Trata-se de informações obtidas por meio do registro dos atendimentos individuais com da Estratégia e-SUS APS. Onde o total de consultas em todos os serviços da APS por ano cujo problema ou condição avaliada foi relacionado a sintomas gripais (SG).

Análise de dados:

O gráfico 2 demonstra o número de consultas realizadas pelos profissionais de nível superior na APS de casos de síndrome gripal. No ano de 2020 tiveram 4.081.942 atendimentos de SG, em 2021 tiveram 6.245.353 atendimentos. E até 4 de março de 2022 2.163.410 atendimentos de SG.



Gráfico 2 - Consultas por motivo de sintomas gripais por ano na APS

Fonte: Painéis de Indicadores da APS. <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/atendimento>.

Dados atualizados em 04 de março de 2022 às 02:20:26

A figura 2 apresenta o número de consultas na APS com diagnósticos de Síndrome Gripal por mês nos anos de 2020 a 04 de março de 2022. Pode-se observar que no ano 2020 o maior número de atendimento de covid-19 na APS foi no mês de julho com 646.579, no ano de 2021 ocorreu um pico de atendimentos em março de com 904.352 casos e em 2022 ocorreu o maior número de diagnóstico de covid-19 se comparado com os dois últimos anos no mesmo período com 1.733.304.

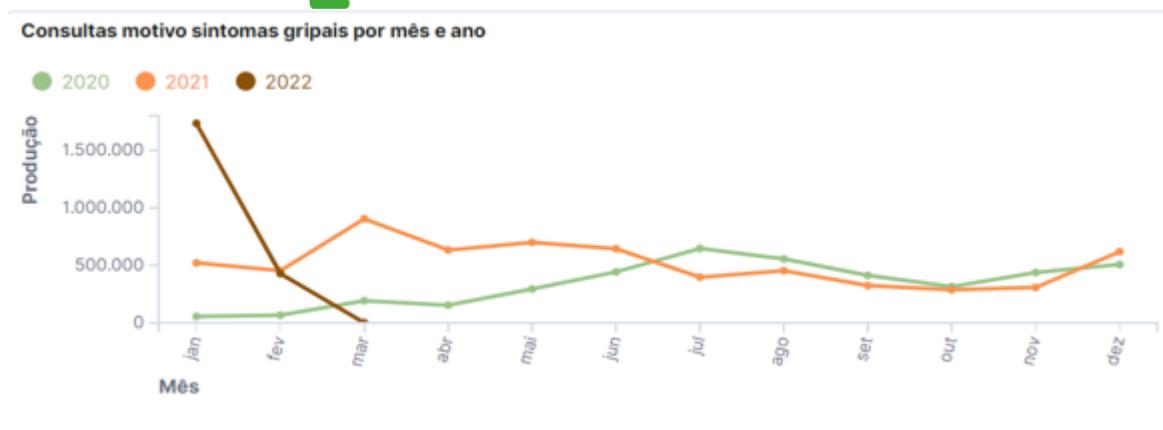


Figura 2- Consultas na APS com diagnóstico de síndrome gripal por mês e ano (2020 a 2022)

Fonte: Painéis de Indicadores da APS. <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/atendimento>.
Dados atualizados em 04 de março de 2022 às 02:20:26

II.1.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação

Com o estabelecimento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência do novo Coronavírus, a continuidade das ações relacionadas à APS será realizada por meio do **Programa Previne Brasil**, visto que entrarão na situação ordinária dos agravos em saúde.

Contudo vale ressaltar que o impacto da pandemia na APS, no que se refere ao aumento de atendimentos de demanda reprimida de outros agravos da saúde e sequelas pós Covid, é uma condição que em muitos municípios saturou e poderá saturar a condição instalada da APS o que ensejará outras ações para mitiga-las.

Para mitigação do impacto frente ao cenário atual na APS é importante continuar a ampliação da cobertura vacinal da Covid-19 e de outras doenças imunopreveníveis que tiveram redução de suas coberturas nos últimos 10 anos na APS; realizar ações de monitoramento e rastreamento de pequenos surtos com bloqueio imediato; realizar ações contínuas dos cuidados prestados a todos os usuários e assegurar o acesso a testes diagnósticos para a Covid-19.

II.1.3 Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020

Diante de uma piora do cenário epidemiológico, após a revogação da ESPIN, e com isso a extinção dos recursos extraordinários, serão necessárias estratégias de mobilização e reorganização das equipes de saúde que atuam na Atenção Primária. Na dependência do cenário que possa vir a se instalar, será necessário um comando rápido da SAPS junto aos gestores para reorganização do processo de trabalho das equipes, realocação/reorganização dos estabelecimentos de saúde para fluxos de atendimento e testagem, caso necessários, diferenciados; além de medidas de comunicação rápida, direcionada e resolutiva.

Importante ressaltar a atualização e revisão dos Planos de Contingências estaduais e municipais, bem como dos entes executores em consonância com as diretrizes emanadas pela OMS e Ministério da Saúde.

II.1.4 Considerações Finais

Considerando o cenário epidemiológico atual (diminuição de casos, de hospitalizações e mortalidade) não é possível prever a alocação de novos recursos financeiros extraordinários, visto que, podem ocorrer novas ondas e sendo necessário novo aporte orçamentário.

Ressalta-se que os recursos repassados pela SAPS aos municípios, estados e Distrito Federal foram, em sua maioria, provenientes de créditos extraordinários e em parcela única. Dessa forma, os serviços e ações para enfrentamento da Covid-19 co-financiados com esses recursos federais possibilitaram a gestão local reorganizar sua rede de atenção à saúde, como por exemplo os Centros de Atendimento e Comunitários de Referência, permitindo ampliar o corpo técnico profissional e os pontos de acesso da APS para as pessoas com sintomas respiratórios e quadros leves da infecção.

Além disso, nota-se ainda o aumento dos atendimentos de pessoas com Covid-19 e com condições pós-covid em 2022, conforme dados apresentados pela SAPS, além da demanda

reprimida de atendimentos como por exemplo as condições crônicas, puericultura, saúde bucal, dentre outras. Nesse contexto, nota-se a possibilidade de aumento da demanda na atenção primária que necessite de novas medidas para a organização do processo de trabalho na APS.

Diante do exposto, é importante que as ações incentivadas pelo recurso financeiro já transferido aos entes e não utilizados, parcialmente ou em sua totalidade, se mantenham com objetivo da continuidade das ações de enfrentamento da Covid-19.

A APS possui estruturas instaladas e capacidade de resposta imediata a possíveis novos alertas em Saúde Pública no futuro.

II.2. Assistência Especializada em Saúde

II.2.1 Ações realizadas e indicadores

Em dezembro de 2019 com a declaração da Organização Mundial de Saúde - OMS, e consequente Declaração de Emergência de Saúde Pública no Brasil, se estabelece o começo do agravamento ocasionado pela pandemia da Covid-19 no país. Desta forma, a Secretaria de Assistência Especializada em Saúde, por meio do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) considerando sua Governança nas Políticas e Programas voltados para emergência em saúde pública, iniciou a implantação de estratégias a fim de controlar e mitigar os danos impostos pelo cenário pandêmico à época.

A Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD) foi a responsável pela execução das diretrizes e organizações básicas do componente hospitalar no âmbito do SUS, sendo a responsável pelas habilitações/deshabilitações das Unidades de Terapias Intensivas (UTI), e pelas reclassificações dessas unidades solicitadas pelo gestor local, entre outras.

Diante do cenário da pandemia, em 2020, com o aumento dos casos graves e do número de internações e óbitos, houve a necessidade da ampliação dos leitos de UTI específicos para a Covid-19. Nesse intuito, o Ministério da Saúde publicou portarias

emergenciais para auxiliar estados e municípios no enfrentamento da doença, e uma das primeiras portarias publicadas foi a PT GM/MS nº 237/2020, que inclui na tabela de habilitações do SCNES, o código 26.12 - UTI II Adulto - COVID-19 e o código 26.13 - UTI II Pediátrica - COVID-19, estabelecendo o valor das diárias de UTI COVID para **R\$1.600,00** (mil e seiscentos reais).

Ainda em março/2020, foi publicada a PT GM/MS nº 568/2020, dando início às habilitações temporárias na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a Covid-19. As solicitações eram realizadas por propostas inseridas no SAIPS - Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde, com os documentos anexados: CIB deliberando a autorização, Ofício do gestor estadual, e Declaração de que o estabelecimento possuía equipamentos, Recursos Humanos e materiais para todos os leitos solicitados.

Os leitos de UTI improvisados temporariamente para atendimento de pacientes com Covid-19 em 2020, eram habilitados por um período de 3 meses, podendo ser solicitada sua prorrogação após o final do trimestre, ao final de cada mês conforme a necessidade das taxas de ocupação hospitalar.

Em 2021, com o avanço da pandemia e das altas taxas de ocupação em leitos de UTI, houve a necessidade de nova renovação da emenda emergencial por meio da publicação da PT GM/MS nº 373/2021, dando continuidade ao custeio desses leitos, sendo autorizados neste momento, por tempo indeterminado, até que a solicitação de desabilitação fosse solicitada pelo respectivo Gestor do SUS.

No final do ano de 2021, com o aumento da cobertura vacinal e da diminuição das taxas de ocupação de leitos de UTI disponibilizados para pacientes com a Covid-19, foram iniciadas tratativas com CONASS e CONASEMS, para a desmobilização dos leitos de UTI COVID-19, culminando com a publicação a PT GM/MS nº 4.226/2021, ficando estabelecido o término das autorizações para 31/01/2022.

Em 2022, houve a necessidade da republicação da PT GM/MS nº 4.226/2021, que permitiu a autorização de novos leitos para o mês de fevereiro, financiados por meio da apuração da produção dos serviços, estas registradas no Sistema de Informações Hospitalares-SIH-SUS.

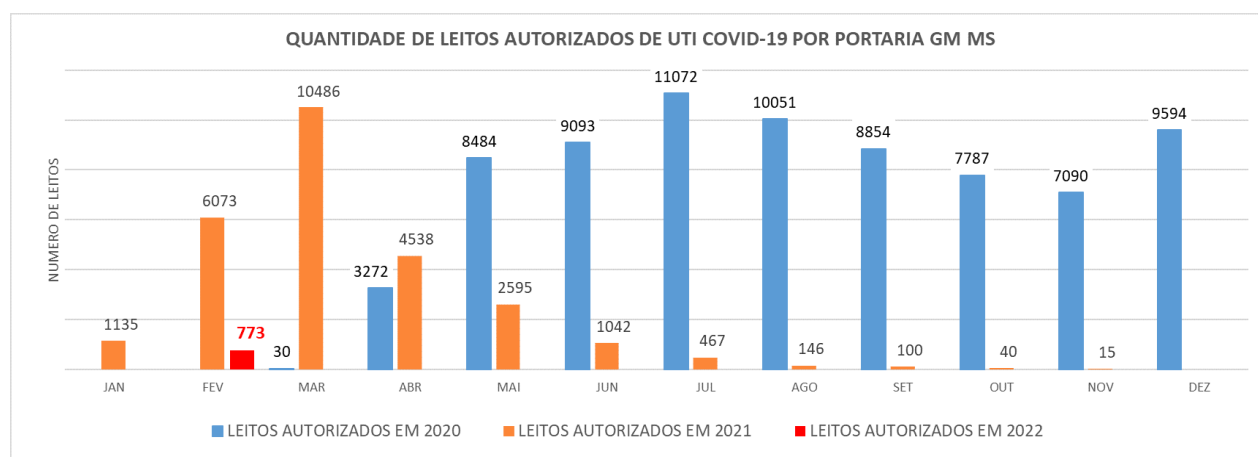


Gráfico 01: Quantidade de leitos de UTI COVID-19 autorizados através de publicações em Portarias GM/MS, por mês, no período de março/ 2020 até fev/2022.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

O gráfico acima demonstra que o maior número de leitos de UTI COVID-19, autorizados em 2020, se concentrou no mês de julho, exatamente pelas portarias terem validade de 3 meses, ou seja, início em março/abril e prorrogadas em junho/julho.

Já em 2021, verifica-se pelo gráfico que o pico de autorizações foi no mês de março, isto devido à alteração normativa a qual previa as autorizações dos leitos de UTI COVID-19 por meio de portaria com validade por tempo indeterminado, como já explicado acima. É visível também, que de agosto/2021 em diante os números de solicitações de novas autorizações de leitos diminuíram consideravelmente, o que se justificou com o início da desmobilização desses leitos.

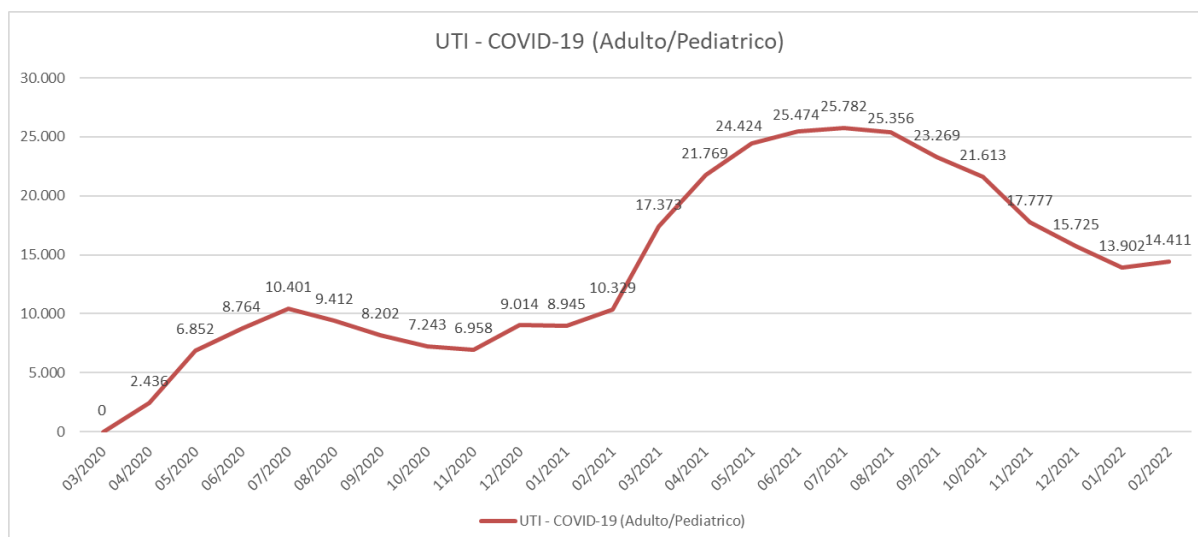


Gráfico 02: Quantidade Total de leitos de UTI COVID-19 (adulto e pediátricos) autorizados em portarias publicadas nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

Verifica-se no gráfico 02, que no ano de 2020, devido as portarias serem publicadas como habilitações e prorrogações o número de leitos de UTI COVID-19 foi quase o triplo do que foi publicado o ano todo em 2021.

Ademais, durante o período da pandemia, esta Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar - CGAHD, foi a responsável pela distribuição de respiradores pulmonares e monitores multiparâmetros para atendimento dos pacientes acometidos pela COVID-19.

Tabela 01: Quantidade total de Monitores distribuídos pelo CGAHD/DAHU/SAES/MS por UF em 2020 e 2021.

MONITORES DISTRIBUÍDOS DURANTE A PANDEMIA		
UF	2020	2021
AC	0	0

AL	0	0
AM	80	235
AP	50	0
BA	0	70
CE	0	0
DF	50	0
ES	0	0
GO	0	20
MA	0	0
MG	0	70
MS	20	0
MT	0	0
PA	0	50
PB	0	88
PE	0	0
PI	0	70
PR	0	40
RJ	0	0
RN	0	40

RO	0	87
RR	0	50
RS	0	0
SC	250	170
SE	0	0
SP	0	10
TO	0	0
TOTAL	450	1.000

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

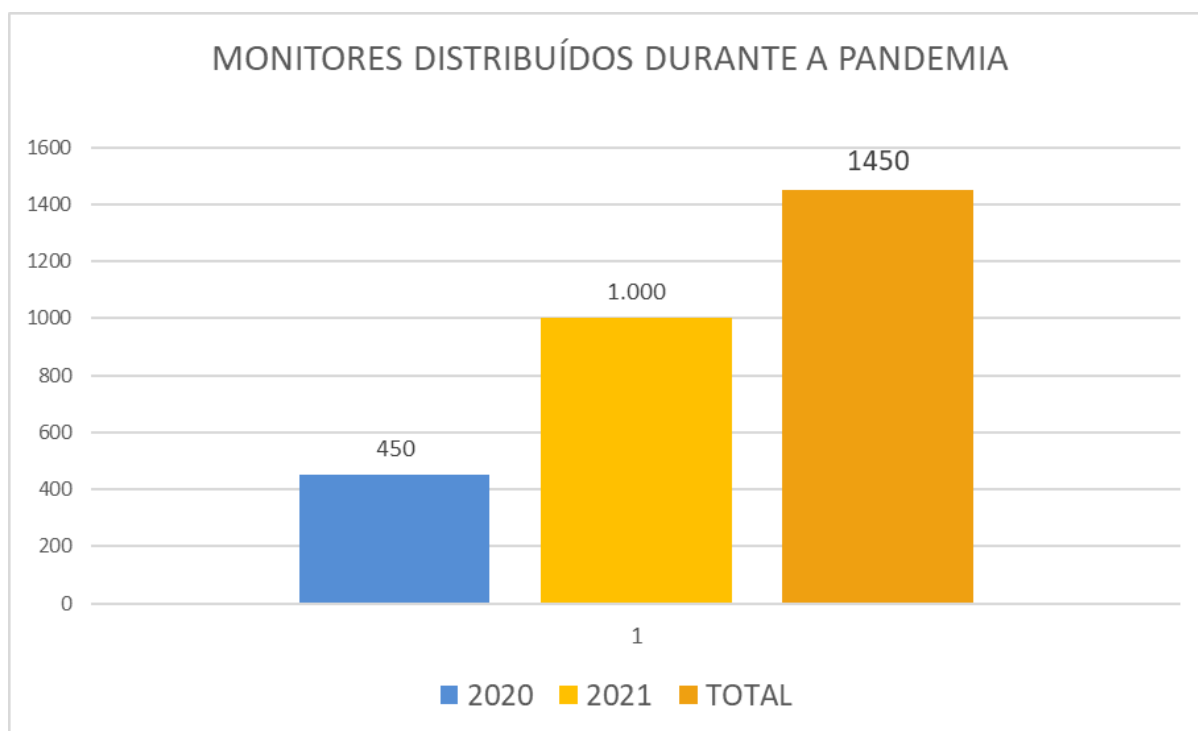


Gráfico 03: Quantidade total de Monitores distribuídos pelo CGAHD/DAHU/SAES/MS em 2020 e 2021.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

Verifica-se no quadro acima a quantidade total de monitores distribuídos pelo Brasil nas Unidades Federativas nos anos de 2020/2021, conforme solicitações dos gestores.

Tabela 02: Quantidade total de Respiradores distribuídos pela CGAHD/DAHU/SAES/MS por UF, nos anos de 2020 e 2021

RESPIRADORES DISTRIBUÍDOS DURANTE A PANDEMIA		
UF	2020	2021
AC	110	120
AL	190	137
AM	432	218
AP	143	30
BA	705	578
CE	161	362
DF	192	122
ES	265	205
GO	851	463
MA	191	216
MG	626	629
MS	248	165

MT	174	204
PA	398	292
PB	467	294
PE	168	280
PI	193	132
PR	825	457
RJ	1.029	885
RN	213	185
RO	235	176
RR	115	97
RS	862	466
SC	258	239
SE	107	89
SP	806	737
TO	145	130
TOTAL	10.109	7.782

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS

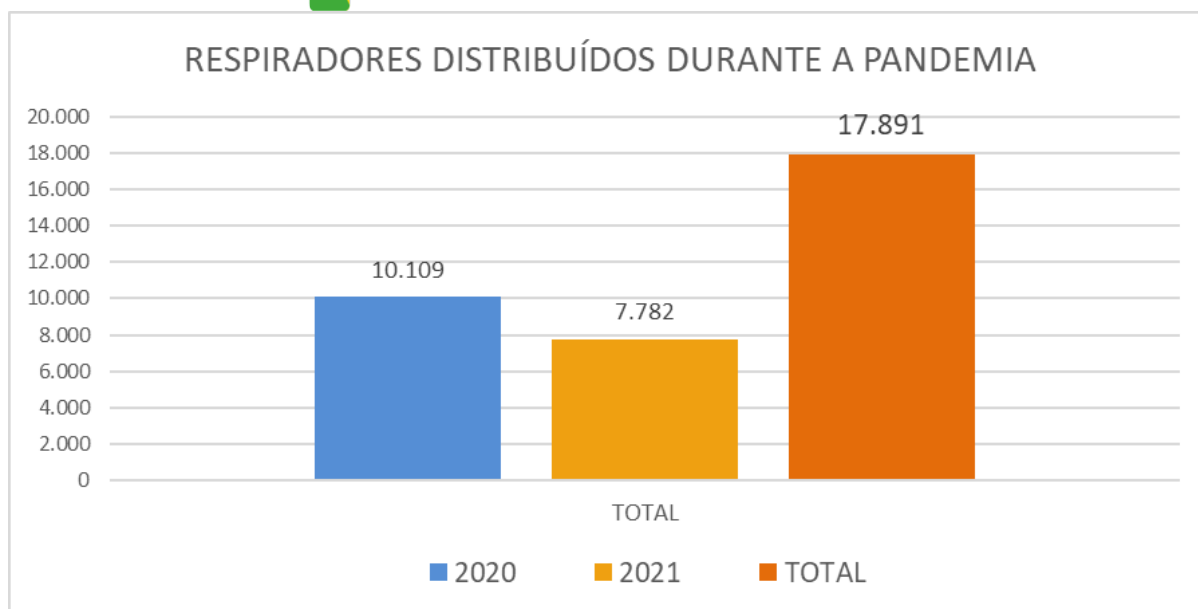


Gráfico 04: Quantidade total de Respiradores distribuídos pela CGAHD/DAHU/SAES/MS, nos anos de 2020 e 2021.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

No mesmo sentido, esta coordenação também distribuiu nos anos de 2020 e 2021, um total de 17.891 respiradores pulmonares, sendo 10.109 foram respiradores para UTI e 7.782 foram respiradores para Transporte.

Durante a pandemia este departamento, com a participação da Coordenação-Geral de Urgência CGURG/DAHU/SAES/MS e CGAHD teve grande importância na formulação dos atos normativos, em especial, na criação da Portaria do Hospital de Campanha e do Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar (**LSVP**), publicando a Portaria GM/MS nº 1.514 de 15 de junho de 2020, que define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar - HOSPITAL DE CAMPANHA - voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da Covid-19-19 e a Portaria GM/MS nº 1.521, de 15 de junho de 2020, que autorizou a habilitação de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (Tabela 03).

