

A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19

Adriano Massuda ¹

Ana Maria Malik ¹

Gonzalo Vecina Neto ¹

Renato Tasca ¹

Walter Cintra Ferreira Junior ¹

¹ Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP) / Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo – SP, Brasil

Resumo

Neste artigo, discutimos a resiliência do Sistema Único de Saúde (SUS) diante da pandemia da COVID-19. Para análise, utilizamos as categorias analíticas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para análise de sistemas de saúde: (i) liderança e governança, (ii) financiamento, (iii) produtos estratégicos para saúde, (iv) força de trabalho, (v) informação em saúde e (vi) prestação de serviços. Para explorar a prestação de serviços e adaptá-la ao contexto brasileiro, subdividimos o bloco correspondente em 5 sub-blocos: (i) ações de saúde pública e vigilância, (ii) atenção primária em saúde; (iii) atenção especializada e hospitalar, (iv) urgência e emergência, e (v) saúde digital. Procedemos a uma consulta não sistemática à literatura científica e a documentos oficiais publicados por órgãos governamentais brasileiros e internacionais de saúde, visando obter dados relacionadas à organização de sistemas de saúde frente a emergências em saúde pública.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Emergências em saúde pública.

The resilience of the Brazilian National Health System in the face of the COVID-19 pandemic

Abstract

This article discusses the resilience of the Brazilian National Health System (SUS) in the face of the COVID-19 pandemic. The analytical categories proposed by the World Health Organization were adopted to analyze the health system's: (i) leadership and governance, (ii) financing, (iii) strategic health products, (iv) workforce, (v) health Information, and (vi) provision of services. To explore the provision of services and adapt it to the Brazilian context, we subdivided the corresponding block into five sub-blocks: (i) public health and surveillance actions, (ii) primary health care; (iii) specialized and hospital care, (iv) urgency and emergency, and (v) digital health. We conducted a non-systematic consultation of scientific literature and official documents published by Brazilian government agencies and international health organizations to obtain data related to the organization of health systems in the face of public health emergencies.

Keywords: Brazilian National Health System. Health management. Public health emergencies.

La resiliencia del Sistema Único de Salud frente a la COVID-19

Resumen

En este artículo, discutimos la resiliencia del Sistema Único de Salud (SUS) ante la pandemia de COVID-19. Para el estudio utilizamos las categorías analíticas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para análisis de sistemas de salud: (i) liderazgo y gobernanza, (ii) financiación, (iii) productos estratégicos para la salud, (iv)

fuerza de trabajo, (v) información en salud y (vi) prestación de servicios. Para explorar la prestación de servicios y adaptarla al contexto brasileño, subdividimos el bloque correspondiente en 5 subbloques: (i) acciones de salud pública y vigilancia, (ii) atención primaria en salud; (iii) atención especializada y hospitalaria, (iv) urgencia y emergencia, y (v) salud digital. Procedemos a una consulta no sistemática a la literatura científica y a documentos oficiales publicados por órganos gubernamentales brasileños e internacionales de salud, con el objetivo de obtener datos relacionados a la organización de sistemas de salud frente a emergencias de salud pública.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Gestión en salud. Emergencias en salud pública.

INTRODUÇÃO

Inicialmente registrada na província de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e declarada emergência internacional de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020, a doença causada pelo coronavírus Sars-Cov-2 (COVID-19) afetou o mundo de maneira bastante diferenciada. No dia 1º de novembro de 2020, com cerca de 1,2 milhão de óbitos causados pela pandemia, 54% das mortes haviam sido registradas na região das Américas, 24% na Europa e 12% na Ásia (OMS, 2020). As diferenças de letalidade entre países foram motivadas pela inter-relação de múltiplos fatores, porém um dos pontos decisivos para a qualidade da resposta ao surto foi a resiliência dos sistemas de saúde (Kontis, 2020).