Outra ação de combate a pandemia foi a publicação da PT GM/MS nº 471/2021, que dispõe sobre o procedimento para autorização dos LSVP, em caráter excepcional e

temporário, para atendimento exclusivos dos pacientes da COVID-19 e permitindo assim a possibilidade de autorizar esses leitos nos hospitais geral e especializado, unidade mista, hospital de pequeno porte, hospital de campanha, pronto socorro e unidade de pronto atendimento (UPA 24h), leito este que teve como objetivo apoiar a Unidade de Internação Clínica com a função de tratar os casos que necessitavam de suporte ventilatório não invasivo e invasivo. E nos casos mais graves, servindo para estabilização do paciente até o remanejamento à unidade de referência hospitalar que possuía leitos de UTI para o enfrentamento da Covid-19.

Tabela 03: Quantidade de leitos de LSVP autorizados em portarias de 2020 e 2021.

LEITOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR		
UF	2020	2021
AC		
AL	10	
AM	41	505
AP		
BA	162	2.612
CE		994
DF	537	3682
ES		276
GO	116	1054
MA	68	1326
MG	228	6598

MS		67
MT	82	816
PA		1.649
PB	25	238
PE	660	205
PI	84	241
PR	4	262
RJ	90	952
RN	135	977
RO		70
RR		
RS	114	1.611
SC	32	806
SE	84	634
SP	1.336	7.038
TO		
TOTAL	3.808	32.613

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS

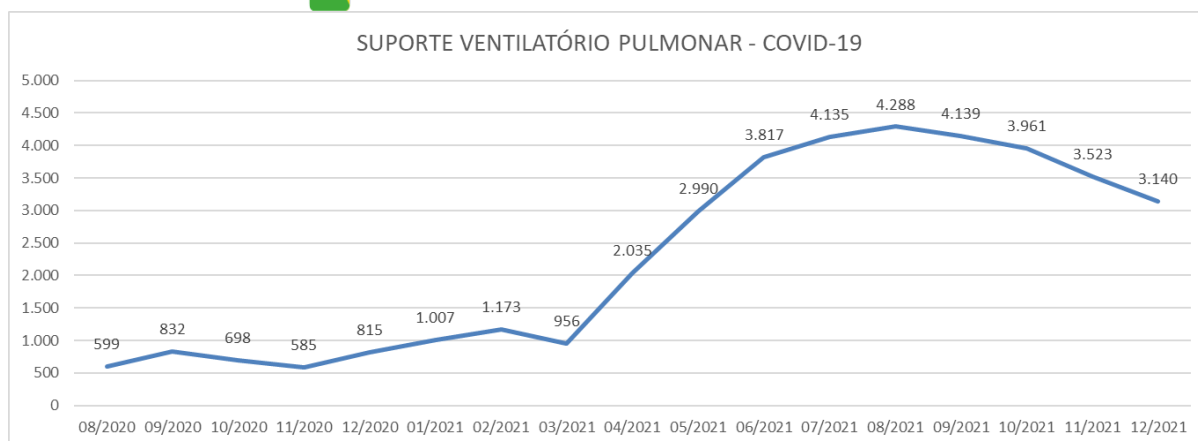


Gráfico 05: Quantidade total de LSVP, nos anos de 2020 e 2021, nos HCAMP e UPAS

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

As imagens da tabela e gráfico acima demonstram o quantitativo de leitos de suporte ventilatório autorizados nos anos de 2020 e 2021, nos estabelecimentos hospitalares e de campanha.

A **UPA 24h** assumiu um papel relevante no contexto da pandemia em razão de, além de prestar o atendimento ambulatorial de urgência e o atendimento intermediário, atuou na rede como pontos de triagem para detecção e confirmação de casos suspeitos de Covid-19 buscando o adequado referenciamento e contrarreferenciamento. Com o agravamento do cenário imposto pela pandemia, atuou também na estratégia de ampliação de leitos na rede.

O processo de habilitação/autorização de leitos de SVP sofreu alterações para melhor execução das análises pela Pasta e, conseqüentemente, dar mais transparência e facilitar o acesso e controle pelos gestores de saúde requerentes.

Ainda, em julho de 2021, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.412, de 28 de junho de 2021, que permitiu novas autorizações em LSVP e possibilitou que os LSVP que estavam vigentes, conforme processo preconizado pela Portaria GM/MS nº 471, de 17 de março de 2021, ficariam mantidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Podemos confirmar que o auge das autorizações de LSVP foi em julho de 2021 e que ao final do ano, com a curva decrescente de autorizações destes leitos, justificou-se a desmobilização no início de 2022 decidida em CIT, articulados com a ampliação dos leitos convencionais de UTI Tipo II em muitos hospitais da RAS.

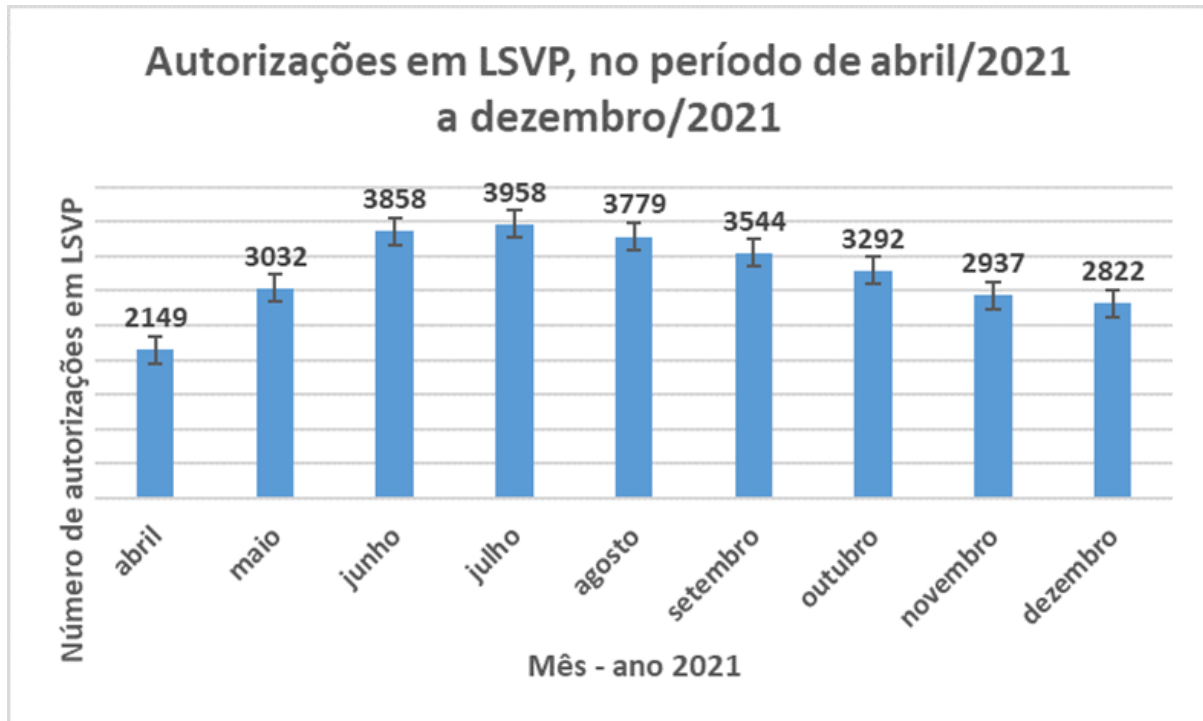


Gráfico 06: Quantidade de Autorizações mensais em LSVP, nos hospitais gerais e especializados, nas unidades mistas, HPP, hospitais de campanha e pronto socorro, no período de abril a dezembro/2021.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

Podemos confirmar que o auge das autorizações de LSVP foi em julho de 2021 e que ao final do ano, com a curva decrescente de autorizações destes leitos, justificou-se a desmobilização no início de 2022 decidida em CIT, articulados com a ampliação dos leitos convencionais de UTI Tipo II em muitos hospitais da RAS.

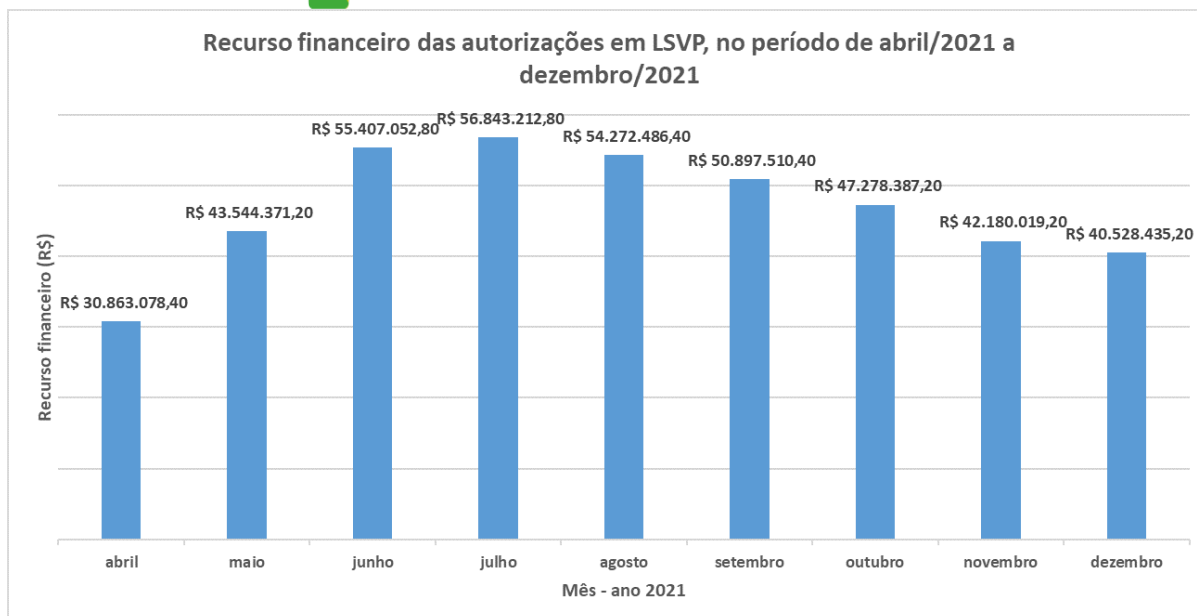


Gráfico 07: Recurso financeiro mensal das autorizações em LSVP, nos estabelecimentos hospital geral e especializado, unidades mistas, HPP, hospitais de campanha e pronto socorro, no período de abril/2021 a dezembro/2021.

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

Assim, a CGURG/DAHU/SAES/MS autorizou em 2021 um total de 597 leitos em 95 UPA 24h, realizando um investimento de R\$ 58,9 milhões para repasse aos municípios, conforme gráficos a seguir.

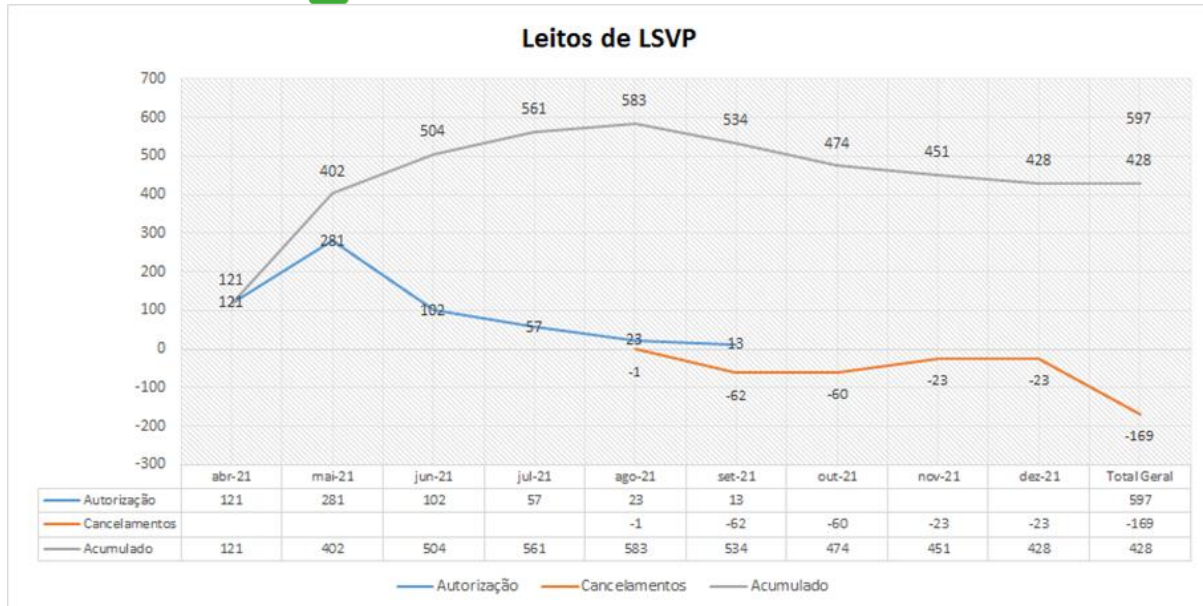
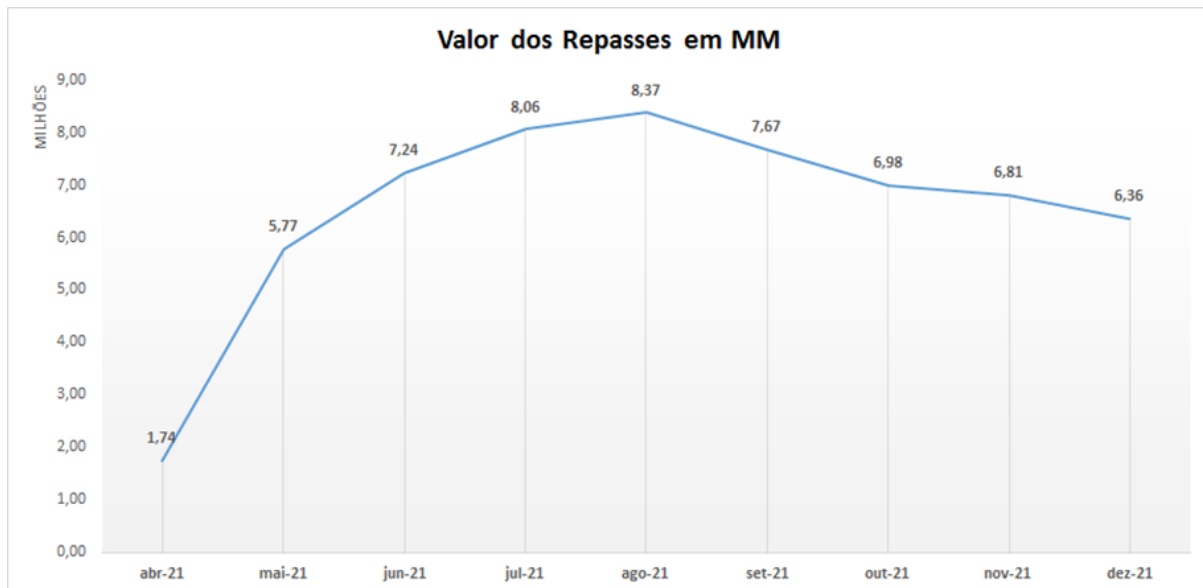


Gráfico 08: Evolução do quantitativo dos LSVP autorizados em UPA 24h no ano de 2021.

Fonte: CGURG/DAHU/SAES/MS.

Gráfico 09: Evolução do valor dos repasses referente às autorizações dos LSVP em UPA 24h no ano de 2021.



Fonte: CGURG/DAHU/SAES/MS.

Considerando a queda na média móvel de óbitos por Covid-19, a redução do número de casos e a redução das taxas de ocupação dos Leitos de Unidade de Terapia Intensiva, foi publicada, em 03 de janeiro de 2022, a Portaria GM/MS nº 4.158, de 30 de dezembro de 2021, retificada em 12 de janeiro de 2022, no DOU nº 8, Seção 1, pág. 104, que dispõe sobre o cancelamento das autorizações dos leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, autorizados conforme a Portaria GM/MS nº 1.412, de 28 de junho de 2021.

Dessa forma, a partir da competência janeiro de 2022 foram cancelados todos os Leitos de Suporte Ventilatório que estavam vigentes, e, portanto, não houve mais repasse de recurso financeiro federal.

II.2.1.1 Indicadores

II.2.1.1.1. Taxa de Internação Hospitalar por Covid-19

Objetivo: Monitorar as internações hospitalares no SUS dos pacientes acometidos com Covid-19.

Conceituação: Número de casos de internações hospitalares pagas no SUS para o tratamento de Covid-19 por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. As internações hospitalares por Covid-19 em questão correspondem às autorizações de internações nos hospitais do SUS para tratamento clínico dos pacientes acometidos pelo referido agravo, que foram registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIHSUS) com o procedimento 0303010223 (Tratamento de infecção pelo Coronavírus e/ou com o diagnóstico pela CID Principal B34-2 – Infecção por coronavírus).

Usos: Identificar variações (populacionais, geográficas e/ou temporais) na taxa de internação hospitalar por Covid-19, mensurando eventuais desigualdades e tendências para subsidiar políticas de enfrentamento à pandemia de Covid-19; Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos médico-hospitalares; e Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção, de promoção da saúde e da assistência médico-hospitalar.

Fontes de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) – SAES/MS; Base demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e Dados obtidos a partir de arquivos reduzidos do SIH-SUS, por meio do extrator TABWIN. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos>>.

Tabela 04: Demonstra taxa de internação hospitalar por covid-19 no Sistema Único de Saúde, por grandes regiões e unidades federativas. Brasil, de abril de 2020 a junho de 2021.

Grande região e UF	2020	2020								2021						Total
	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	
Brasil	0,69	2,8	3,59	4,27	3,7	2,81	2,23	2,2	3,54	3,97	4,04	8,8	9,07	8,24	7,22	67,27
Norte	1,22	5,43	5,25	4,2	3,21	2,34	1,87	1,85	2,62	5,52	5,98	8,84	8,40	6,00	4,43	67,31
Nordeste	0,58	3,56	4,49	4,31	3,11	2,2	1,76	1,62	2,53	2,68	3,24	7,35	8,38	8,41	6,77	61,06
Sudeste	0,88	2,81	3,42	4,13	3,55	2,79	2,19	2,17	3,66	4,24	3,73	7,85	8,86	7,88	7,22	65,46
Sul	0,33	0,85	1,7	3,94	4,25	3,22	2,64	3,59	5,84	4,69	5,06	13,24	10,17	9,92	9,33	78,9
Centro Oeste	0,14	0,72	2,88	5,62	6,13	4,83	3,68	2,23	3,36	4	4,44	10,79	11,35	9,04	8,09	77,48

Fonte: CGAHD/DAHU/SAES/MS.

A CGAHD não possui banco de dados próprio para tratar os dados apresentados acima.

Dessa forma, são utilizados para análise de algumas ações, dados inseridos pelos gestores locais e estabelecimentos de saúde, no sistema E-SUS Notifica - módulo internações, porém, sem a extração dos dados como: taxa de ocupação dos leitos e quantidade de estabelecimentos da rede que permanecem com leitos ativados, entre outros indicadores hospitalares que poderiam ser tratados pelo sistema, embora já tenha sido solicitado ao DATASUS, este tipo de acompanhamento. Estamos em tratativas nessa demanda.

Os dados de número de leitos e portarias publicadas pela CGAHD, são monitorados por meio das publicações em DOU, mantidas pela equipe técnica da UTI, em planilhas Excel.

II.2.1.2 Legados

Elencamos os seguintes legados mais relevantes:

1. Portaria do Hospital de Campanha;
2. Portaria do Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP);
3. Nota Técnica - Orientações técnicas sobre o leito de suporte ventilatório pulmonar que trouxe informações complementares sobre o leito (Disponível em: <

<https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/25/nota-tecnica-orientacoes-tecnicas-sobre-o-leito-de-suporte-ventilatorio-pulmonar-lsvp-ii.pdf/view> >;

4. Reajuste das diárias dos leitos de UTI Convencionais – PT GM/MS 160/2022;

5. Ampliação de mais de 6 mil leitos de UTI Convencionais na rede hospitalar – PT GM/MS 220/2022.

II.2.2 Impactos da revogação da PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 e estratégias de mitigação

Em caso de tomada de decisão em relação a revogação da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), esta CGURG informa os impactos que poderão resultar nesta área técnica:

II.2.2.1. Revogação da Portaria GM/MS nº 515, de 24 de março de 2020, que prorroga os prazos de qualificação de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h –

Impacto: Suspensão da qualificação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h que não tiveram visita técnica *in loco* ou por videochamada pela CGURG para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. A renovação automática estava prevista enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019.

II.2.2.2. Revogação da Portaria GM/MS nº 732, de 7 de abril de 2020, que prorroga os prazos de qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Impacto: Suspensão da qualificação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A renovação automática estava prevista enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019.

No cenário atual, levando-se em conta uma possível volta à normalidade, a CGURG/DAHU/SAES/MS deverá tratar, tempestivamente, os processos de qualificação com objetivo de manter o *modus operandi* anterior ao cenário imposto pela pandemia da Covid-19. Para a aprovação dos pleitos, a CGURG poderá, quando couber, realizar visitas técnicas por meio de videochamadas, conforme instituído pela Portaria GM/MS Nº 3.260, de 2 de dezembro de 2020 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017.

A estratégia adotada pela CGAHD/DAHU/SAES/MS, durante a pandemia foi de deixar um legado na área hospitalar, com a ampliação **de mais de 6 mil leitos de UTI** convencionais tipo II publicados na PT GM/MS 220/2022, deliberados em CIT, com valores reajustados, publicados pela PT GM/MS 160/2022.

II.2.3 Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020

Para o DAHU, o que compete às Coordenações de Urgência e Hospitalar e Domiciliar, não haverá impactos significativos numa possível elevação abrupta de internações hospitalares, uma vez que estados e municípios já estão mais preparados para um aumento de atendimentos com este perfil assistencial; ademais resguardam também um legado de lições acumuladas e aprendidas pelos planos de contingências operacionalizados no decorrer da pandemia.

Para a CGAHD, em caso de uma nova variante levar a um aumento significativo das internações hospitalares, levando os estados e municípios a solicitarem apoio para a reabertura desses leitos, caberá ao Ministério da Saúde publicar nova emenda emergencial para apoiá-los no financiamento e ampliação de novos leitos para um atendimento de qualidade e eficiência.

Tendo em vista as atribuições que competem à CGURG, esta área técnica retomará as ações e estratégias realizadas até o momento, mencionadas anteriormente. Assim, considerando que as Portarias/ Notas Técnicas encontram-se validadas, bem como os fluxos

de análise de novas solicitações bem definidos, depreende-se que o tempo resposta, em caso de nova piora do cenário epidemiológico, será reduzido devido as lições aprendidas.

II.2.4 Considerações finais

O Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU, compartilhou experiências e momentos importantes, entre suas equipes e os gestores federativos, num cenário de grandes perdas e condutas emergenciais necessárias, para que a população não ficasse desassistida, sendo o departamento, responsável pela autorização de milhares de leitos de UTI específicos para o combate a pandemia da Covid-19.

Neste sentido, foi deixado como legado a ampliação de **mais de 6 mil leitos** de UTI Tipo II, habilitados, aumentando assim a Rede Hospitalar Especializada em todo o país.

Concomitante à ampliação da rede de leitos em UTI II adulto e pediátricos, o reajuste nos valores das diárias desses leitos, foi um dos maiores legados que poderíamos ter deixado para a rede neste momento tão difícil.

Por fim, os mais de **17 mil** respiradores pulmonares doados aos estados para compor a Rede de Assistência à Saúde, também seguem como uma das grandes ações deixadas pelo Ministério da Saúde durante a pandemia.

II.3. Assistência Farmacêutica

II.3.1. Ações realizadas e indicadores

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), que é parte integrante da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), do Ministério da Saúde (MS), desde o início da pandemia no Brasil também tem atuado, no âmbito de suas competências, para reduzir a mortalidade causada pelo novo coronavírus, por meio de ações direcionadas principalmente para o suprimento de medicamentos e insumos estratégicos para a assistência farmacêutica.

Embora a seleção, aquisição e distribuição de medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, dentre outros, utilizados pelos hospitais para o combate à Covid-19 sejam de responsabilidade dos demais entes ou dos próprios hospitais; diante do cenário de emergência em saúde pública vivenciado, o MS iniciou tratativas com os principais atores institucionais e o setor produtivo para identificar os possíveis problemas que estariam contribuindo para o risco de abastecimento desses medicamentos e discutir soluções resolutivas.

Desde meados de agosto de 2020 são realizadas ações de monitoramento por meio do grupo de trabalho tripartite que se reúne semanalmente. Para monitorar o consumo dos medicamentos para intubação orotraqueal (IOT), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) realiza um levantamento junto às Secretarias Estaduais de Saúde, consolida e envia as informações referentes ao Consumo Médio Mensal (CMM) e cobertura dos hospitais.

Com relação às informações de produção e venda dos medicamentos do chamado “kit intubação”, a análise é realizada utilizando dados disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

De posse das informações de oferta e demanda, são realizadas análises de acordo com a seguinte metodologia:

1. Avaliação do cenário epidemiológico da Covid-19, por Estado;
2. Avaliação de quais Estados estão com menos de 2 medicamentos IOT, por classe terapêutica com cobertura inferior a 15 dias.
3. Análise do Cenário Industrial (CI) por medicamento: produção, estoque, CMM e Percentual (%) de representatividade da demanda (CMM) x oferta;
4. Análise do Risco de desabastecimento de medicamento: produção, estoque, CMM e Percentual (%) de representatividade da demanda (CMM) x oferta;
5. Análise do Risco de desabastecimento de medicamentos, pela indústria, a partir da análise dos dados do *Business Intelligence* (BI) da Anvisa.

Desta forma, as seguintes análises são realizadas: análise das informações relacionadas ao CMM e cobertura dos medicamentos IOT nos estados e análise das informações constantes no BI Anvisa sobre produção dos medicamentos para IOT.

II.3.1.1 Análise das informações relacionadas ao CMM e cobertura dos medicamentos IOT nos estados

O CIEGES é um projeto de ciência de dados, desenvolvido e disponibilizado pelo Conass, visando facilitar o acesso a um conjunto de informações para subsidiar a tomada de decisão e a consulta de dados.

Abaixo é apresentada a série histórica do Consumo Médio Mensal (CMM) dos medicamentos para IOT durante todo o período de monitoramento pelo Conass:

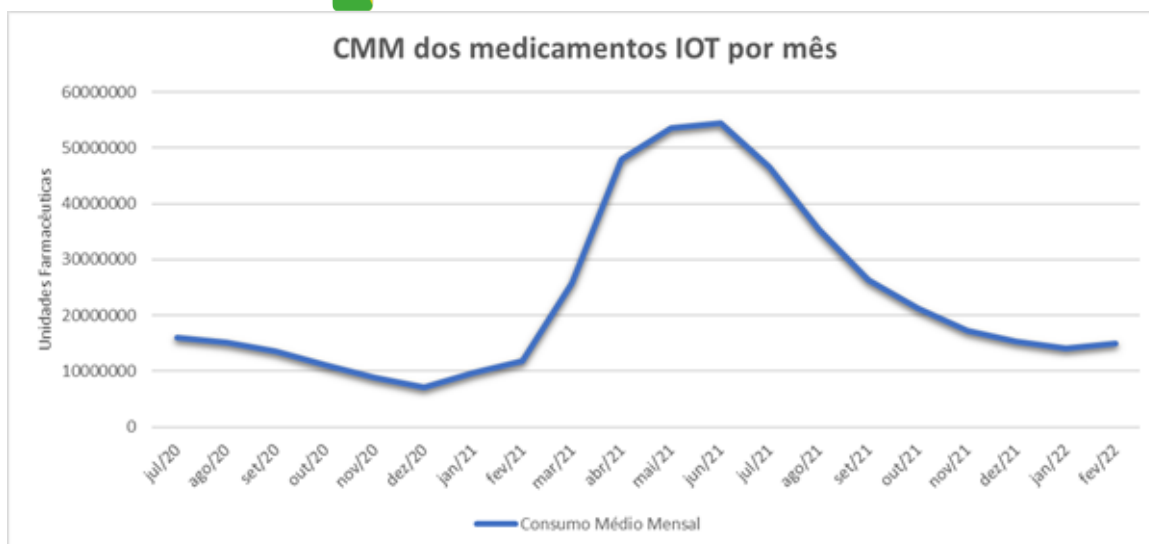


Figura 1: Série histórica do CMM dos medicamentos IOT em todas as UFs.

Conforme série histórica acima, nota-se que o pico do CMM ocorreu entre os meses de abril e junho de 2021, época da onda de casos de Covid-19 no Brasil e com baixa taxa de vacinação, visto se tratar do 1º semestre de 2021.

Em relação à cobertura em dias dos medicamentos IOT nos estados, o gráfico abaixo ilustra durante as semanas de monitoramento:

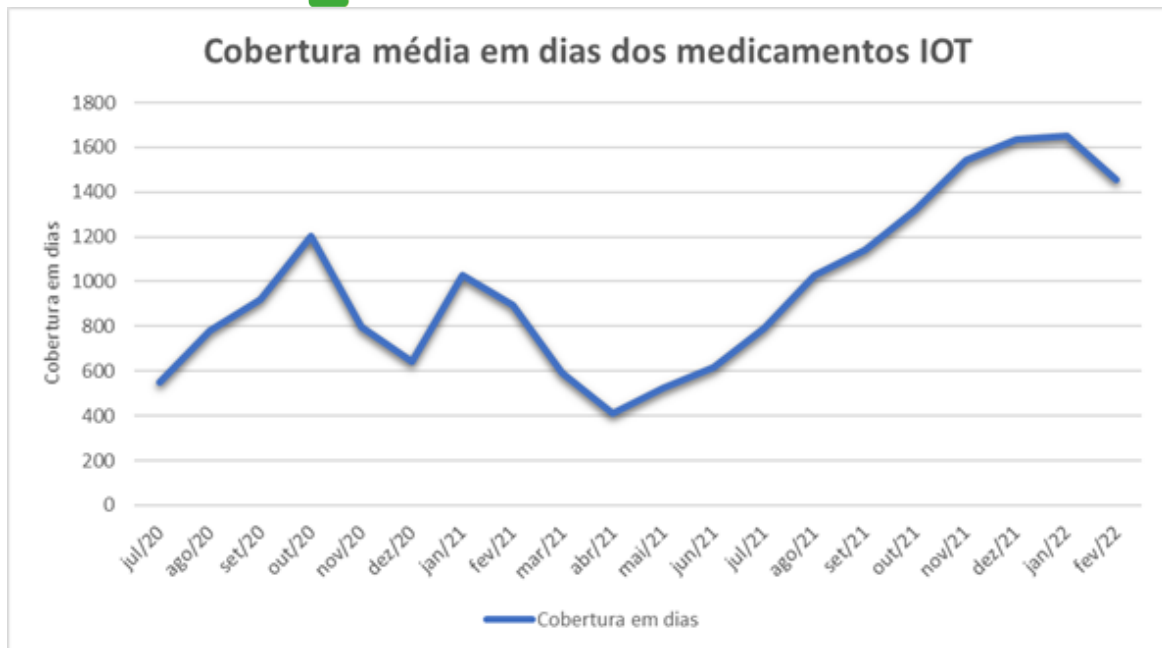


Figura 2: Série histórica da cobertura média em dias dos medicamentos IOT em todas as UFs.

Quando se analisa a cobertura dos medicamentos IOT nos estados e Distrito Federal, nota-se que desde o pico do consumo desses medicamentos nos meses de abril a junho de 2021 o estoque dos medicamentos nas localidades tem aumentado, atingindo o máximo em janeiro de 2022.

Com a possível revogação da Espin, o MS terá como forma de atendimento imediato aos estados, o estoque estratégico que possui aproximadamente 60 dias de cobertura considerando a média do CMM das 60 primeiras semanas de monitoramento junto ao Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

II.3.1.2 Análise das informações constantes no BI Anvisa sobre produção dos medicamentos para IOT

A Anvisa disponibiliza um painel, por meio do BI Anvisa, chamado Monitoramento do abastecimento nacional de medicamentos de interesse ao enfrentamento à Covid-19.

Este painel foi elaborado para sistematização dos dados fornecidos à Anvisa sobre a fabricação, importação e distribuição de anestésicos, sedativos, bloqueadores

neuromusculares e agentes adjuvantes, entre outros medicamentos, empregados para a manutenção da vida de pacientes infectados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Ressalta-se que os dados começaram a ser coletados a partir do dia 14/08/2020, após a publicação do Edital de Chamamento nº 08/2020.

Conforme consta no Edital de Chamamento, as informações prestadas serão de caráter confidencial e, nesta condição são compartilhadas somente com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE/MS e com o Gabinete do Ministro da Saúde - MS.

Abaixo são apresentados alguns dados obtidos no BI Anvisa:

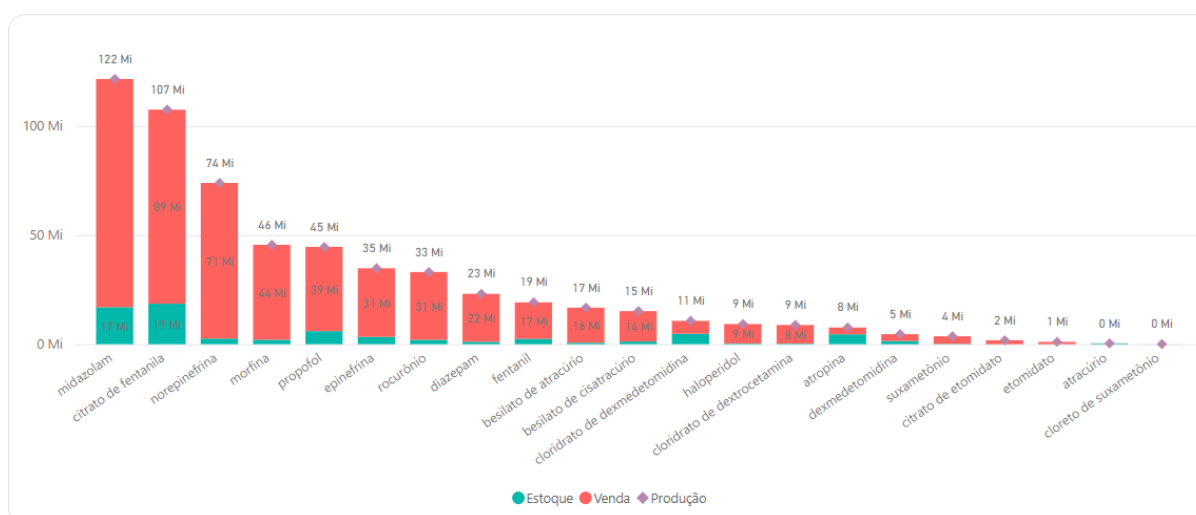


Figura 3: Produção e estoque de medicamentos IOT pela indústria nacional.

Fonte: BI Anvisa. Data: 03/2022

Quadro 1: Estoque dos medicamentos para IOT nas indústrias nacionais.

Medicamento	Estoque
atropina	4545.777
besilato de atracúrio	1.017.771
besilato de cisatracúrio	2.942.806
citrato de fentanila	21.042.808
cloridrato de dexmedetomidina	6.306.108
cloridrato de dextrocetamina	332.036
diazepam	1.088.627
epinefrina	3.371.900
etomidato	508.12
haloperidol	355.019
lidocaína	3.740.155
midazolam	16.978.557
morfina	2.042.853
norepinefrina	2.596.727
propofol	6.008.025
rocurônio	2.030.237
suxametônio	201.214
Total Geral	74.651.432

Fonte: BI Anvisa. Data: 03/2022

Outro dado relevante, refere-se às vendas desses medicamentos no período de jan./2021 a fev./2022. Conforme a figura abaixo, mais da metade da produção nacional foi comercializada para distribuidores. O governo foi responsável por 23,38% das compras de

toda a produção. Vale destacar que é considerado governo as aquisições federais, estaduais, municipais, além dos hospitais federais e militares.

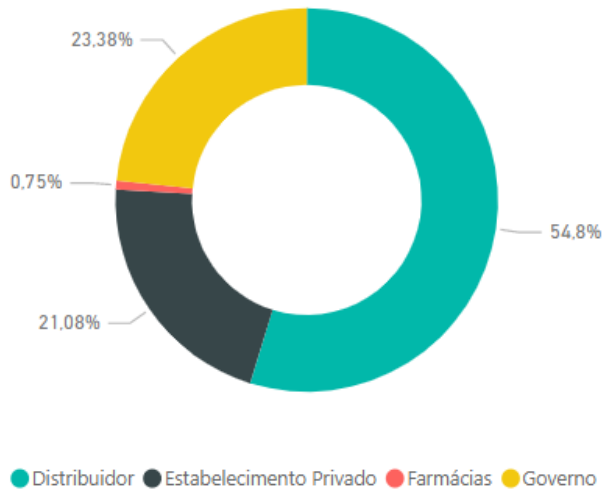


Figura 4: Comercialização dos medicamentos IOT.

Fonte: BI Anvisa. Data: 03/2022

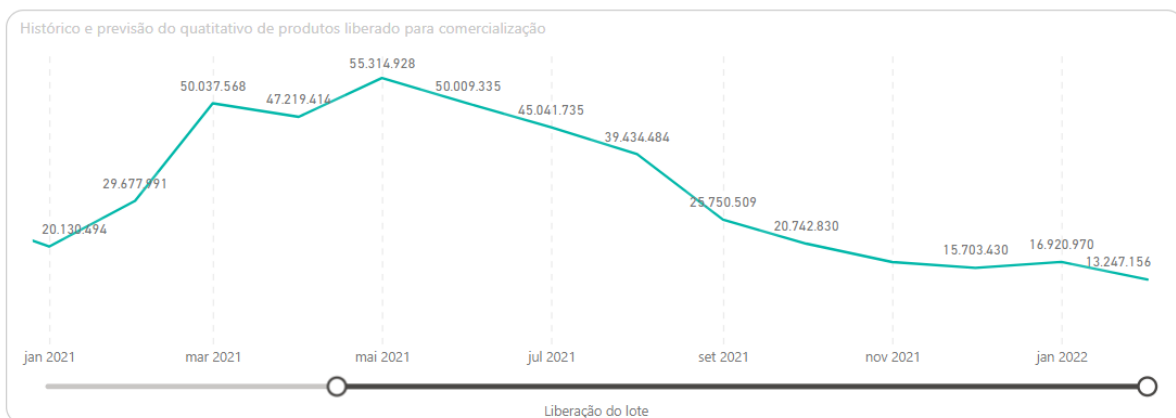


Figura 5: Série histórica da produção de medicamentos IOT liberados para comercialização.

Fonte: BI Anvisa. Data: 03/2022

II.3.1.3 Ações extraordinárias para Covid-19

Foram realizadas as seguintes ações:

I - Repasse de recurso para aquisição de medicamentos do Cbaf para Saúde Mental

O repasse de recurso para a saúde mental tem como marco regulatório a Portaria GM/MS nº 2.516/2020, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 22 de setembro de 2020, que viabilizou o repasse de recursos financeiros de custeio para aquisição de medicamentos do Cbaf, utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da Covid-19.

Os valores foram repassados em parcela única, em dezembro de 2020, com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- A. IDHM muito baixo: R\$ 3,14 (três reais e quatorze centavos) por habitante;
- B. IDHM baixo: R\$ 3,11 (três reais e onze centavos) por habitante;
- C. IDHM médio: R\$ 3,09 (três reais e nove centavos) por habitante;
- D. IDHM alto: R\$ 3,06 (três reais e seis centavos) por habitante; e
- E. IDHM muito alto: R\$ 3,04 (três reais e quatro centavos) por habitante.

Valor total do repasse: **R\$ 649.833.472,83**

II - Repasse de recurso incremental para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf)

O repasse de recurso incremental para o Cbaf tem como marco regulatório a Portaria GM/MS nº 3.617/2021, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 16 de dezembro de

2021, que viabilizou em caráter excepcional o incremento do financiamento federal do Cbaf, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no valor de R\$ 216.247.379,93 (duzentos e dezesseis milhões, duzentos e quarenta e sete mil trezentos e setenta e nove reais e noventa e três centavos), a ser repassado em 13 parcelas.

Os valores serão repassados em 13 parcelas, conforme as faixas do IDHM, nos seguintes valores:

- A. IDHM muito baixo: R\$ 1,05 (um real e cinco centavos) por habitante;
- B. IDHM baixo: R\$ 1,04 (um real e quatro centavos) por habitante;
- C. IDHM médio: R\$ 1,03 (um real e três centavos) por habitante;
- D. IDHM alto: R\$ 1,02 (um real e dois centavos) por habitante; e
- E. IDHM muito alto: R\$ 1,01 (um real e um centavo) por habitante.

Quadro 2 - Sumarização do repasse CBAF incremental

VALOR DE REPASSE INCREMENTAL CBAF - POR ESTADO		
UF	REPASSE MENSAL	REPASSE TOTAL (13 PARCELAS)
AC	R\$ 69.737,68	R\$ 906.589,88
AL	R\$ 266.243,66	R\$ 3.461.167,55
AM	R\$ 330.308,18	R\$ 4.294.006,36
AP	R\$ 66.650,78	R\$ 866.460,19
BA	R\$ 1.207.176,84	R\$ 15.693.298,90
CE	R\$ 722.960,37	R\$ 9.398.484,84
DF	R\$ 234.263,13	R\$ 3.045.420,68
ES	R\$ 315.864,90	R\$ 4.106.243,74

GO	R\$ 555.354,26	R\$ 7.219.605,34
MA	R\$ 564.487,57	R\$ 7.338.338,40
MG	R\$ 1.673.332,30	R\$ 21.753.319,92
MS	R\$ 219.024,97	R\$ 2.847.324,59
MT	R\$ 269.628,60	R\$ 3.505.171,75
PA	R\$ 691.615,55	R\$ 8.991.002,17
PB	R\$ 319.548,57	R\$ 4.154.131,43
PE	R\$ 758.017,74	R\$ 9.854.230,68
PI	R\$ 260.939,35	R\$ 3.392.211,54
PR	R\$ 910.242,26	R\$ 11.833.149,44
RJ	R\$ 1.357.370,87	R\$ 17.645.821,35
RN	R\$ 278.232,58	R\$ 3.617.023,56
RO	R\$ 143.726,01	R\$ 1.868.438,08
RR	R\$ 47.753,56	R\$ 620.796,30
RS	R\$ 902.088,92	R\$ 11.727.155,91
SC	R\$ 564.652,19	R\$ 7.340.478,52
SE	R\$ 182.306,92	R\$ 2.369.989,93
SP	R\$ 3.590.628,39	R\$ 46.678.169,04
TO	R\$ 124.852,79	R\$ 1.623.086,32
TOTAL	R\$ 16.627.008,94	R\$ 216.151.116,41

Fonte: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE/MS)

Como parâmetro em relação aos repasses extraordinários (Saúde Mental e incremento do recurso do Cbaf), o repasse ordinário referente à contrapartida federal do Cbaf é:

I - União: os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Cbaf constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS serão definidos com base no IDHM, conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano;
- b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e
- e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano.

II.3.2 Impacto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e estratégias de mitigação

II.3.2.1 Processos aquisitivos de medicamentos IOT (pregão)

1. A Lei nº 14.217/2021 prevê o seguinte sobre o tema:

“Art. 5º Nos casos de licitação na modalidade pregão, eletrônico ou presencial, de que trata o inciso II do caput do art. 2º desta Lei, os prazos dos procedimentos licitatórios serão reduzidos pela metade.

(...)

§ 5º As atas de registro de preços terão prazo de vigência de 6 (seis) meses, prorrogável até a declaração, pelo Ministro de Estado da Saúde, do encerramento da Espin declarada em decorrência da

infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2, se comprovada a vantagem de suas condições negociais.”

(...)

Art. 14. Os contratos regidos por esta Lei terão prazo de duração de até 6 (seis) meses e poderão ser prorrogados por períodos sucessivos, desde que as condições e os preços permaneçam vantajosos para a administração pública, até a declaração, pelo Ministro de Estado da Saúde, do encerramento da ESPIN declarada em decorrência da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2, na forma do art. 16 desta Lei.

(...)

Art. 16. O disposto nesta Lei aplica-se aos atos praticados e aos contratos ou instrumentos congêneres firmados até a declaração, pelo Ministro de Estado da Saúde, do encerramento da Espin declarada em decorrência da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2, independentemente do seu prazo de execução ou de suas prorrogações.”

Diante disso, embora tenha ocorrido o Pregão Eletrônico nº 34/2022, as atas de registro de preços dele decorrentes somente poderão ser assinadas ou prorrogadas durante a vigência da ESPIN.

Em relação aos contratos, poderão ser assinados somente durante a vigência da ata de registro de preço e terão prazo de duração de até 6 (seis) meses, podendo ser prorrogados, atendidas as exigências previstas, até a declaração de encerramento da ESPIN

Dito de outra forma, a declaração de encerramento da ESPIN acarreta, imediatamente, a impossibilidade:

- A. de assinatura de atas de registro de preços;

B. de prorrogação de prazo de vigência de atas de registro de preços; e

C. de prorrogação de prazo de duração de contratos.

Em termos práticos, significa dizer que, se, por exemplo, após três meses da assinatura de uma ata de registro de preços houver a declaração de encerramento da ESPIN, a ata não perde a sua vigência imediatamente, sendo vedada apenas a sua prorrogação, de modo que será possível celebrar contratos para a sua execução, os quais terão prazo de duração de até 6 (seis) meses, mas sem possibilidade de prorrogação.

2. Aquisição por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Considerando o fim da vigência das resoluções da Anvisa que flexibilizaram a importação de medicamentos para IOT, as aquisições por intermédio da OPAS podem, ainda, fundar-se na RDC nº 203/2017, a qual dispõe:

"Art. 3º Poderão ser autorizados para importação, em caráter de excepcionalidade, os produtos sujeitos à vigilância sanitária cujo fármaco e/ou tecnologia se enquadrem em, pelo menos, uma das seguintes situações:

I – indisponibilidade no mercado nacional, bem como de suas alternativas terapêuticas ou produtos usados para a mesma finalidade devidamente registrados, quando existirem;

II – emergência de saúde pública de importância nacional, nos termos do Decreto nº 7.616, de 2011, ou de importância internacional (ESPII), conforme o Regulamento Sanitário Internacional;"

Assim, as aquisições via OPAS podem ser realizadas se configuradas as hipóteses do inciso I ou do inciso II. Contudo, uma aquisição com base no inciso II poderia soar contraditório, caso entenda-se pela revogação da ESPIN.

II.3.2.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)

Com a possível revogação das medidas adotadas durante a ESPIN, a Coordenação do PFPPB terá que retomar ao disposto nos artigos 23, 24 e 25 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28 de setembro de 2017. Desta forma, será necessário que os pacientes procurem atendimento médico com o objetivo de obter novas prescrições, pois só poderão ser aceitas prescrições que estejam dentro do prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias. Ademais, os pacientes que necessitam de um procurador para adquirir os seus medicamentos, terão que reconhecer firma em cartório do instrumento particular de procuração simples. Portanto, serão necessárias ações dos pacientes atendidos pelo Programa para adequação ao retorno das regras.

Em relação à revogação da flexibilização do disposto no artigo 24, que estabelece que o quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal e a dispensação deve obedecer à periodicidade e os limites definidos pelo Programa, existe uma limitação de sistema, não sendo possível o retorno imediato da periodicidade de 90 para 30 dias. Ressalta-se que existe uma demanda aberta no DATASUS com o objetivo de atender a esta necessidade, porém não há previsão de conclusão.

Por fim, com a flexibilização passou a ser autorizado o uso de instrumento particular de procuração simples, sem a necessidade do reconhecimento de firma em cartório, conforme exigido pelo inciso III do artigo 25, podendo assim adquirir medicamentos pelo Programa, desde que apresentado documento oficial com foto e CPF do representante legal e do paciente.

II.3.2.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Considerando as informações presentes no Ofício-Circular nº 09 CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, de 18 de março de 2020, o qual dispõe sobre as orientações acerca da execução do CEAF no cenário de pandemia da Covid-19, destaca-se que as seguintes regras de execução do CEAF flexibilizadas de modo excepcional, sofrerão alteração junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Distrito Federal:

- i. Retorno da apresentação de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) e prescrição médica para renovação do tratamento;
- ii. As adequações posológicas (mesmo sem alteração de CID-10 ou medicamento) necessitarão de apresentação do LME e da prescrição médica para a efetiva adequação;
- iii. Apresentação do LME de acordo com a Portaria GM/MS nº 13, de 6 de janeiro de 2020, que estabelece novo modelo de LME, de modo que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) têm prazo para adequação às novas regras até 08 de maio de 2020. Dessa forma, não será mais aceito LME no modelo antigo (até 3 competências), caso o paciente apresente;
- iv. Retorno da necessidade de exames de monitoramento e de consultas às especialidades médicas, com prescrição assinada por profissional especialista, para renovação da continuidade do tratamento;
- v. Retorno da presença obrigatória do paciente para a solicitação do tratamento. Com exceção dos pacientes considerados incapazes, conforme art. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor;
- vi. Finalização da orientação acerca da preferência às dispensações antecipadas, cabendo a cada SES avaliar seu estoque para determinar quais e quantos medicamentos poderão ser dispensados em caráter antecipado, de modo a garantir o atendimento de todos os pacientes.

Tendo em vista as regras de execução do CEAF que sofrerão alteração junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Distrito Federal, enfatiza-se a importância de estabelecer um tempo de transição para a readequação da Rede SUS às alterações

supracitadas, tendo em mente o período de tempo necessário para comunicação aos pacientes das mudanças que ocorrerão. Ademais, haverá necessidade de retorno dos pacientes à Rede SUS para agendamento de consultas, exames e solicitação de documentos novamente exigidos para permissão da continuidade do tratamento no âmbito do CEAF. Um prazo de transição para as novas regras ou uma comunicação prévia sobre o restabelecimento das regras de execução pré-pandemia, poderia evitar uma sobrecarga do sistema. Sugere-se ainda a discussão sobre a manutenção de um item do referido Ofício-Circular, pois este pode facilitar o desenvolvimento de processos ligados à execução do CEAF pelas SES e do Distrito Federal, sendo ele:

- Possibilidade de envio do LME e receita médica por meio eletrônico por prescritores e pacientes, nos casos de renovação de continuidade de tratamento. Desde que, o paciente ou o representante ao comparecer à unidade de saúde para a dispensação do medicamento, entregue a documentação que foi encaminhada por e-mail.

II.3.3 Legado e Plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

Teceremos considerações em dois pontos específicos que norteiam as demais ações que, caso necessárias, poderão ser reativadas. Assim seguem as considerações referentes a Processos aquisitivo de medicamentos de intubação e sobre o Programa Farmácia Popular:

3.3.1 Processos aquisitivos de medicamentos IOT

Quando se analisa a cobertura dos medicamentos IOT nos estados e Distrito Federal, observa-se que com a possível revogação da ESPIN, o MS terá como forma de atendimento imediato aos estados, o estoque estratégico que possui aproximadamente 60 dias de cobertura considerando a média do CMM das 60 primeiras semanas de monitoramento junto ao Conass e Conasems.

Este órgão, em Reunião do Gabinete de Crise, deliberou pela continuidade das ações para garantia da disponibilidade de medicamentos para IOT em apoio aos estados e municípios para o ano de 2022. Assim, foi pactuada a constituição de um estoque de

reserva desses medicamentos, no quantitativo equivalente a 60 dias de consumo, baseado na média das primeiras 60 semanas de monitoramento. Ainda, com foco nesse objetivo estratégico, foi desenvolvido o plano para gestão de riscos, que tem como objetivos específicos:

- A. Compor e monitorar estoque de reserva no MS para pronto atendimento (fig.1a);
- B. Manter quantitativo de medicamentos para IOT registrado em Ata para pronta execução (fig.1b);
- C. Manter quantitativo de medicamentos para IOT previsto em plano de trabalho de aquisição internacional em cooperação com a OPAS;
- D. Manter reserva orçamentária específica para aquisição de medicamentos para IOT;
- E. Realizar o monitoramento da demanda junto aos estados e municípios em parceria com o Conass e Conasems;
- F. Realizar o monitoramento da oferta dos medicamentos para IOT no mercado nacional.

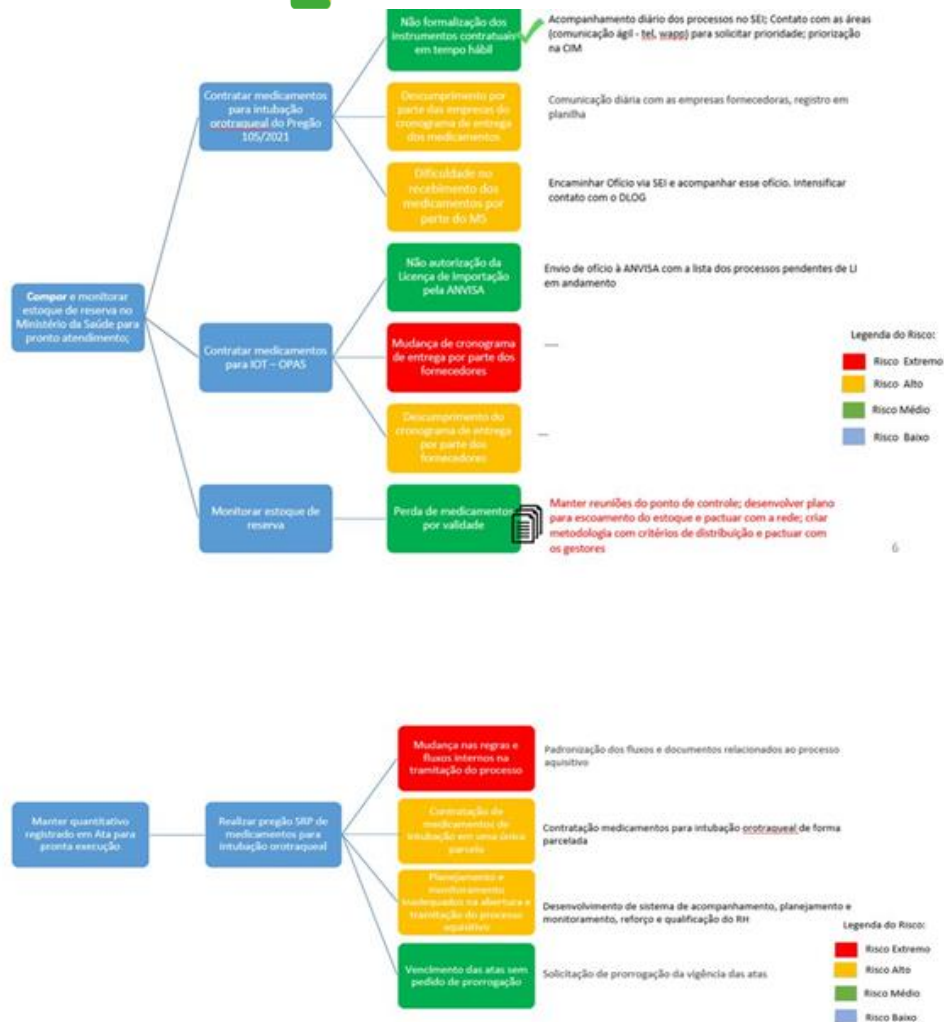


Fig. 1a e 1b - Fluxogramas estabelecidos para o gerenciamento de riscos dos medicamentos para IOT. Fonte: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS).

II.3.3.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)

O PFPPB entendendo a necessidade da adoção de medidas de proteção para o enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da Covid-19 e considerando que grande parte dos usuários do PFPPB são idosos (maiores de 60 anos) com doenças crônicas não transmissíveis, adotou medidas em caráter excepcional e temporário, flexibilizando o disposto nos artigos 23, 24 e 25 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o Programa.

Desta forma, quanto ao artigo 23, as prescrições e os laudos ou atestados médicos que tinham validade de 180 (cento e oitenta) dias, passaram a ter validade de 365 (trezentos e sessenta e cinco), com exceção dos contraceptivos, cuja validade já era de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Em relação ao artigo 24, que estabelece que o quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal e a dispensação deve obedecer à periodicidade e os limites definidos pelo Programa. Para cada princípio ativo, existe a uma regra de periodicidade de compra entre as dispensações e com a flexibilização do artigo 24, a periodicidade entre as dispensações foi ampliada para até 90 (noventa) dias, em relação a todos os princípios ativos e às fraldas, ou seja, as periodicidades já definidas foram multiplicadas em grande maioria por três, para garantir três meses de tratamento ao paciente. Em consequência, ampliou-se a quantidade dos itens a serem dispensados, observando a apresentação dos medicamentos, para que os pacientes não fossem prejudicados caso não houvesse uma apresentação disponível no mercado para determinado medicamento.

Pelo exposto o fluxo estabelecido previamente na Emergência poderá, tempestivamente, ser retomado em uma piora do cenário epidemiológico.

II.3.4 Considerações Finais

Ante o exposto, verifica-se que esta área técnica desenvolveu ações voltadas à criação de um estoque estratégico de medicamentos utilizados em procedimentos de IOT, resultando em um período de cobertura de 60 (sessenta) dias, considerando a média do consumo médio mensal das 60 primeiras semanas de monitoramento realizado pelo Conass e o Conasems.

Além disso, foi elaborado um plano para gestão de riscos, com vistas ao monitoramento e à manutenção do referido estoque, quais sejam:

- A. Compor e monitorar estoque de reserva no MS para pronto atendimento;
- B. Manter quantitativo de medicamentos para IOT registrado em Ata para pronta execução;
- C. Manter quantitativo de medicamentos para IOT previsto em plano de trabalho de aquisição internacional em cooperação com a OPAS;
- D. Manter reserva orçamentária específica para aquisição de medicamentos para IOT;
- E. Realizar o monitoramento da demanda junto aos estados e municípios em parceria com o Conass e Conasems;
- F. Realizar o monitoramento da oferta dos medicamentos para IOT no mercado nacional.

Considerando as repartições de competências no SUS previsto na lei 8.080/90, a atuação do Ministério da Saúde sobre o fornecimento de medicamentos para IOT deu-se de forma complementar, visto ser competência dos Estados e Municípios. Isto posto, caso seja necessária nova atuação do Ministério da Saúde em decorrência da insuficiência ou do exaurimento das capacidades dos Estados e Distrito Federal, as ações aqui relacionadas serão retomadas.

II.4. CONITEC

Para acompanhar e participar do processo de incorporação de novas tecnologias voltadas para o tratamento da Covid-19, a Secovid participou de reuniões estratégicas com especialistas da área e de reuniões da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. As principais discussões e decisões que contaram com a participação dos técnicos da Secovid seguem descritas, de forma sumarizada e contextualizada, abaixo:

Tratamento farmacológico para Covid-19

- Quanto ao **tratamento ambulatorial**, o Ministério da Saúde, por meio da COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS, publicou, em setembro de 2021, as Diretrizes Brasileiras para Tratamento Ambulatorial do Paciente com COVID-19, de acordo com as recomendações para a elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), do próprio MS. Para identificar as questões clínicas de interesse, foram revisadas as tecnologias avaliadas em oito diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento de pacientes ambulatoriais com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, sendo selecionadas as tecnologias com maior relevância e variabilidade de prática no contexto nacional, desde que com aprovação regulatória para uso ambulatorial. Além desses documentos, uma diretriz de duas sociedades médicas também foi considerada para uma intervenção específica. As seguintes tecnologias foram avaliadas: anticoagulantes, azitromicina, anticorpos monoclonais, budesonida, colchicina, cloroquina e hidroxicloroquina, corticosteroides sistêmicos, ivermectina, nitazoxanida e plasma convalescente.
- Poucas terapias farmacológicas mostraram-se eficazes para o tratamento da covid-19, em pacientes ambulatoriais. À exceção dos anticorpos monoclonais que apresentaram algum benefício, não havia na ocasião da publicação do PCDT, outras terapias que mostraram benefício significativo na prevenção de desfechos clinicamente relevantes, como necessidade de hospitalização, evolução para ventilação mecânica e mortalidade. Apesar de carisivimabe + imdevimabe, bamlanivimabe + etesivimabe, sotrovimabe e regdanvimabe apresentarem benefício clínico em pacientes com alto risco de progressão para doença grave, seu alto custo, baixa experiência de uso e incertezas em relação à efetividade não justificaram a sua recomendação para o uso de rotina. Dada as incertezas científicas sobre o benefício do uso de anticoagulantes, budesonida, colchicina, ivermectina, nitazoxanida e plasma convalescente em pacientes ambulatoriais, a CONITEC **não recomendou** o seu uso. Por sua vez,

azitromicina e hidroxiclороquina não mostraram benefício clínico e, portanto, **não foram recomendados** para o tratamento de pacientes ambulatoriais com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

- Dessa forma, no PCDT de setembro de 2021, **nenhuma terapia foi indicada** para uso de rotina no tratamento do paciente ambulatorial com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.
- Importante é esclarecer que a Diretriz supracitada não foi aprovada pelo MS, de acordo com as notas técnicas nº1 e nº2/2022 da SCTIE/MS.
- Em 2022, a CONITEC avaliou o uso do medicamento nirmatrelvir + ritonavir para o tratamento da covid-19 em adultos que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para covid-19 grave. Na 9ª Reunião extraordinária, a CONITEC **recomendou**, a incorporação do medicamento nirmatrelvir + ritonavir (Paxlovid) para o tratamento da covid-19 em adultos que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para forma grave. Os critérios de inclusão foram: a) pacientes com imunossupressão > 18 anos, de acordo com os critérios adotados no PNO e b) Adultos com idade >= 65 anos (considerado o grupo de maior risco para progressão de forma grave), independente do estado vacinal para covid-19. **Desta forma, o Paxlovid foi o primeiro medicamento por via oral, com o objetivo de evitar a progressão para formas graves de covid-19, aprovado pela CONITEC para o tratamento ambulatorial de casos leves a moderados de covid-19.**
- Com relação ao tratamento hospitalar, de forma análoga ao exposto para o tratamento ambulatorial, houve a publicação da Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19, no qual o Capítulo 2 discorre sobre o tratamento medicamentoso. Neste caso, no despacho 78 de 13 de abril de 2022, processo SEI 25000.068591/2021-86, há aprovação do ministro para o PCDT supracitado, incluindo recomendações de uso para o Tocilizumabe e Baricitinibe. O conteúdo deste capítulo encontra-se sumarizado a seguir:

- Foram revisadas as tecnologias avaliadas em oito diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da COVID-19, sendo selecionadas as tecnologias avaliadas por, pelo menos, 50% das diretrizes, acrescidas de questões sobre intervenções de interesse no contexto nacional devido à alta variabilidade na prática. Além desses documentos, duas diretrizes de sociedades médicas também foram consideradas para intervenções específicas. As seguintes tecnologias foram avaliadas: corticosteroides, anticoagulantes, antimicrobianos, tocilizumabe, cloroquina e hidroxicloroquina, azitromicina, casirivimabe associada ao imdevimabe, rendesivir, plasma convalescente, ivermectina, colchicina e lopinavir + ritonavir.
- Neste documento, concluiu-se que, à exceção de corticosteroides e do tocilizumabe, ambos em pacientes em uso de oxigênio suplementar, não há outras terapias que mostraram benefício na prevenção de desfechos clinicamente relevantes como mortalidade e evolução para ventilação mecânica. Algum benefício marginal pode ser obtido com o uso de rendesivir, contudo seu alto custo, baixa experiência de uso e incertezas em relação à efetividade não justificam seu uso de rotina. Da mesma forma, há incertezas sobre o benefício do uso de anticoagulação terapêutica, que, acrescidos do aumento definido no risco de sangramento, impedem que esta seja indicada de rotina, devendo ser utilizado em dose de profilaxia para tromboembolismo venoso. Por sua vez, antimicrobianos devem ser utilizados somente na presença ou suspeita de infecção bacteriana associada, não devendo ser utilizados como rotina no paciente com covid-19.
- Ainda, alguns medicamentos foram testados e não mostraram benefícios clínicos na população de paciente hospitalizados, não devendo ser utilizados, sendo eles: azitromicina, cloroquina ou hidroxicloroquina, colchicina, lopinavir + ritonavir, ivermectina, casirivimabe + imdevimabe e plasma convalescente.

- Em 2022 a Conitec realizou duas reuniões extraordinárias, a saber, em 30 de março e 13 de abril de 2022, respectivamente 8ª e 9ª reuniões extraordinárias, para deliberar sobre a incorporação de duas novas tecnologias de interesse para a linha de cuidado farmacológica de pacientes com covid-19. A 8ª reunião, discutiu a plausibilidade da incorporação do **Baricitinibe** (Olumiant®) para tratamento de pacientes adultos com covid-19 hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva e a 9ª reunião do uso da combinação de **Nirmatrelvir + Ritonavir** (Paxlovid®) para pacientes infectados por SARS-CoV-2 não hospitalizados de alto risco.
 - Desta forma, o arsenal terapêutico para o tratamento hospitalar da covid-19, excetuando-se os medicamentos inespecíficos para controle da dor, sedação, combate ao choque circulatório e infecções secundárias são os seguintes: Heparina não fracionada ou Enoxaparina ou Foundaparinux; Dexametasona ou Hidrocortisona ou Metilprednisolona; Tocilizumabe ou Baricitinibe.

As discussões técnicas sumarizadas acima não analisam o uso de vacinas para a prevenção de covid-19 e resumem-se as recomendações e evidências do tratamento farmacológico “específico” para formas clínicas de pacientes ambulatoriais e hospitalizados por covid-19.

II.5. Gestão do trabalho e educação na Saúde

II.5.1. Ações Realizadas

II.5.1.1 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS)

A emergência em saúde devido a Covid-19 evidenciou algumas necessidades de aprimoramento no Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas a necessidade de dimensionar o quantitativo de profissionais de saúde qualificados à abordagem a pacientes críticos, quantitativo este que impacta diretamente a capacidade de resposta do Estado brasileiro frente às condições epidemiológicas pandêmicas e emergenciais.

Diante desse cenário, a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), por meio de seu Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), propôs estratégias voltadas para o cuidado dos profissionais da área da saúde, tais como: capacitações; recrutamentos; bonificações para residentes; editais de bolsas-formação para residentes; projeto na área de saúde mental; e projeto de capacitação na área de urgência e emergência.

As ações estiveram voltadas para profissionais de saúde de todo o território nacional, registrados nos respectivos conselhos profissionais, com vistas ao enfrentamento, incontinenti, da pandemia da Covid-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde.

II.5.1.1.1 Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”

“O Brasil Conta Comigo” resultou do planejamento de ações estratégicas realizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, frente ao desafio de enfrentamento da pandemia causada pela Covid-19.

Essas ações contemplaram todo o território nacional e caracterizaram-se, principalmente, pela gestão de recursos humanos em saúde, a fim de promover o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Considerou-se, para tanto, a gravidade da transmissibilidade da doença e o adoecimento dos estudantes, dos residentes e dos profissionais de saúde e, ainda, a necessidade dos gestores na tomada de decisões ágeis para atender à demanda crescente de atendimentos no serviço de saúde.

Nesse sentido, coube ao Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS) a gestão de ações voltadas para profissionais da área da saúde, como “O Brasil Conta Comigo – Profissionais de Saúde”, instituído pela Portaria nº 639, de 31 de março de 2020, e, ainda, de ações voltadas para alunos de programas de residência em saúde, como “O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de Saúde”, instituído pela Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, alterada pela Portaria GM/MS nº 3.945, de 27 de dezembro de 2021.

II.5.1.1.1.1 Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”

Essa ação foi lançada em 31 de março de 2020, por meio da Portaria GM/MS nº 639, e é voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, contemplando 14 categorias de saúde presentes no SUS para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. Essa ação possibilitou a criação de um banco de dados contendo informações de mais de 1 milhão de profissionais de saúde que, espontaneamente, dispuseram-se a atuar no enfrentamento da pandemia.

A disponibilização do banco de dados contendo profissionais dispostos a atuar na assistência à saúde devidamente habilitados em seus respectivos conselhos e capacitados nos protocolos atualizados de enfrentamento da Covid-19 foi uma solução oferecida pela gestão federal para subsidiar a decisão dos gestores locais. O cadastro dos profissionais – que foi viabilizado mediante alinhamento com os 14 conselhos profissionais de saúde – foi disponibilizado, inicialmente, no dia 2 de abril de 2020, estendeu-se por todo o ano, sendo mantido ao longo do ano de 2021.

Atualmente, a ação conta com **1.007.570** profissionais cadastrados, considerando-se, para tanto, o somatório dos profissionais cadastrados em 2020 e 2021.

O cadastro nacional é um instrumento de auxílio, de caráter consultivo, para os gestores nas três esferas de governo, nas ações de enfrentamento da Covid-19, com o propósito de subsidiá-los quando das elaborações das ações de enfrentamento da doença, conforme dispõe o art. 3º da Portaria nº 639/GM/MS, de 2020. Essa ação vem auxiliando gestores locais no planejamento de recursos humanos em saúde no âmbito de cada região do país, conforme necessidades dos territórios, principalmente regiões vulneráveis e com vazios assistenciais.

II. 5.1.1.1.2 Ação “O Brasil Conta Comigo – Residentes na Área de Saúde”

A Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Residentes na Área de Saúde” é voltada aos profissionais de saúde que estejam cursando programas de residência médica e residência em área profissional da saúde, com os seguintes objetivos: ampliar a cobertura na assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, especialmente no enfrentamento da

emergência de saúde pública em decorrência da infecção humana pelo coronavírus (covid-19); e reduzir o tempo de espera nos atendimentos de usuários do SUS com condições de alto risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares nos casos de infecção humana pelo coronavírus (Covid-19).

Consideraram-se, para tanto, profissionais que estivessem cursando programas de residência voltados ao atendimento da população em todos os níveis da atenção à saúde e à gestão em saúde.

Essa ação, instituída pela Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, estabeleceu o pagamento direto aos profissionais de saúde residentes, a título de bonificação, do valor mensal de **R\$ 667,00** (seiscentos e sessenta e sete reais), pelo prazo de seis meses. Esse prazo foi prorrogado conforme previsto na referida Portaria para que não houvesse interrupção da bonificação, que se estendeu ao longo do ano de 2021, conforme disposto pela Portaria GM/MS nº 3.945, de 27 de dezembro de 2021, que revogou a Portaria nº 580, de 27 de março de 2020.

Por meio da bonificação, foi possível subsidiar, em 2021, o quantitativo de 80.157 profissionais residentes de diversos programas, os quais atuaram nos mais variados cenários de prática, o que permitiu a garantia do atendimento qualificado e humanizado aos usuários do SUS em todo o território.

Faz-se importante ressaltar que receberam a bonificação profissionais de saúde residentes participantes de programas de residência financiados pelo Ministério da Saúde, por órgãos ou entidades públicas federais, estaduais ou municipais e, ainda, por entidades sem fins lucrativos.

II.5.1.1.1. 2 Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde

Diante do cenário de pandemia da Covid-19, a qualificação de profissionais residentes de programas de residência em saúde – principalmente programas de formação de especialistas estratégicos para o enfrentamento do coronavírus, tais como intensivismo, urgência e emergência, infectologia, pneumologia, entre outros – tornou-se imprescindível.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, elaborou o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021. Esse plano compreende um conjunto de ações de fortalecimento e cuidado com profissionais da área da saúde e tem como objetivo valorizar e qualificar residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde e apoiar institucionalmente programas de residência em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O plano desenvolve-se por meio de três eixos:

- I. Ofertas educacionais: consiste em um conjunto de ações de capacitação e qualificação profissional de residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde, na modalidade de cursos, para apoio à produção científica e outros processos formativos;
- II. Valorização ensino-assistencial: consiste em cursos para qualificação do corpo docente-assistencial com o intuito de aprimorar o conhecimento científico e, conseqüentemente, contribuir, de maneira qualitativa e quantitativa, com o ensino e a formação de novos especialistas e com a produção científica no país; e
- III. Apoio institucional: consiste em um conjunto de ações de apoio técnico, pedagógico e institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde na elaboração de projetos pedagógicos e na condução de processos administrativos para a criação, reativação ou reestruturação de programas de residência, em conformidade com as necessidades e capacidades locais do SUS.

II.5.1.1.1. 4 Política de concessão de bolsas

No dia 29 de outubro de 2021, foi publicado, na página 146, seção 3, do Diário Oficial da União (DOU), o Edital nº 5 – voltado para concessão de bolsas para programas de residência em área profissional da saúde – e o Edital nº 6 (página 144, edição 205, seção 3 do DOU), voltado para a concessão de bolsas para programas de residência médica.

A concessão das bolsas pelo Ministério da Saúde aplica-se às especialidades e áreas de atuação prioritárias para o Sistema Único de Saúde, com ênfase na garantia e na ampliação da oferta de assistência médica nos serviços de saúde e na formação de especialistas, assegurando a qualificação do cuidado dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, considerando-se o contexto da pandemia, priorizou-se, nos editais referenciados, a concessão de bolsas para programas cujas especialidades estão relacionadas ao enfrentamento da pandemia da Covid-19; a saber: cardiologia, infectologia, medicina de emergência, medicina física e reabilitação, medicina intensiva, neurocirurgia, neurologia, pneumologia e psiquiatria.

II.5.1.4 Projeto Saúde Mental

O Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com o Instituto GENUS, lançou o projeto “Influência da Covid-19 na saúde mental de profissionais de saúde cadastrados na plataforma da ação estratégica de enfrentamento da Covid-19, do Ministério da Saúde do Brasil”.

O projeto tem como objetivo investigar como a saúde mental de profissionais de saúde é impactada pela Covid-19 e seu manejo, bem como observar como a saúde mental (e fatores associados) das pessoas afeta sua resposta de curto e longo prazo (em 6 meses, 12 meses e 18 meses) à pandemia (adaptabilidade/funcionalidade).

Foram alcançados resultados relacionados à Atividade 1 – Gestão, desenvolvimento e acompanhamento, a saber:

- Planejamento e coleta de dados: os instrumentos de coleta de dados foram aperfeiçoados, e estudos de validação e normatização das escalas utilizadas foram realizados, assegurando-se, assim, “um parâmetro de comparação confiável para análise e interpretação dos dados”.
- Primeira onda de coleta de dados – resultados gerais: o questionário foi construído, e a coleta de dados da primeira onda do estudo foi realizada. O link para a pesquisa foi

enviado por meio de convite único, com o apoio da equipe dos técnicos da SGTES, no dia 8 de maio de 2020.

- Segunda onda de coleta de dados – resultados gerais: a coleta de dados teve início em 26 de novembro de 2020. O relatório técnico de progresso de janeiro de 2021 apresenta resultados parciais, com dados coletados entre 23 de novembro de 2020 e 13 de janeiro de 2021.
- Programa de formação de jovens pesquisadores: o relatório informa que os alunos da iniciação científica têm trabalhado em parceria com os pesquisadores e que “estão realizando atividades como treino de escrita científica, revisão da literatura e elaboração de cartilhas de divulgação científica para temas gerais em ciências”.

Foram ainda alcançados resultados relacionados à Atividade 2 – Construção do banco de dados:

- Extração e tratamento de variáveis em bancos de dados para análise estatística: utilização do software KNIME para gestão e higienização dos dados. Em relação à primeira onda de coleta de dados (maio e junho de 2020), 186.084 (cento e oitenta e seis mil e oitenta e quatro) participantes com dados válidos responderam à pesquisa.
- Elaboração de relatórios individuais sobre a qualidade da saúde mental dos participantes: aos participantes que solicitaram e tinham o e-mail cadastrado válido foi enviado relatório individual, totalizando 95.442 (noventa e cinco mil, quatrocentos e quarenta e dois) relatórios enviados.

Em relação à Atividade 3 – Elaboração de Publicações – foram alcançados os seguintes resultados:

- Elaboração de documentos e meios de divulgação científica para a comunidade em geral: cartilha a ser publicada em formato e-book (disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/Manual-Sa--de-Mental-e-COVID-19.pdf>). Além disso, foi desenvolvido um site hospedado pela

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com vistas a dar visibilidade aos resultados da pesquisa proposta.

- Publicações de artigos científicos: entre maio de 2020 e março de 2021, foram publicados artigos de revisão da literatura e posicionamentos de orientação à população e artigos iniciais com os dados psicométricos dos instrumentos usados na pesquisa. As publicações foram:
 - Mental health: why it still matters in the midst of a Pandemic – Revista Brasileira de Psiquiatria;
 - Expectations when you are expecting in times of COVID-19 – Revista Brasileira de Psiquiatria;
 - Working during pandemics: the need for mental health efforts to prevent the outbreak of mental disorders at the workplace – Revista Brasileira de Psiquiatria;
 - Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic – Revista Brasileira de Psiquiatria;
 - Saúde Mental na Pandemia de Covid-19: Considerações Práticas Multidisciplinares Sobre Cognição, Emoção e Comportamento – Revista Debates em Psiquiatria;
 - Brief Symptoms Inventory psychometric properties supports the hypothesis of a general psychopathological factor;
 - Quality of life of Health care professionals in pandemic times.

II.5.1.1.2 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Considerando a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020; a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), realizada por meio da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020; a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; e a Portaria GM/MS nº 356, de 11 de março de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, instituiu a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Acadêmicos”, por meio da Portaria GM/MS nº 492, de 23 de março de 2020, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus (covid-19).

A Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Acadêmico” foi instituída em caráter excepcional e temporário, no intuito de induzir o fortalecimento do quadro de profissionais de saúde em atuação no diagnóstico e tratamento da covid-19, ampliar a cobertura de assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, bem como reduzir o tempo de espera nos atendimentos de usuários do SUS em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares, por meio do auxílio de estudantes de quatro áreas da saúde: medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia.

De 31 de março de 2020 a 31 de dezembro de 2020, 2.230 municípios brasileiros aderiram à ação, e 8.896 acadêmicos do 5º e 6º anos de medicina e do último ano de graduação dos cursos de enfermagem, fisioterapia e farmácia foram convocados. Desses, 5.302 efetivamente atuaram na ação estratégica, sob supervisão de profissionais de saúde das respectivas categorias profissionais, na linha de frente do combate à pandemia de covid-19, com o recebimento de bolsas no valor de R\$ 1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais), por mês de atuação.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), ciente da necessidade de formação dos acadêmicos recrutados para atuar na Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Acadêmico”, visando a promover a capacitação dos demais profissionais de saúde que atuam na assistência dos usuários nos serviços de saúde de todo o Brasil,

atendendo ao art. 19 da Portaria GM/MS nº 492, de 2020, e ao item 6.1.3 do Edital nº 4, de 31 de março de 2020, os quais versam sobre a responsabilidade da SGTES em garantir a realização de capacitação para os alunos cadastrados na estratégia, demandou a elaboração de uma série de ações educacionais, no contexto da pandemia de covid-19, às instituições de ensino parceiras deste Ministério da Saúde.

Assim, este Departamento desenvolveu ações voltadas para a divulgação e disseminação de conteúdos desenvolvidos por meio da produção e da promoção de vídeos e cursos na modalidade de educação a distância, voltados à capacitação dos profissionais e para a população em geral. As referidas ações educacionais tinham o propósito de capacitar os profissionais no tocante às diretrizes contidas nos protocolos clínicos de assistência à saúde no contexto da covid-19 e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, elaborados no contexto da pandemia. Os referidos cursos e vídeos podem ser acessados no sítio do Ministério da Saúde e nas plataformas UNA-SUS e AVASUS, por meio dos endereços eletrônicos <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/capacitacao>; <https://avasus.ufrn.br/>; e <https://www.unasus.gov.br/>, respectivamente.

Segue tabela com a consolidação das informações, com a devida atualização do somatório de visualizações dos anos de 2020 e 2021:

Relatório de vídeos – site Ministério da Saúde	Total de visualizações
Curso Protocolos de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19)	2.871.867
Curso Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre COVID-19	62.272
Vídeos Orientativos para Profissionais	123.642

Divulgação: O Brasil Conta Comigo – Acadêmico	9.711
Divulgação: O Brasil Conta Comigo – Profissionais	28.820
Cuidados com a Saúde Mental (COVID-19)	49.322
Vídeos para a População	38.803
TOTAL	3.184.437

*Referência do mês de coleta dos dados: dezembro/2021.

RELATÓRIO DE CURSOS OFERTADOS EM 2021 – AVASUS				
INSTITUIÇÃO CONTEUDISTA	CURSO	TIPO DA OFERTA	PÚBLICO- ALVO	Nº CONCLUINTES
Organização Pan- Americana da Saúde	Vírus respiratórios emergentes, incluindo a COVID-19	Extensão	Profissionais de saúde	62.264
Organização Pan- Americana da Saúde	Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo	Extensão	Profissionais de saúde	14.055

	novo coronavírus (COVID-19)			
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Covid-19: manejo do paciente com distúrbios respiratórios	Extensão	Profissionais de saúde	18.961
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	COVID-19: Protocolo de manejo clínico do coronavírus na Atenção Primária à Saúde	Extensão	Profissionais de saúde	15.519
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	COVID-19: cuidado de idosos em instituições de longa permanência	Extensão	Profissionais de saúde e população em geral	5.492
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	COVID-19: uso seguro de EPI	Extensão	Profissionais de saúde e	30.385

			população em geral	
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Proteção física e psicossocial no trabalho em saúde e áreas essenciais no enfrentamento à COVID-19	Extensão	Profissionais de saúde e população em geral	8.065
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Principais aspectos clínicos e perspectivas terapêuticas para o tratamento de pacientes diagnosticados com a COVID-19	WebPalestra	Profissionais de saúde	2.318
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	As estratégias de saúde em Portugal para o enfrentamento à COVID-19	WebPalestra	Profissionais de saúde	1.031

Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A proteção do idoso em tempos de COVID-19	WebPalestra	Profissionais de saúde e população em geral	3.830
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Segurança e higienização em serviços hospitalares no combate à COVID-19	Extensão	Profissionais de saúde	4.996
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Pré-natal e puerpério em tempos de pandemia da COVID-19	WebPalestra	Profissionais de saúde e população em geral	6.149
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Uso de antivirais na COVID-19 – quais as evidências científicas?	WebPalestra	Profissionais de saúde e população em geral	2.988
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Aleitamento materno no contexto da COVID-19	Extensão	Profissionais de saúde e população em geral	6.084

Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A pandemia da COVID-19 no contexto das instituições de longa permanência para idosos	Extensão	Profissionais de saúde e população em geral	5.921
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Desenvolvimento de vacinas e terapias para o enfrentamento da COVID-19	WebPalestra	Profissionais de saúde e população	3.421
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	COVID-19: capacitação para vacinadores	Extensão	Profissionais de saúde	9.969
Total – AVASUS				215.262

RELATÓRIO DE CURSOS OFERTADOS EM 2021 – UNA-SUS

INSTITUIÇÃO CONTEUDISTA	CURSO	TIPO DA OFERTA	PÚBLICO- ALVO	Nº CONCLUI NTES
Fundação Oswaldo Cruz – Brasília	Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo a COVID-19	Qualificação	Profissionais de saúde	70.186
Fundação Oswaldo Cruz – Brasília	Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (COVID-19)	Qualificação	Profissionais de saúde	31.229
Fundação Oswaldo Cruz – Brasília	Manejo clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	Qualificação	Profissionais de saúde	36.762

Universidade Federal de Minas Gerais	Manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada	Atualização	Profissionais de saúde	35.945
Universidade Federal de Santa Catarina	Orientações sobre a COVID-19 na Atenção Especializada	Qualificação	Profissionais de saúde	26.867
Universidade Federal de Santa Catarina	Medidas de proteção no manejo da COVID-19 na Atenção Especializada	Qualificação	Profissionais de saúde	48.437
Universidade Federal de São Paulo	Medidas de proteção no manejo da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	Qualificação	Profissionais de saúde	12.494

Universidade Federal do Maranhão	Orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	Atualização	Profissionais de saúde	44.395
Universidade Federal do Maranhão	O novo coronavírus e a COVID-19	Atualização	Profissionais de saúde	8.893
Universidade Federal do Piauí	Protocolo clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	Qualificação	Profissionais de saúde	11.289
Universidade Federal de Pelotas	Contato covid – rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos de COVID-19	Qualificação	Profissionais de saúde	–

Universidade Federal do Maranhão	Reabilitação do paciente com condições pós-covid	Atualização	Profissionais de saúde	–
Total – UNASUS				326.497
Total das 2 Plataformas				541.759

*Referência do mês de coleta dos dados: dezembro/2021.

Ressalta-se ainda que, considerando o cenário de emergência em saúde pública decorrente da pandemia causada pela Covid-19 e as consequências desta sobre a saúde mental da população brasileira, o Ministério da Saúde, por meio desta Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desenvolveu uma série de ações voltadas para a saúde mental dos profissionais de saúde e para a sociedade para o enfrentamento dos efeitos da pandemia. Diante disso, citam-se as Ações de Educação em Saúde em Defesa da Vida. O marco inicial das referidas ações, intitulado "Mentalize: sinal amarelo para atenção à saúde mental", transmitido por meio do Youtube, ocorreu nos dias 25, 26 e 27 de agosto de 2020, e abordou as seguintes temáticas: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Trabalhador e Saúde do Idoso. As referidas ofertas seguiram disponíveis no ano de 2021 para acesso, por meio dos seguintes links: <https://www.youtube.com/watch?v=1vvFlhU0MOM>, <https://www.youtube.com/watch?v=PhzBI-wv7GM> e <https://www.youtube.com/watch?v=fPEjsbG95tg&t=229s>.

Ademais, foram desenvolvidos, no âmbito das Ações de Educação em Saúde em Defesa da Vida, na modalidade de educação a distância, os cursos "Prevenção ao Suicídio" e "Prevenção à Automutilação", além de cartilhas informativas sobre os dois temas, voltados para profissionais das áreas de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias e

de associações religiosas, profissionais de conselhos tutelares, entidades beneficentes e movimentos sociais que desempenham funções estratégicas (assistenciais e gerenciais).

Apresentam-se, abaixo, os números de alunos concluintes dos cursos acima mencionados, até 31 de dezembro de 2021:

- *Curso “Prevenção ao Suicídio*: 55.846 concluintes
- *Curso “Prevenção à Automutilação”*: 66.734 concluintes
- Acesso ao conteúdo das cartilhas dos dois cursos: 242.091 mil acessos ao conteúdo das cartilhas

Os cursos “Prevenção ao Suicídio” e “Prevenção à Automutilação” encontram-se hospedados e disponibilizados para a população em geral na plataforma Universus Brasil e podem ser acessados por meio do endereço eletrônico <https://universusbrasil.saude.gov.br/>.

Ainda no âmbito da pandemia e de seus efeitos na saúde mental da população, vale mencionar outra ação educacional desenvolvida no Departamento de Gestão da Educação em Saúde: o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, voltado para os profissionais do SAMU de todos os estados brasileiros.

O referido curso é composto por dois módulos: um que acontece na modalidade a distância, e outro realizado na modalidade presencial. O módulo a distância abrange conteúdos pedagógicos e de psiquiatria e é ministrado por meio de aulas síncronas e assíncronas. No módulo presencial, é utilizada a metodologia de Simulação Realística, apoiada por tecnologias de alta complexidade e com cenários que replicam situações da vida real e favorecem um ambiente participativo e de interatividade.

No ano de 2021, foram realizadas três turmas do Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, conforme apresentado abaixo:

Turmas	Municípios contemplados	Total de concluintes
--------	-------------------------	----------------------

1ª	São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Goiânia, Curitiba, Manaus, Fortaleza, Força Nacional do SUS e Bombeiros Voluntários de Santa Catarina	30
2ª	Belém, João Pessoa, Macapá, Natal, Recife, Teresina, Salvador, São Luís e Bombeiros Voluntários de Santa Catarina	28
3ª	Aracaju, Boa Vista, Campo Grande, Cajazeiras, Capanema, Cuiabá, Distrito Federal, Florianópolis, Itanhaém, Maceió, Palmas, Patos de Minas, Porto Velho, Rio Branco, São Carlos, São João da Boa Vista, São Vicente, Serrinha e Vitória	42

*Referência do mês de coleta dos dados: dezembro/2021.

É importante mencionar que, com essa ação educacional, pretende-se capacitar profissionais de todas as 190 Centrais de Regulação e que, até o momento, já foram capacitados 100 profissionais de 40 Centrais de Regulação de Urgência diferentes.

II.5.1.9 Legado da Pandemia e Ações em andamento

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio dos seus Departamentos de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), no âmbito de suas competências, tem promovido ações de capacitação e treinamento, apoiando a implementação de práticas de gestão que promovam análises dos processos de trabalho em saúde, especialmente no sentido de reorganizar o modelo de atenção, segundo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas aos

profissionais de saúde que atuaram no enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus (Covid-19).

II.5.1.10 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Em continuidade ao enfrentamento da pandemia, no âmbito do DEGES, estão em execução ações de capacitação, na modalidade a distância, compreendendo cursos – atualmente, há um total de 30 (trinta) cursos –, alguns com previsão de continuidade até março de 2023, que promovem conteúdos quanto às diretrizes contidas nos protocolos clínicos de assistência à saúde, no contexto da Covid-19.

O acompanhamento das ações é feito por meio de monitoramento de painéis e relatórios com dados sobre o quantitativo de profissionais inscritos e certificados.

No Quadro I, apresentam-se os cursos que têm como objetivo a capacitação dos profissionais de saúde e da população sobre a temática covid-19, os quais estão disponíveis nas seguintes plataformas: UniverSUS Brasil (<https://universusbrasil.saude.gov.br/>); AVASUS (<https://avasus.ufrn.br/>); e UNA-SUS (<https://www.unasus.gov.br/>).

Ressalta-se que as referidas ofertas educacionais continuarão disponíveis nas plataformas, independentemente da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, uma vez que esta não terá impacto nas ofertas dos cursos elencados no Quadro I e nos demais cursos para os quais a SGTES for demandada, de acordo com a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde do SUS.

Quadro I. Cursos disponíveis atualmente para a capacitação dos profissionais de saúde e da população em geral, na temática covid-19. Brasil, 2022.

Cursos	Plataforma Disponível	Data início do curso	Data fim do curso
Prevenção da automutilação	UniverSUS Brasil	4/4/2022	7/8/2022
Prevenção ao suicídio	UniverSUS Brasil	4/4/2022	7/8/2022
Vírus respiratórios emergentes, incluindo a covid-19	AVA-SUS	11/3/2020	Inscrições abertas ao público
Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (covid-19)	AVA-SUS	4/4/2020	Inscrições abertas ao público
Covid-19: manejo do paciente com distúrbios respiratórios	AVA-SUS	6/4/2020	Inscrições abertas ao público
Covid-19: protocolo de manejo clínico do coronavírus na Atenção Primária à Saúde	AVA-SUS	17/4/2020	Inscrições abertas ao público

Covid-19: cuidado de idosos em instituições de longa permanência	AVA-SUS	27/4/2020	Inscrições abertas ao público
Covid-19: uso seguro de EPI	AVA-SUS	6/5/2020	Inscrições abertas ao público
Proteção física e psicossocial no trabalho em saúde e áreas essenciais no enfrentamento à covid-19	AVA-SUS	1º/5/2020	Inscrições abertas ao público
Principais aspectos clínicos e perspectivas terapêuticas para o tratamento de pacientes diagnosticados com a covid-19	AVA-SUS	28/5/2020	Inscrições abertas ao público
As estratégias de saúde em Portugal para o enfrentamento à covid-19	AVA-SUS	28/5/2020	Inscrições abertas ao público
A proteção do idoso em tempos de covid-19	AVA-SUS	2/6/2020	Inscrições abertas ao público
Segurança e higienização em serviços hospitalares no combate à covid-19	AVA-SUS	22/6/2020	Inscrições abertas ao público

Pré-natal e puerpério em tempos de pandemia da covid-19	AVA-SUS	8/7/2020	Inscrições abertas ao público
Uso de antivirais na covid-19 – quais as evidências científicas?	AVA-SUS	13/7/2020	Inscrições abertas ao público
Aleitamento materno no contexto da covid-19	AVA-SUS	9/10/2020	Inscrições abertas ao público
A pandemia da covid-19 no contexto das instituições de longa permanência para idosos	AVA-SUS	15/9/2020	Inscrições abertas ao público
Desenvolvimento de vacinas e terapias para o enfrentamento da covid-19	AVA-SUS	13/10/2020	Inscrições abertas ao público
Covid-19: capacitação para vacinadores	AVA-SUS	18/1/2021	Inscrições abertas ao público
Instruções para execução do teste rápido para detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2	AVA-SUS	15/4/2020	Inscrições abertas ao público

A pandemia do novo coronavírus no Rio Grande do Norte e seus impactos na sociedade	AVA-SUS	13/7/2020	Inscrições abertas ao público
Manejo e acompanhamento do paciente com suspeita de coronavírus	AVA-SUS	4/4/2020	Inscrições abertas ao público
Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo o covid-19	UNA-SUS	18/1/2022	27/7/2022
Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (covid-19)	UNA-SUS	18/1/2022	27/7/2022
Manejo clínico da covid-19 na Atenção Primária à Saúde	UNA-SUS	18/1/2022	27/7/2022
Contato Covid – Rastreamento e Monitoramento dos Contatos dos Casos de Covid-19	UNA-SUS	30/11/2021	30/6/2022
Reabilitação do paciente com condições pós-covid	UNA-SUS	8/4/2022	31/10/2022
Enfrentamento da covid-19 e demais doenças virais	UNA-SUS	15/2/2022	15/3/2023

Fundamentos e tecnologias para o enfrentamento da covid-19 e de outras doenças virais	UNA-SUS	15/2/2022	15/3/2023
---	---------	-----------	-----------

Fontes: Plataformas UniverSUS Brasil (<https://universusbrasil.saude.gov.br/>); AVASUS (<https://avasus.ufrn.br/>); UNA-SUS (<https://www.unasus.gov.br/>). Período da coleta de dados: 11 de abril de 2022.

II.5.1.11 Projetos no âmbito do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS)

No âmbito do DEGTS, foi instituída, por meio da Portaria GM/MS nº 639, de 31 de março de 2020, a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde", com o objetivo de capacitar profissionais das 14 profissões de saúde nos "Protocolos de Manejo Clínico do Ministério da Saúde para enfrentamento à COVID-19", por meio da constituição de um cadastro nacional de profissionais habilitados para atuar no território nacional.

No que tange ao interesse dos profissionais de saúde na adesão por meio do cadastro na plataforma da ação estratégica e da realização da capacitação nos "Protocolos de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19)", no período compreendido entre março de 2020 e março de 2022, identificou-se uma diminuição na realização dos cadastros e das capacitações, conforme quadro abaixo:

Ação Estratégica "O BRASIL CONTA COMIGO"						
Mês	2020		2021		2022	
	Cadastrado	Capacitados	Cadastrado	Capacitados	Cadastrado	Capacitados
JANEIRO	0	0	1.352	834	541	261

FEVEREIR	0	0	102	72	0	0
MARÇO	0	0	86	56	0	0
ABRIL	866.758	289.845	0	18		
MAIO	64.600	28.510	0	0		
JUNHO	44.760	15.065	0	0		
JULHO	14.100	4.549	0	0		
AGOSTO	8.535	1.902	0	0		
SETEMBR	3.056	1.467	0	0		
OUTUBR	849	475	0	0		
NOVEMB	644	355	10	9		
DEZEMBR	1.924	1.354	159	68		

Fonte: Banco de Dados da Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”

Vale salientar que, no decorrer do ano de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (COGEP), realizou contratações por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, com base na autorização concedida pelo

Ministério da Economia, prevista na Portaria Interministerial nº 12.683, de 25 de maio de 2020, conforme discriminado no quadro a seguir:

ESTADOS – O BRASIL CONTA COMIGO			
Profissão	Amazonas	Roraima	Macapá
Médico	28	20	18
Enfermeiro	175	33	66
Técnico em Enfermagem	43	-	51
Fisioterapeuta	39	-	19
Farmacêutico	11	-	-
Biomédico	15	-	-
Total Geral	311	53	154

Além da ação supramencionada, o DEGTS conduziu a discussão de uma proposta de projeto voltada à capacitação de profissionais da área da saúde, direcionada ao atendimento ao paciente crítico em situação de urgência e emergência. Com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da resposta do SUS às situações de urgência e emergência em saúde pública, a SGTES, então, apresentou a Ação Estratégica **“SOS de Ponta”**, que, além de capacitar profissionais de saúde, visa a dar independência aos entes federados para estabelecimento de uma rotina de capacitações para os profissionais de saúde atuarem nas unidades que atendem ao SUS, com a devida estrutura necessária, podendo ser fornecidos

treinamentos mais adequados aos profissionais de saúde, bem como respostas rápidas a futuras emergências em saúde.

O projeto, que tem como público-alvo os profissionais de saúde, tais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e técnicos em enfermagem, além dos demais profissionais de saúde dispostos a atuar em situações de emergência, estrutura-se em cinco eixos:

- I. Capacitação emergencial para a abordagem ao paciente crítico nas urgências e emergências;
- II. Especializações em gestão de situações de emergência em saúde pública;
- III. Apoio à estruturação de Centros Formadores nos Núcleos de Educação em Urgência (NEU);
- IV. Acreditação e certificação e
- V. Atualização da plataforma da ação “O Brasil Conta Comigo – Profissionais de Saúde”.

O primeiro edital tem previsão de ser publicado até o final do mês de abril de 2022 do corrente exercício e terá como objeto a seleção de profissionais de saúde para oferta pelo Ministério da Saúde de capacitações com foco na abordagem ao paciente em situação de urgência e emergência, adulto e pediátrico.

II.5.2 Impactos da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, e estratégias de mitigação

Em caso de possível revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, a SGTES continuará a promover as ações de capacitação e treinamento dos profissionais da saúde que atuam no atendimento em saúde. Desse modo, a revogação não causará impacto nas ações de educação em desenvolvimento na SGTES.

II.5.3 Plano de Retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020

No caso de uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, a SGTES tem capacidade técnica já instalada, com equipe técnica e rede de parceiros aptos a desenvolver conteúdos e promover capacitação e treinamento, tempestivamente.

II.5.4 Considerações Finais

Diante do exposto, frisa-se que a revogação da Portaria nº 188, de 2020, no que compete a esta SGTES, não impactará às ações desenvolvidas, uma vez que as capacitações continuarão a ser disponibilizadas, o que implicará, assim, a gestão de recursos humanos mais eficientes e dispostos a atuar em uma possível mudança do cenário epidemiológico.

II.6. Saúde indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) devido a suas peculiaridades de objeto apresentou papel relevante no enfrentamento à Covid, sendo necessárias adequações em virtude do acesso aos indígenas bem como características inerentes de cada etnia.

II.6.1 Principais ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena

Cabe destacar que as principais ações apresentadas pela SESAI, para enfrentamento da Covid-19 foram:

1. Instauração de Comitê de Crise Nacional;
2. Publicação diária de Boletim Epidemiológico;
3. Publicação semanal de Informe Epidemiológico;
4. Planos de contingência;
5. Portaria SESAI n. 55/2020 - Institui a *Equipe de Resposta Rápida no âmbito dos DSEI para enfrentamento da pandemia de Covid-19*;
6. Instituição dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) nos 34 DSEI;
7. Inscrição dos profissionais dos CIEVS DSEI no curso EPISUS intermediário;
8. Distribuição de testes aos DSEI;
9. Promoção à Saúde Mental;
10. Operação Gota em 7 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) com áreas de difícil acesso;
11. Distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
12. Participação no Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) Nacional;

13. Estabelecimento de CME da Saúde Indígena;
14. Antecipação da vacinação contra Influenza e inclusão da população indígena como prioritária para vacinação da Covid-19, sendo contemplada no primeiro grupo; e
15. Elaboração de documentos técnicos (Nota, Parecer, Informe, Protocolo, Plano de Contingência) visando orientações e recomendações acerca das medidas de prevenção, controle e resposta à Covid-19.

II.6.2. Vigilância Epidemiológica da Covid-19

Desde o início da pandemia, a SESAI presta atenção à saúde e realiza a vigilância epidemiológica da Covid-19 nos territórios indígenas. De modo a ampliar a transparência das ações no combate à pandemia, a SESAI criou em 15 de junho de 2020, o sítio eletrônico <saudeindigena.saude.gov.br>. O *site* possui como importante instrumento de trabalho a Plataforma de monitoramento Covid-19, funcionando como um sistema de informações criado para inserção e homologação dos casos, além dos dados de vacinação da Covid-19 dos casos inseridos na Plataforma.

Os dados registrados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são validados no nível central da SESAI, pela Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde Indígena (COGASI), por intermédio da mesma plataforma, com diferentes perfis de acesso, a partir da conferência da documentação enviada pelos Distritos.

Em janeiro de 2021 foi iniciada a campanha nacional de vacinação contra Covid-19, coordenada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do MS. Os indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foram público alvo prioritário na campanha, sendo contemplados no primeiro grupo da vacinação. A faixa-etária para o início da vacinação dos indígenas também foi distinta da população em geral. Desde o início da campanha, foram considerados aptos para vacinação os indígenas a partir de 18 (dezoito) anos, o que equivale a aproximadamente 410.000 (quatrocentos e dez mil) pessoas.

Com relação ao 99º Informe Epidemiológico da Covid-19, no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, desde a primeira notificação ocorrida no dia 13 de março de 2020 (SE 12/2020) até o dia 26 de março de 2022 (SE 12/2022), a SESAI notificou em todos os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas 174.998 (cento e setenta e quatro mil novecentos e noventa e oito) registros de Covid-19, sendo 64.377 (sessenta e quatro mil trezentos e setenta e sete) casos confirmados, equivalente a 37% (trinta e sete por cento), 106.157 (cento e seis mil cento e cinquenta e sete) casos descartados, que corresponde a 61% (sessenta e um por cento). Além disso, foram 4.117 (quatro mil cento e dezessete) casos excluídos, cerca de 2% (dois por cento) do total e 347 (trezentos e quarenta e sete) casos suspeitos, equivalente a 0,2% (zero vírgula dois por cento), conforme se verifica (Figura 1). Dentre os casos confirmados, 899 (oitocentos e noventa e nove) evoluíram para óbito por Covid-19, 1,4% (um ponto quatro por cento), conforme (Figura 2). A taxa de incidência e de mortalidade acumuladas para este período é de 8.516,6 (oito mil quinhentos e dezesseis, vírgula seis) por 100.000 (cem mil) habitantes e 118,9 (cento e dezoito vírgula nove) por 100.000 (cem mil) habitantes, respectivamente. Em 2022, até a SE 12, foram confirmados 6.230 (seis mil duzentos e trinta) casos e 28 (vinte e oito) óbitos.

II.6.3. Indicadores

Os principais indicadores epidemiológicos utilizados por esta SESAI no monitoramento da Covid-19 em período de Pandemia, foram/são:

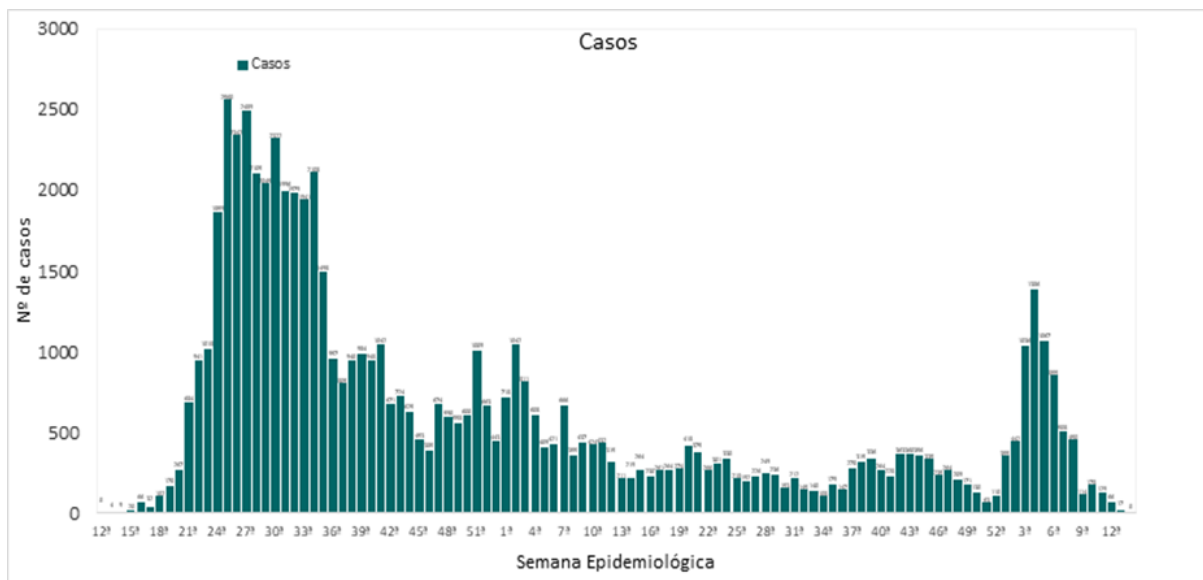
1. Nº de casos confirmados de Covid-19 por Semana Epidemiológica da data de notificação do caso;
2. Nº de óbitos de Covid-19 por Semana Epidemiológica da data de notificação do caso;
3. Coeficiente de Incidência da Covid-19 por DSEI, por Semana Epidemiológica da Data de notificação do caso;

4. Coeficiente de Mortalidade da Covid-19 por DSEI, por Semana Epidemiológica da Data de notificação do caso; e

5. Taxa de Letalidade da Covid-19, por DSEI, por Semana Epidemiológica da Data de notificação do caso.

O primeiro indicador (Figura 1) é acompanhado por gráfico elaborado diariamente e divulgado no boletim epidemiológico da Secretaria. Apresenta o número de casos confirmados de Covid-19 no SasiSUS, por Semana Epidemiológica da data de notificação dos casos. Este indicador possibilita acompanhar em todo o período da pandemia, ou em SE específicas, o comportamento da curva de casos confirmados de Covid-19 na população indígena, permitindo reconhecer movimentos de crescimento ou diminuição desses dados e identificar, de forma oportuna, comportamentos anormais, como crescimentos súbitos ou diminuições repentinas sem explicações aparentes.

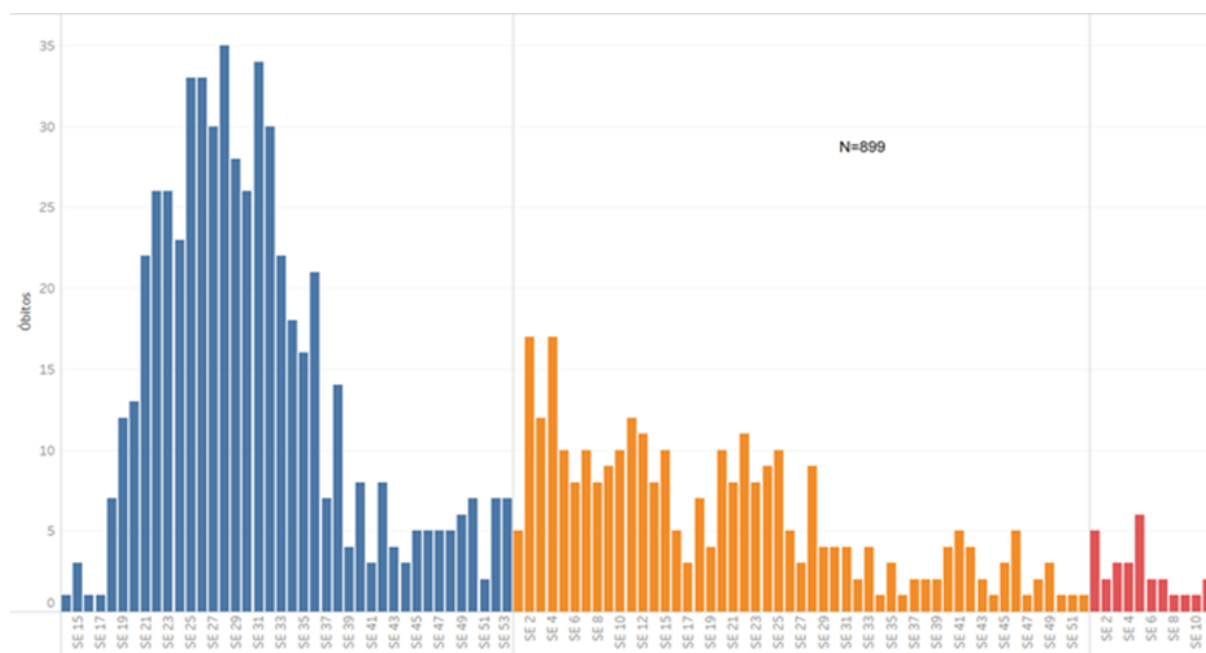
Figura 1 – Casos confirmados de covid-19, por Semana Epidemiológica, SasiSUS, 2020 a 2022.



Fonte: Plataforma Covid-19, dados sujeitos a alterações, extração em 29/03/2022.

O segundo indicador pode ser acompanhado diariamente no Boletim, ou pode ser acompanhado semanalmente através de gráfico publicado no Informe Epidemiológico (Figura 2). O indicador permite acompanhar o número de óbitos cuja causa básica foi atestada como Covid-19, por SE da data de notificação dos casos, a contar desde o início da pandemia. Isto possibilita contrastar junto ao primeiro indicador períodos de maior mortalidade frente ao número de casos, e investigar crescimentos ou diminuição de óbitos ocorridos na população indígena assistida pelo SasiSUS.

Figura 2 – Distribuição dos óbitos por Semana Epidemiológica, SasiSUS, 2020 a 2022.



Fonte: Plataforma Covid-19, dados sujeitos a alterações, extração em 29/03/2022.

O terceiro indicador (Tabela 1) objetiva apresentar o Coeficiente de Incidência da covid-19 por DSEI e no SasiSUS, por Semana Epidemiológica da data de notificação do caso. O coeficiente de incidência permite dimensionar a ocorrência de eventos e observar o

número de casos novos diagnosticados ou detectados em relação ao tamanho de sua população.

Este indicador possibilita identificar quantas pessoas, nesse contingente populacional, desenvolveram ou, neste caso, foram infectadas pela Covid-19, direcionando, em caso de aumento, a orientação de medidas que visem mitigar sua transmissibilidade, sendo acompanhado semanalmente por meio do Informe Epidemiológico da Covid-19 em formato de tabela.

O quarto indicador (Tabela 2) objetiva apresentar o Coeficiente de Mortalidade da Covid-19 por DSEI e no SasiSUS, por Semana Epidemiológica da data de notificação do caso. O coeficiente de mortalidade permite dimensionar o número de óbitos detectados em relação ao tamanho de sua população, demonstrando o risco de morte da população em relação a outros espaços e contingentes populacionais em decorrência da Covid-19.

O quinto indicador (Tabela 3) objetiva apresentar a taxa de Letalidade da Covid-19, por DSEI e no SasiSUS, por Semana Epidemiológica da data de notificação do caso, multiplicado por 100. A taxa de letalidade permite observar o número de mortes em relação às pessoas que apresentam a doença ativa e não em relação a toda a população, ou seja, a taxa apresenta a porcentagem de pessoas infectadas com a doença (Covid-19), que evoluem para óbito.

Tabela 1 - Incidência, mortalidade, letalidade por covid-19, indígenas assistidos pelo SasiSUS, por DSEI, 2020.

Região	DSEI	Casos confirmados 2020	Coef. de Incidência 2020	Óbitos covid-19	Coef. de Mortalidade 2020	Letalidade (%) 2020
Região Norte	Kaiapó Do Pará	1215	19587,30	9	145,09	0,74
	Amapá E Norte Do Pará	954	7311,47	5	38,32	0,52
	Porto Velho	1207	11245,69	8	74,54	0,66
	Manaus	900	2859,14	16	50,83	1,78
	Leste De Roraima	3438	6472,87	59	111,08	1,72
	Rio Tapajós	1962	14716,47	17	127,51	0,87
	Guamá-Tocantins	1514	8661,82	17	97,26	1,12
	Alto Rio Solimões	2013	2832,50	37	52,06	1,84
	Yanomami	1518	5414,27	12	42,80	0,79
	Tocantins	1049	8313,52	10	79,25	0,95
	Médio Rio Solimões E Afluentes	745	3303,18	10	44,34	1,34
	Alto Rio Negro	2122	7376,76	14	48,67	0,66
	Parintins	564	3393,50	12	72,20	2,13
	Alto Rio Juruá	847	4655,89	10	54,97	1,18
	Altamira	1340	30024,65	2	44,81	0,15
	Alto Rio Purus	597	4701,53	5	39,38	0,84
	Médio Rio Purus	490	6279,64	5	64,08	1,02
	Vilhena	755	12800,95	15	254,32	1,99
	Vale Do Javari	758	12016,49	2	31,71	0,26
	Região Centro-Oeste	Kaiapó Do Mato Grosso	950	19041,89	5	100,22
Cuiabá		1289	17425,98	24	324,46	1,86
Xavante		880	3966,11	49	220,84	5,57
Mato Grosso Do Sul		4004	5088,19	80	101,66	2,00
Xingu		762	9440,04	15	185,83	1,97
Araguaia		327	5584,97	7	119,56	2,14
Maranhão		1680	4442,21	27	71,39	1,61
Região Nordeste	Bahia	1135	3433,78	9	27,23	0,79
	Ceará	913	3385,75	11	40,79	1,20
	Pernambuco	568	1462,30	8	20,60	1,41
	Alagoas E Sergipe	238	1906,59	5	40,05	2,10
	Potiguará	658	4326,39	4	26,30	0,61
Região Sul e Sudeste	Interior Sul	2720	6501,89	39	93,23	1,43
	Minas Gerais E Espírito Santo	371	2178,12	2	11,74	0,54
	Litoral Sul	1136	4534,57	15	59,88	1,32
Total geral		41.619	5505,90	565	74,75	1,36

Fonte: Plataforma covid-19, dados sujeitos a alterações, extração em 29/03/2022.

Tabela 2 - Incidência, mortalidade, letalidade por covid-19, indígenas assistidos pelo SasiSUS, por DSEI, 2021.

DseI Região	DSEI	Casos confirmados 2021	Coef. de Incidência 2021	Óbitos covid-19	Coef. de Mortalidade 2021	Letalidade (%) 2021	
Região Norte	Kaiapó Do Pará	74	1192,97	1	16,12	1,35	
	Amapá E Norte Do Pará	576	4414,47	7	53,65	1,22	
	Porto Velho	555	5170,97	5	46,59	0,90	
	Manaus	446	1416,86	9	28,59	2,02	
	Leste De Roraima	1065	2005,12	51	96,02	4,79	
	Rio Tapajós	377	2827,78	6	45,00	1,59	
	Guamá-Tocantins	110	629,33	3	17,16	2,73	
	Alto Rio Solimões	471	662,75	16	22,51	3,40	
	Yanomami	622	2218,50	10	35,67	1,61	
	Tocantins	235	1862,42	1	7,93	0,43	
	Médio Rio Solimões E Afluentes	119	527,62	1	4,43	0,84	
	Alto Rio Negro	273	949,04	12	41,72	4,40	
	Parintins	92	553,55	7	42,12	7,61	
	Alto Rio Juruá	105	577,18	1	5,50	0,95	
	Altamira	957	21442,98	0	0,00	0,00	
	Alto Rio Purus	65	511,89	3	23,63	4,62	
	Médio Rio Purus	77	986,80	2	25,63	2,60	
	Região Centro-Oeste	Vilhena	580	9833,84	5	84,77	0,86
		Vale Do Javari	134	2124,29	1	15,85	0,75
Kaiapó Do Mato Grosso		520	10422,93	0	0,00	0,00	
Cuiabá		143	1933,22	6	81,11	4,20	
Xavante		165	743,65	10	45,07	6,06	
Mato Grosso Do Sul		1218	1547,81	31	39,39	2,55	
Xingu		830	10282,46	5	61,94	0,60	
Araguaia		40	683,18	0	0,00	0,00	
Maranhão		220	581,72	13	34,37	5,91	
Bahia		617	1866,64	6	18,15	0,97	
Região Nordeste	Ceará	932	3456,20	18	66,75	1,93	
	Pernambuco	557	1433,98	11	28,32	1,97	
	Alagoas E Sergipe	347	2779,78	5	40,05	1,44	
	Potiguará	309	2031,69	4	26,30	1,29	
	Interior Sul	1457	3482,81	36	86,05	2,47	
Região Sul e Sudeste	Minas Gerais E Espírito Santo	932	5471,73	10	58,71	1,07	
	Litoral Sul	1047	4179,31	13	51,89	1,24	
Total geral		16.267	2152,01	309	40,88	1,90	

Fonte: Plataforma covid-19, dados sujeitos a alterações, extração em 29/03/2022.

Tabela 3 - Incidência, mortalidade, letalidade por covid-19, indígenas assistidos pelo SasiSUS, por DSEI, SE 1 a 12 de 2022.

Dsei Região	DSEI	Casos 2022	Coef. de Incidência 2022	Óbitos 2022	Coef. de Mortalidade 2022	Letalidade (%) 2022
Região Norte	Kaiapó Do Pará	64	1031,8	1	16,1	1,6
	Amapá E Norte Do Pará	396	3034,9	3	23	0,8
	Porto Velho	278	2590,1	2	18,6	0,7
	Manaus	178	565,5	1	3,2	0,6
	Leste De Roraima	381	717,3	4	7,5	1
	Rio Tapajós	40	300	0	0	0
	Guamá-Tocantins	79	452	0	0	0
	Alto Rio Solimões	57	80,2	1	1,4	1,8
	Yanomami	18	64,2	0	0	0
	Tocantins	48	380,4	0	0	0
	Médio Rio Solimões E Afluentes	25	110,8	0	0	0
	Alto Rio Negro	66	229,4	0	0	0
	Parintins	52	312,9	0	0	0
	Alto Rio Juruá	75	412,3	0	0	0
	Altamira	51	1142,7	0	0	0
	Alto Rio Purus	222	1748,3	1	7,9	0,5
	Médio Rio Purus	95	1217,5	0	0	0
	Vilhena	129	2187,2	0	0	0
	Vale Do Javari	230	3646,2	0	0	0
Região Centro-Oeste	Kaiapó Do Mato Grosso	191	3828,4	1	20	0,5
	Cuiabá	9	121,7	2	27	22,2
	Xavante	108	486,7	2	9	1,9
	Mato Grosso Do Sul	355	451,1	0	0	0
	Xingu	266	3295,3	2	24,8	0,8
Região Nordeste	Araguaia	113	1930	0	0	0
	Maranhão	56	148,1	4	10,6	7,1
	Bahia	136	411,4	0	0	0
	Ceará	269	997,6	0	0	0
	Pernambuco	674	1735,2	0	0	0
	Alagoas E Sergipe	128	1025,4	0	0	0
	Potiguara	231	1518,8	0	0	0
Região Sul e Sudeste	Interior Sul	444	1061,3	3	7,2	0,7
	Minas Gerais E Espírito Santo	582	3416,9	1	5,9	0,2
	Litoral Sul	184	734,5	0	0	0
Total geral		6.230	824,2	28	3,7	0,4

Fonte: Plataforma covid-19, dados sujeitos a alterações, extração em 29/03/2022.

II.6.4. Impactos da revogação:

Entre os impactos relacionados à atenção à saúde indígena, destacam-se:

- Extinção das Equipes de Resposta Rápida – ERR que atuam nos DSEI;
- Atenuação do cumprimento dos protocolos estabelecidos;
- Redução das ações de vigilância ativa realizadas pelas ERR, incluindo-se o rastreamento de contatos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); e
- Desabilitação de ações, implantadas em território indígena com o objetivo de disponibilizar suporte de O₂ aos indígenas com baixa saturação, evitando-se SRAG e remoções a unidades de maior complexidade.

II.6.5. Estratégia de retomada

II.6.5.1 Resposta à Emergência de Saúde Pública

Em referência aos parâmetros monitorados por esta SESAI, compreende-se que diante da elevação dos números absolutos, percentuais e taxas dos indicadores, considera-se o período de quatro semanas epidemiológicas, em razão das dificuldades logísticas dos territórios indígenas, que demandam maior tempo para notificação e inserção dos dados nos sistemas de informações. Ao se apresentar o cenário de elevação da média e das taxas dos casos, ocorrerá o retorno de todos os protocolos e das medidas estabelecidas, que objetiva a mitigação da doença nos territórios indígenas.

Os processos de Vigilância em Saúde em torno das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) compõem a rotina de monitoramento da SESAI, em especial de seu núcleo de análise de situação de saúde e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), em nível central, mas também dos CIEVS presentes em todos os 34 (trinta e quatro) DSEI.

Com base nestes processos, será mantido monitoramento corrente das SG e SRAG; ao se constatar piora do cenário epidemiológico em contexto de revogação da Portaria nº 188,

de 3 de fevereiro de 2020, o CIEVS será o principal instrumento de planejamento e resposta às ESP, com articulação de forma imediata ao CIEVS Nacional e a Coordenação Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP), para resposta coordenada entre a SESAI e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

De forma semelhante, já tem sido orientado aos CIEVS DSEI para que atuem como centros de inteligência epidemiológica local para identificação, planejamento e resposta a situações de piora em cenários epidemiológicos relacionados às SG e SRAG, com objetivo de desenvolver processos de articulação junto a Estados e Municípios, além de contar, posteriormente com o apoio do CIEVS/SESAI nível central articulado com a SVS.

Neste contexto, serão mantidos também a Vigilância Baseada em Eventos (VBE), e a Vigilância Baseada em Indicadores (VBI), de forma a ampliar a oportunidade de identificação de eventos e ESP.

Em conjunto a estas ações, a partir da identificação da realidade epidemiológica local, avalia-se a possibilidade de elaboração de uma nova Portaria para reativação ou, se necessário, disponibilização de novas Equipes de Resposta Rápida aos Distritos para atuação em cenários que contemplem situações emergenciais, endêmicas ou surtos relacionados à covid-19, mas também outras doenças, vez que a atual portaria está diretamente associada à ESPIN.

II.6.5.2 Situação Orçamentária

Neste contexto, considera-se que o maior impacto ocorreria na aquisição de insumos estratégicos de saúde e na manutenção das Equipes de Resposta Rápida (ERR), que atuam em prontidão para atuar em surtos.

No que tange à aquisição de insumos estratégicos de saúde, verifica-se que no auge da Pandemia, em 2020, foram destinados R\$ 15,7 (quinze vírgula sete) milhões de reais aos DSEI. Posteriormente, em 2021, foram empenhados cerca de R\$ 4,4 (quatro vírgula quatro) milhões de reais.

Com base na experiência adquirida, num primeiro momento, a SESAI teria condições de realizar a aquisição dos insumos estratégicos de saúde, por meio da Ação Programática 20YP e 21CJ, enquanto se aguarda a disponibilização orçamentário específica para essa finalidade, pelo Ministério da Saúde.

Com relação a Equipe de Resposta Rápida, informa-se que foram gastos em 2020 cerca de R\$ 49 (quarenta e nove) milhões de reais e, em 2021, foram destinados R\$ 24,7 (vinte e quatro vírgula sete) milhões de reais. Neste aspecto, o impacto da revisão do estado de calamidade pública é maior para implementação das ERR, pois será necessária a pactuação de Termo Aditivo de Suplementação de Valor nos convênios.

Assim, a estratégia proposta no caso de um novo surto sem que haja crédito orçamentário reservado para essa finalidade na Lei Orçamentária Anual (LOA) da SESAI, consiste na gestão dos colaboradores disponíveis em cada DSEI, para fortalecer as áreas afetadas e intervenção da equipe volante do nível central da SESAI.

A seguir, apresenta-se quadro resumo das ações, marcos legais e impactos diante da suspensão da ESPIN.

Quadro 1 – Ações, marcos legais e impactos

Ação	Marco Legal	Impacto na suspensão da ESPIN
Instauração de Comitê de Crise	Portaria SESAI nº 16 de 24 de março 2020	Será extinto
Institui a Equipe de Resposta Rápida nos DSEI para enfrentamento da Pandemia	Portaria SESAI nº 55 de 2020	Será extinta

de covid-19; (Nº de notificações por DSEI)		
Instituição dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) nos 34 DSEI; (nº de emergências relatadas e monitoradas)	Portaria GM/MS nº 1.802, de 3 de agosto de 2021; Portaria nº 2.624/GM/MS, de 28 de setembro de 2020; Portaria GM/MS Nº 3.303, de 29 de Novembro de 2021	Será mantida
Inscrição dos profissionais dos CIEVS/DSEI no curso EPISUS Iintermediário; (Formação profissional em Epidemiologia)	Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	Será extinto
Distribuição de testes (nº de testagem, por tipo de teste);	Plano Nacional de Expansão da Testagem - PNE Teste	Manterá
Vacinação e seu fortalecimento por meio da Operação Gota (Vacinação em áreas de difícil acesso) - Cobertura vacinal; (nº de SRAG, nº de casos, incidência, mortalidade e letalidade)	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 - PNO	Nenhum
Distribuição de EPI baseada em indicadores epidemiológicos	Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	Diminuirá

Participação no Comitê de Monitoramento de Eventos; (nº de Rumores levantados e verificados)		Nenhum
Adoção da estratégia de busca ativa para rastreamento de contatos		Nenhum
Disponibilidade de corpo técnico (ERR?) para coordenar os fluxos de vigilância epidemiológica, incluindo notificação, consolidação de dados, elaboração de diagnóstico e análise de situação de saúde.		Diminuirá
Aquisição de material médico-hospitalar, medicamentos e apoio diagnóstico também para a atenção a pacientes com comorbidades		Diminuirá
Adoção de estratégias de comunicação e educação em saúde relacionados à covid-19 para públicos de diferentes etnias e particularidades		Diminuirá

Garantia de transporte adequado para a continuidade do cuidado nos demais níveis da atenção (média e alta complexidade)		Nenhum
Auxílio nas ações voltadas à saúde nas barreiras sanitárias da FUNAI		Nenhum
Publicação diária de Boletim Epidemiológico;		Nenhum
Publicação semanal de Informe Epidemiológico		Nenhum
Ações; (Indígenas com SRAG que evoluíram à óbito, referência para hospitais e outros serviços de média e alta complexidade)		Deixará de existir

Fonte: SESAI

II.6.6 Considerações finais

A decisão de introduzir, adaptar ou suspender a ESPIN, deve basear-se em indicadores e limites para a avaliação da intensidade de transmissão e a capacidade de resposta das redes de saúde. Neste sentido, deve-se considerar os efeitos destas medidas na atenção à saúde da população indígena assistida pelo SasiSUS.

Diante de todos os expostos, a SESAI considera que com o planejamento estruturado para o encerramento da ESPIN, as ações necessárias para continuidade do atendimento da população indígena foram realizadas e as lições aprendidas, caso aumentem os números de

casos da Covid-19, com a coordenação das ações a nível central, retomaremos as ações envidadas durante a emergência.

III - Eixo Normativo

No Brasil, o Decreto 7.616 de 17 de novembro de 2011 constitui o ato normativo que alude sobre as Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional. No art. 2º coloca que *“A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública”*.

Neste contexto, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), por meio da Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

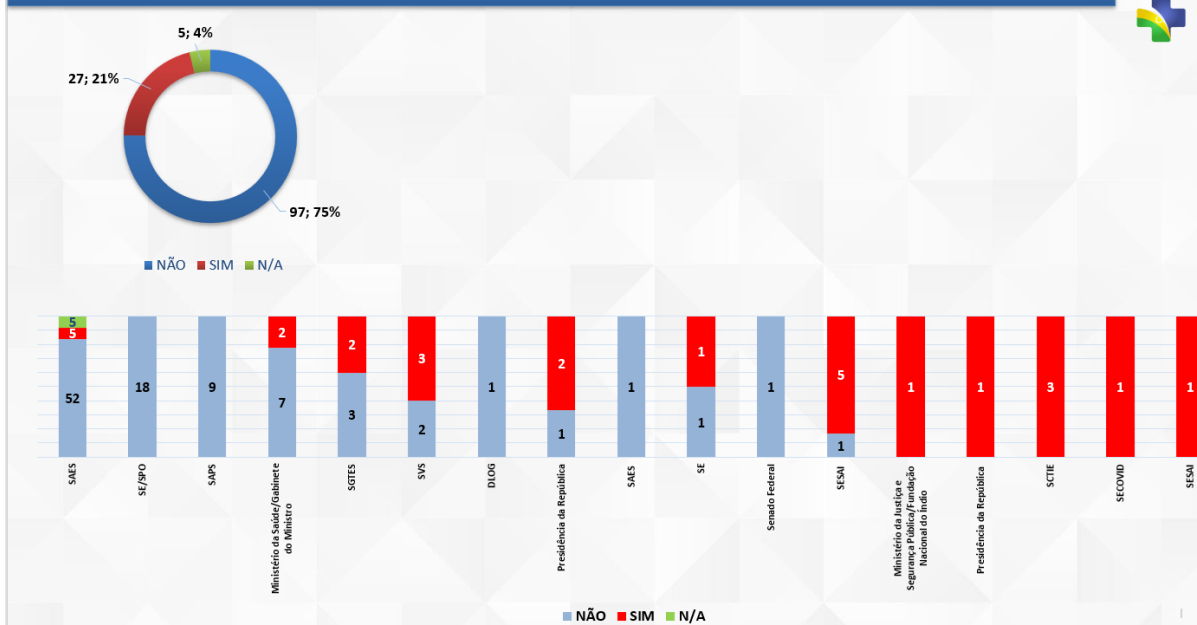
Deste então, foram editados uma série de atos normativos legais e infralegais para o enfrentamento da pandemia em todos os níveis da federação.

Isto posto, o Ministério da Saúde realizou mapeamento dos principais normativos que seriam impactados com o encerramento da ESPIN. Na análise realizada, identificou-se a existência, no âmbito do Ministério da Saúde, de 129 (cento e vinte e nove) atos normativos que foram categorizados como prioritários para uma análise minuciosa dos impactos com a declaração o fim da ESPIN.

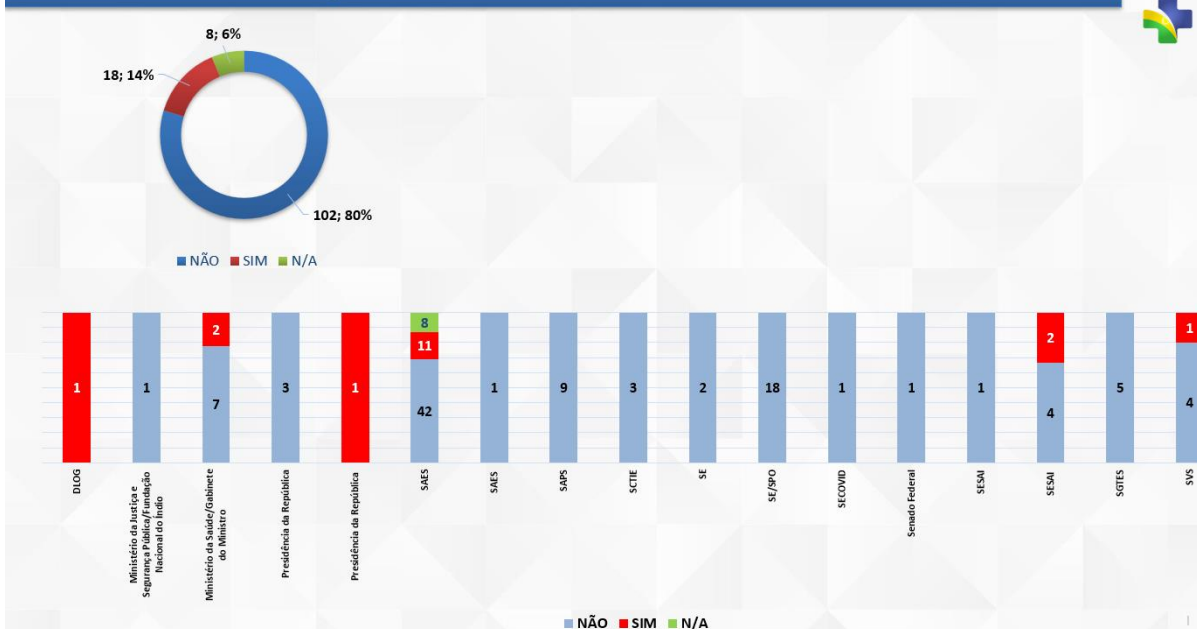
Nesta análise, todas as Secretarias do Ministério da Saúde realizaram o levantamento pontuando o seguinte:

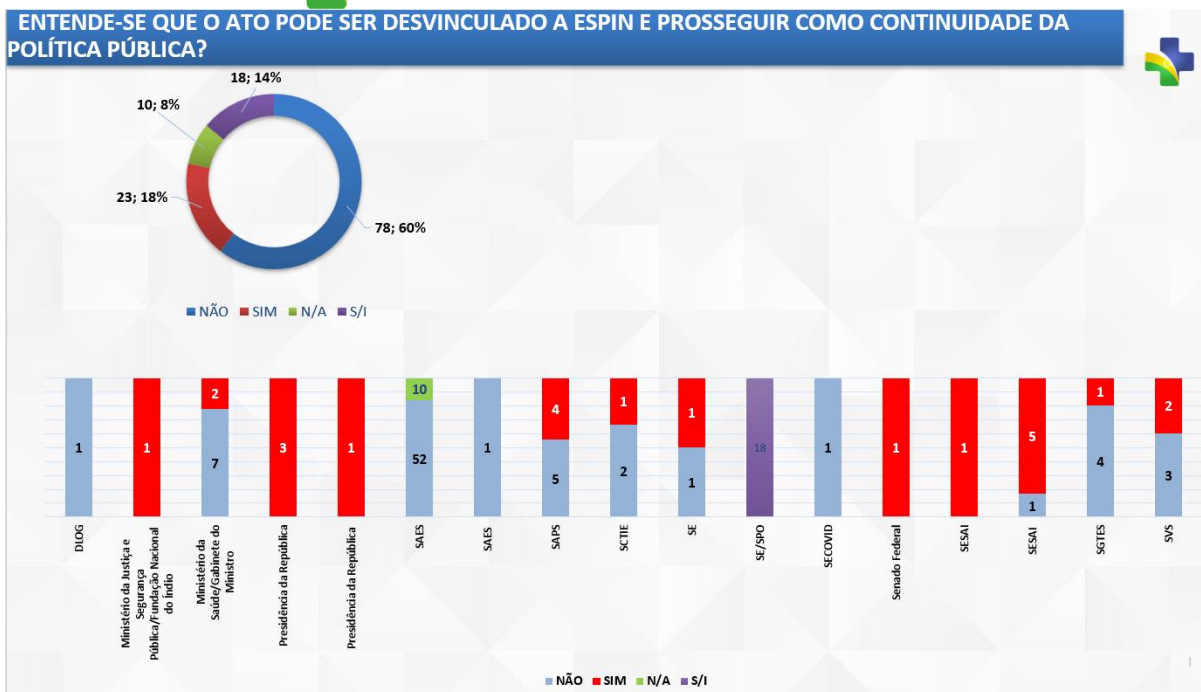
- Total de atos normativos vigentes;
- Total de atos normativos que serão revogados com o fim da ESPIN;
- Total de ato normativos que, com a revogação do ESPIN, precisam ser editados novamente para continuidade das políticas implementadas na pandemia;

É CASO DE REVOGAÇÃO TOTAL, PARCIAL OU AJUSTE?



ENTENDE-SE QUE A REVOGAÇÃO DEVE OCORRER ANTES DO FIM DA ESPIN?





Deste levantamento, o Ministério da Saúde iniciou os trabalhos necessários para publicação de novos atos normativos para a continuidade das políticas públicas elencadas como necessárias para o enfrentamento da Covid-19, bem como realizou interlocução com a ANVISA para continuidade dos mesmos.

Em ato contínuo, o Ministério da Saúde, conforme documento constante do Processo SEI nº 25000.052314/2022-32, enviou o Ofício nº 382/2022/DATDOF/CGGM/GM/MS à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA solicitando a avaliação quanto a possível flexibilização das regras impostas em face da situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), para revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020, a seguir discriminados:

1. Manutenção da validade do uso emergencial em caráter experimental e temporário (AUE) dos medicamentos ou vacinas contra Covid-19 já autorizados pela Anvisa por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, após a revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020, podendo ser ampliada por solicitação do Ministério da Saúde;
2. Manutenção da permissão para a concessão de novos pedidos de AUE para medicamentos, por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, após a revogação da

Portaria GM/MS nº 188/2020, podendo ser ampliada a critério da Anvisa ou do Ministério da Saúde*;

3. Manutenção por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, após a revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020, da priorização para avaliação de pesquisas clínicas, AUE, registros de vacinas, testes diagnósticos e medicamentos indicados para o tratamento da COVID-19;
4. Manutenção por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, após a revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020, das regulamentações que facilitaram os mecanismos de importação de produtos sujeitos a vigilância sanitária utilizados no enfrentamento da COVID-19 ou no cenário de desabastecimento.
5. Manutenção da autorização da utilização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias, por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, após a revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020 ou até que a Anvisa emita Resolução definitiva sobre a realização de testes rápidos nesses estabelecimentos;
6. Manutenção por até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a revogação da Portaria GM/MS nº 188/2020, da Resolução da Diretoria Colegiada- RDC 364/2020 que permite que os Laboratórios Federais de Defesa Agropecuária (LFDA) realizem análises para o diagnóstico da COVID-19;
7. Indicação ao MS, da necessidade de alteração legislativa para que sejam mantidas alguma das Regulamentações indicadas. Nesta mesma linha, a Anvisa deve avaliar e aconselhar se há alguma medida legal que necessite ser aprimorada ou criada para apoiar as ações regulatórias que visam a melhorias das ações de saúde pública e do ambiente regulatório de interesse nacional.

Em resposta, a ANVISA encaminhou o Ofício nº 132/2022/SEI/DIRETOR-PRESIDENTE/ANVISA informando os atos normativos que devem ser mantidos mesmo com a decretação do fim da ESPIN. Essa interlocução entre MS e ANVISA também indica que o encerramento da ESPIN foi medida tomada dentro do planejamento estratégico da instituição.

Considerações Finais SECOVID

Os primeiros casos de Covid-19 no mundo surgiram em novembro de 2019. No início de fevereiro, o Ministério da Saúde publicou ato normativo declarando a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, antes do primeiro caso confirmado oficialmente no Brasil, norteando-se pelo regramento legal, o Decreto 7.616 de 17 de novembro de 2011 que constitui o ato normativo que alude sobre as Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional, em que no seu art. 2º. Coloca: *“A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública”*. Adiante, art. 3º., a ESPIN será declarada em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas, desastres; ou de desassistência à população. Sendo que, são consideradas situações epidemiológicas, os surtos ou epidemias que: apresentem risco de disseminação nacional; sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; representem a reintrodução de doença erradicada; apresentem gravidade elevada; ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS.

Muito se avançou no enfrentamento a Pandemia, contudo, há que se reiterar a respeito do SUS. Foi instituído pela Lei 8080 em 1990 e possui gestão de forma tri-partite, ou seja, Municípios, Estados e União possuem a gestão compartilhada deste sistema, cada qual com suas competências. Em linhas gerais, à União foram imputados, com primazia, deveres relacionados com planejamento, formulação de políticas públicas e controle das ações de saúde. Os Estados-Membros têm atividade complementar às competências federais; função de promover a articulação, descentralização, além da coordenação de algumas tarefas, podendo executar na hipótese de o Município não ter condições de realizar atividades específicas. O Município recebeu como dever, basicamente, a tarefa de executar serviços e atividades de gestão direta, além de cooperar com os demais entes.

Nesse contexto, o MS no uso de suas atribuições começou o trabalho de planejamento e formulação de políticas públicas para o enfrentamento desta pandemia.

Como se tratava de um vírus novo, muito do conhecimento científico foi sendo produzido durante a Pandemia, de forma que conhecimentos estes, foram fundamentais para a elaboração de orientativos técnicos e guias, os quais foram atualizados conforme novas evidências fossem produzidas.

De imediato, foi implantado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Em sequência, publicou-se o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, dentre uma série de Notas Técnicas e Manuais orientativos. As ações foram contínuas e em vários eixos, dentro os quais podemos ressaltar os mais relevantes:

Na vigilância sanitária, foram realizadas ações de voltadas a notificação, investigação e monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19 com a aquisição e fornecimento de testes de RT-PCR para todas as unidades da federação.

A Rede VigiAR-SUS foi instituída em 2021, no contexto da pandemia de Covid-19, para ampliar, modernizar e fortalecer os componentes da Vigilância em Saúde que atuam nos eixos de detecção, monitoramento, alerta e resposta às Emergências em Saúde Pública. Seus eixos de atuação envolvem a ampliação e fortalecimento da Rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) passando de 55 para 129 unidades no Brasil; Ampliação e fortalecimento dos núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar passando de 238 para 675 núcleos; ampliação e fortalecimento das Equipes de Pronta Resposta, qualificando cerca de 2.800 profissionais em epidemiologia de campo e a ampliação e fortalecimento dos serviços de verificação de óbito no Brasil. O Sequenciamento do vírus, que antes era realizado em apenas três instituições no país foi ampliado para todos os 27 estados e distrito federal.

Por outro norte, verificou-se a necessidade de ampliar, dada a característica do vírus, o número de leitos disponíveis na rede pública a fim de atender a demanda existente. Ao longo da pandemia, foram habilitados novos leitos de UTI, no pico mais de 26 mil leitos adultos e pediátricos foram custeados, mais de 4 mil leitos de suporte ventilatório pulmonar

e repassados R\$1,7 bilhão para apoiar o custeio de leitos clínicos (de enfermaria) ocupados por pacientes da Covid-19. Em dezembro de 2019 eram disponíveis 22.417 leitos de UTI Covid, sendo que no ápice da pandemia em 2021 foram habilitados 26.669 leitos adultos e pediátricos custeados. Também foram criados os leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar - LSVP, uma estratégia aliada aos leitos de UTI COVID-19, objetivando o acolhimento de pacientes com quadro leve a moderado da doença, os quais dependessem em alguma medida de algum tipo de auxílio respiratório. No ano de 2021, foram habilitados 4.305 leitos de SVP. Para esta mobilização, foram distribuídos um total 17.888 ventiladores pulmonares para equipar os leitos de UTI COVID-19 dos estabelecimentos hospitalares em todo o território nacional, bem como envio de monitores, bombas de infusão e outros equipamentos. Quanto aos suprimentos, conforme pactuado, a responsabilidade de aquisição e monitoramento dos estoques de oxigênio e outros insumos, destinados aos pacientes internados, é dos Estados, Distrito Federal ou Municípios.

Contudo, considerando a repartição constitucional de competências, a organização do Sistema Único de Saúde, a base legislativa federal para enfrentamento à COVID-19, o princípio do federalismo cooperativo e as desigualdades regionais brasileiras, o Governo Federal editou a Resolução nº 12, de 09 de fevereiro de 2021, a qual dispõe sobre ações de apoio da administração pública federal em auxílio aos Estados e ao Distrito Federal que o solicitarem, para enfrentamento da pandemia de Covid-19. Embora não traga a palavra Municípios, percebe-se que sua ratio permite a aplicação a eles, por analogia.

Precisamente, o Governo Federal disciplinou que a ação federal de auxílio aos demais entes federativos deverá ser complementar, notadamente nos casos de insuficiência ou exaurimento dos meios do governo estadual ou distrital em decorrência da pandemia.

Neste contexto de atuação complementar, verificou-se a indisponibilidade de diversos insumos para o enfrentamento a pandemia, tanto medicamentos quanto EPIs.

Ministério da Saúde deliberou pela constituição de um estoque de reserva desses medicamentos, no quantitativo equivalente a 60 dias de consumo, baseado na média das 60 semanas de monitoramento. Assim, com foco nesse objetivo estratégico, está em

desenvolvimento o plano para gestão de riscos. Foram distribuídas 17,5 milhões de unidades de medicamentos IOT em 2021, e 4,7 milhões em 2020, totalizando mais de 22 milhões de unidades distribuídas durante a situação de emergência sanitária decorrente do Covid-19. Além desses esforços, alterações temporárias no programa Farmácia Popular, reorganizações nos processos de trabalho, flexibilização nas regras de dispensação dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, antecipação nas entregas e distribuições dos medicamentos. Para isto, foram realizadas aquisições vias Atas de Registro de Preços, requisições administrativas e importações de diversos insumos.

Foram enviados mais de 388.931.980 milhões de unidades de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que compreenderam luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas e PFF-2, macacões, aventais descartáveis e impermeáveis, toucas hospitalares, dentre outros itens, para os quais foram mantidas as mesmas estratégias de aquisição dos medicamentos.

Também atuamos na frente dos Recursos Humanos, com a mais de 15 mil médicos, atuando no âmbito dos programas de provimento do Governo Federal, fortalecendo a atuação das equipes de atenção primária no SUS. Cerca de 3,6 mil municípios, além de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foram atendidos com profissionais provenientes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Ainda, referido programa realizou o cadastro nacional de profissionais, contemplando 14 categorias de profissionais de saúde presentes no SUS, a fim de capacitar os cadastrados nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde para o enfrentamento à Covid-19. Ao final de 2021, esta ação já contava com mais de 1 milhão de profissionais cadastrados, considerando para tanto, o somatório dos profissionais cadastrados em 2020 e 2021.

O Ministério da Saúde teve atuação na área de Ciência e Tecnologia em Saúde no ano de 2021, foram avaliadas 111 tecnologias em saúde, entre medicamentos, procedimentos e produtos, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), sendo 6 para o tratamento da Covid -19, com destaque para a incorporação das vacinas Fiocruz [ChAdOx-1 (Vacina Covid-19 recombinante) e Pfizer/Wyeth [BNT162b2 (Vacina Covid-19) para prevenção da doença. Foram publicadas, também, 18 Notas Técnicas

com evidências científicas sobre tratamento da Covid-19 e 11 alertas de Monitoramento do Horizonte Tecnológico sobre o tema.

Foram realizadas 107 consultas públicas de demandas em avaliação pela Comissão, com destaque para a consulta pública sobre a Diretriz Brasileira para tratamento medicamentoso ambulatorial do paciente com Covid-19, que recebeu 21.352 contribuições, em apenas 10 dias. Ocorreram ainda, 3 audiências públicas.

Ao nos referirmos à vacinação contra Covid-19, destacamos que, em maio de 2021, o MS criou a SECOVID, cuja missão de propor diretrizes nacionais e ações de implementação de políticas de saúde, em articulação com os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal. Foi responsável também por definir e coordenar as ações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNO) contra a Covid-19, além de dar transparência às ações e às medidas tomadas pelo governo federal no enfrentamento da Covid-19. Atuando de forma matricial junto às demais secretarias do Ministério da Saúde.

Além desta atuação, esta secretaria ficou incumbida de conduzir o PNO. De imediato, criamos a CTAI com a participação da sociedade científica, CONAS e CONASEMS a qual teve a função de assessorar tecnicamente as políticas públicas a serem adotadas no PNO.

Em julho de 2021, dois meses após a sua criação, o cenário e cobertura vacinal era composto por 61% da população maior de 18 anos com a D1 e 22% com a D2.

Vejam que grande parte da população brasileira ainda não estava com o esquema básico completo, o que demonstrava que muito ainda precisava a ser feito.

De lá para cá, muito se avançou e atualmente estamos com 91% da população maior de 5 anos com D1 e 81% com D2, além de 53% com a dose de reforço e já estamos com 15% com a segunda dose de reforço.

Ao longo da campanha de vacinação, foram realizadas, no ano de 2021, 12 reuniões ordinárias e extraordinárias da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização

Covid-19 e, no ano de 2022, 14 reuniões ordinárias e extraordinárias. Estas reuniões subsidiaram a emissão de 14 Notas Técnicas no ano de 2021 e igual número no ano de 2022.

Referida produção científica e normativa permitiu os principais avanços na vacinação a seguir relacionados:

- Janeiro de 2021: Início da Vacinação;
- Julho de 2021: Conclusão do envio da 1ª Dose dos Grupos Prioritários;
- Agosto de 2021: Início da campanha para população maior de 18 anos;
- Setembro de 2021: Recomendação de dose de reforço para grupos prioritários e alto grau de imunossupressão;
- Setembro de 2021: Início da campanha para população 2 a 17 anos;
- Novembro de 2021: Recomendação de dose de reforço para população maior de 18 anos;
- Dezembro de 2021: Recomendação de dose de reforço - dose única (Janssen);
- Janeiro de 2022: Início da campanha para população 5 a 11 anos;
- Fevereiro de 2022: Conclusão do envio da primeira dose para população de 05 a 11 anos;
- Fevereiro de 2022: Recomendação de dose de reforço 12 a 17 anos imunocomprometidos;
- Março de 2022: Recomendação da 2ª dose de reforço para população com 80 anos ou mais;
- Março de 2022: Recomendação da excepcionalidade de dose adicional para viajantes;
- Abril de 2022: Recomendação da 2ª dose de reforço para população com 70 anos ou mais e institucionalizados com 60 anos ou mais;
- Abril de 2022: Recomendação da 2ª dose de reforço para população com 60 anos;
- Maio de 2022: Recomendação de dose de reforço população de 12 a 17 anos.

Até 01 de outubro de 2021, no painel da OMS a mesma apresentou 194 vacinas COVID-

19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 123 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 23 encontravam-se na fase III de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população e 08 em fase IV, destas a Pfizer e a AstraZeneca com registro definitivo pela ANVISA no Brasil e disponibilizada à população brasileira à época.

Atualizações sobre as fases de vacinas em desenvolvimento encontram-se disponíveis no sítio eletrônico <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. O detalhamento da produção e estudos em desenvolvimento encontra-se descrito no Relatório Técnico de Monitoramento de Vacinas em Desenvolvimento contra SARS-CoV-2, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/relatorios-de-monitoramento-sctie>).

As vacinas COVID-19 distribuídas para uso, até o momento, na Campanha Nacional são:

- Instituto Butantan (IB): vacina adsorvida covid-19 (Inativada) Fabricante: Sinovac Life Sciences Co., Ltd. **Parceria: Sinovac/Butantan.**
- Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos (Fiocruz/BioManguinhos): vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: Serum Institute of India Pvt. Ltd. **Parceria: AstraZeneca/Fiocruz.**
- Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos (Fiocruz/Bio-Manguinhos): vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: Fiocruz/Bio-Manguinhos. **Parceria: AstraZeneca/Fiocruz.**
- AstraZeneca: vacina contra covid-19 (ChAdOx1-S (recombinante)). Vacina oriunda do consórcio **Covax Facility**.
- Pfizer/Wyeth: vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – **Pfizer/Wyeth.**
- Janssen: vacina covid-19 (recombinante). Vacina oriunda do consórcio **Covax**

Os imunizantes das fabricantes Pfizer/Wyeth, Janssen e Fiocruz/AstraZeneca possuem registro definitivo junto a ANVISA. Já o imunizante da fabricante Instituto Butantan/Sinovac possui registro emergencial.

Mais de 640 milhões de doses foram adquiridas, das quais 580 milhões recebidas e 495 milhões de doses distribuídas.

Este avanço foi fundamental para redução dos casos de hospitalização e mortes. Observa-se que conforme os índices de vacinação foram ampliados, temos curva similar na redução de internações e óbitos.

Todas estas ações, foram disponibilizadas pelo governo federal mais de 100BI em recursos de financiamento regular e 20 BI em recursos extraordinários.

A pandemia da covid-19 deixou um legado de ampliação da capacidade instalada do SUS, tanto na atenção básica quanto na especializada, para o atendimento dos pacientes acometidos pela covid-19, que se manterá para além da revogação da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Na atenção básica, os recursos federais aportados possibilitaram à gestão local reorganizar sua rede de atenção à saúde, permitindo ampliar o corpo técnico profissional e os pontos de acesso da APS para as pessoas com sintomas respiratórios e quadros leves da infecção. Já na atenção especializada foi deixado como legado de ampliação de mais de 17 mil respiradores pulmonares distribuídos aos estados para compor a Rede de Assistência à Saúde e 6 mil leitos de UTI Tipo II, habilitados, com um o reajuste nos valores das diárias, aumentando assim a Rede Hospitalar Especializada em todo o país. Todavia, é importante que as ações incentivadas, principalmente na atenção básica, pelo recurso financeiro já transferido aos entes e não utilizados, parcialmente ou em sua totalidade, se mantenham com objetivo de dar continuidade às ações de enfrentamento da Covid-19.

Em relação à saúde indígena, diante do exposto neste documento, considera-se que a suspensão da ESPIN prejudicará o enfrentamento à incidência da covid-19 nos territórios,

tendo, principalmente, impactos orçamentários que limitarão as ações voltadas à atenção à saúde destes povos.

Em relação aos insumos utilizados no tratamento da covid-19 verifica-se que o Ministério da saúde, no âmbito de suas atribuições desenvolveu ações voltadas à criação de um estoque estratégico de medicamentos utilizados em procedimentos de IOT, além disso foi elaborado um plano para gestão de riscos, com vistas ao monitoramento e à manutenção do referido estoque. Entretanto, a declaração do fim da ESPIN impactará na manutenção de medicamentos em atas de registro de preço, na aquisição de medicamentos por meio da OPAS, na reserva orçamentária para as aquisições e, talvez, no monitoramento da oferta dos medicamentos de intubação no mercado nacional. Ademais, as dispensações no âmbito do PFPB e do Ceaf também serão impactadas com o fim da Espin.

Também na pandemia foram desenvolvidos uma série de materiais didáticos voltados para a capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia da covid-19, todavia a revogação da Portaria nº 188, de 2020, não impactará as ações desenvolvidas nesse âmbito, uma vez que as capacitações continuarão a ser disponibilizadas, continuando assim, a gestão e formação de recursos humanos mais eficientes e dispostos para atuar em uma possível mudança do cenário epidemiológico da Covid-19 no país.

Em relação à situação epidemiológica da Covid-19 no mundo, nas Américas e no Brasil, observa-se uma tendência de redução na notificação dos casos e óbitos. Todavia, esclarece-se que a revogação da Portaria nº 188, que finalizaria a declaração da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), não significa que a Covid-19 será considerada uma endemia no país, uma vez que mesmo com a tendência de queda nos casos e óbitos pela covid-19 no país, ainda há número expressivo de casos notificados diariamente, muito maior do que outras epidemias no país como a da dengue. Ademais, ainda não se conhece a história natural da covid-19, bem como se essa doença apresentará comportamento sazonal.

Há que se considerar sobre a possibilidade de mudança no cenário epidemiológico frente a identificação da circulação de novas variantes do SARS-CoV-2, que podem apresentar

alterações relevantes clínico-epidemiológicas, como gravidade e potencial de transmissibilidade, podendo alterar a situação epidemiológica de casos e óbitos da covid-19 no Brasil e no mundo, a qualquer momento.

Dessa forma, independente da vigência da Portaria nº 188/2020, reforça-se a necessidade da manutenção da vigilância da Covid-19 e da adoção das medidas de detecção, notificação, avaliação, monitoramento, prevenção e controle, de modo a minimizar a propagação da covid-19 no território nacional, dentre elas a vacinação, assim como as medidas não farmacológicas.

No intuito de uma melhor compreensão e facilitar na tomada de futuras decisões referentes à Pandemia da Covid-19, uma vez que tal pandemia envolve aspectos multissetoriais e até transacionais, pois a Covid-19 não apenas englobou as questões meramente sanitárias, mas extrapolou todos os limites com repercussões na concepção da definição de Saúde da OMS *“de um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”* e também impactos nos mais diversos campos do conhecimento; também como declarado, abril de 2022, pelo Diretor Geral da OMS: *a importância de Estados Partes em usar contramedidas médicas disponíveis e medidas sociais e de saúde pública (PHSM)*, o Ministério da Saúde orientará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sobre a continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus, com base na constante avaliação técnica dos possíveis riscos à saúde pública brasileira e das necessárias ações para seu enfrentamento. As orientações serão dadas precipuamente pelas Secretarias finalísticas da Pasta, em especial a Secretaria de Vigilância em Saúde, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Painel CoronaVirus. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 jan 2022. 2022.

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto nº 10697, de 10 de maio de 2021. Altera o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, para criar a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.697-de-10-de-maio-de-2021-319003255> . Acesso em 23 mar 2022.

ESAKANDARI, Hanie et al. A comprehensive review of covid-19 characteristics. Biological procedures online, v. 22, p. 1-10, 2020.

LAI, Chih-Cheng et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease- se-2019 (covid-19): The epidemic and the challenges. International journal of antimicrobial agents, v. 55, n. 3, p. 105924, 2020.

MOHANTY, Sambit K. et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease 19 (covid-19)—anatomic pathology perspective on current knowledge. Diagnostic pathology, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

OSUCHOWSKI, Marcin F. et al. The covid-19 puzzle: deciphering pathophysiology and phenotypes of a new disease entity. The Lancet Respiratory Medicine, 2021.

WHO. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus Disease (covid-19) Dashboard [Internet]. 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 25 jan. 2022. 221.