A análise de resiliência de sistemas de saúde tem sido objeto de crescente atenção da saúde global. A redução abrupta de recursos financeiros para a área, provocada por crises econômicas e medidas de austeridade fiscal e/ou pelo rápido aumento de demanda assistencial, motivada por epidemias, desastres naturais e/ou pela chegada de grande número de refugiados, tem produzido com maior frequência choques sobre os sistemas de saúde (Thomas et al., 2020). A análise de resiliência busca compreender a capacidade de agentes de saúde, instituições e populações se prepararem para responder a tais choques, mantendo funções essenciais do sistema sem alterar resultados em saúde, bem como a capacidade de se reorganizar em função de lições apreendidas (Kruk et al., 2017).

Em geral, países com fragilidades em pontos estruturantes de sistemas de saúde apresentam menor resiliência a choques que podem levar ao colapso de serviços essenciais, afetando grupos populacionais ou toda a população (Kruk et al., 2017). Na COVID-19, entretanto, mesmo países com sistemas de saúde bem-estruturados colapsaram em razão do rápido aumento de demanda por internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Legido-Quigley et al., 2020). Além do impacto direto da doença, a pandemia também tem provocado diversos efeitos secundários sobre os sistemas e a saúde da população (Robertson et al., 2020).

A lotação de serviços com casos suspeitos de COVID-19 e o medo de procurar instalações formais para o controle de doenças crônicas agravaram condições preexistentes (Rezende, Thome, Schweitzer, Souza & Szwarcwald, 2020). Verificou-se também um aumento de problemas psicossociais, como violência doméstica, entre a população geral (Vieira, Garcia & Maciel, 2020), e de saúde mental, entre profissionais de saúde que lidam diretamente com a assistência aos doentes (Lai et al., 2020) e entre a população geral (Pfefferbaum & North, 2020). Além disso, em países com grandes desigualdades socioeconômicas e frágeis sistemas de seguridade social, grupos populacionais em pior

situação econômica foram mais expostos à contaminação pelo vírus e tiveram mais dificuldade para acessar serviços de diagnóstico e de terapêutica, dificultando o controle da transmissão da doença (F. Ahmed, N. Ahmed, Pissarides & Stiglitz, 2020).

Apesar de dispor de um sistema universal de saúde e de ter constituído um sistema de resposta a emergências de saúde pública, o Brasil figura na segunda posição mundial com o maior número de mortes provocadas pela doença, com mais de 160 mil óbitos registrados entre março e novembro de 2020 (OMS, 2020). Diante desse quadro, é de grande importância analisar como tem ocorrido a resposta do sistema de saúde brasileiro à pandemia. Neste estudo, apresentamos uma breve análise da resiliência do Sistema Único de Saúde (SUS) diante da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Para análise da resiliência do SUS diante da pandemia, usamos como referência o modelo proposto pela OMS (2010), em que são apresentados 6 blocos estruturantes (*building blocks*).

Segundo essa organização, para o desempenho de suas funções, os sistemas de saúde precisam dispor de (i) liderança e governança, (ii) financiamento, (iii) produtos estratégicos para saúde, (iv) força de trabalho, (v) informação em saúde e (vi) prestação de serviços. Para explorar a prestação de serviços e adaptá-la ao contexto brasileiro, subdividimos este item em 5 sub-blocos: (i) ações de saúde pública e vigilância, (ii) atenção primária em saúde; (iii) atenção especializada e hospitalar, (iv) urgência e emergência, e (v) saúde digital.

Procedemos a uma consulta não sistemática à literatura científica e a documentos oficiais publicados por órgãos governamentais brasileiros internacionais de saúde, bem como a especialistas, visando a obter dados relacionadas à organização de sistemas de saúde frente a emergências em saúde pública. Em seguida, realizamos uma análise qualitativa simples buscando classificar fortalezas, fragilidades e desafios de estrutura e organização do SUS que influenciam na pandemia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão sistematizados nos Quadros 1 e 2. O primeiro apresenta fortalezas, fragilidades e desafios relativos a (i) liderança e governança, (ii) financiamento, (iii) produtos estratégicos para saúde, (iv) força de trabalho e (v) informação em saúde.

Quadro 1
Análise dos *building blocks* para sistemas de saúde

Fortalezas	Fragilidades	Desafios
Liderança e governança		
Coordenação unificada e descentralização da gestão com capilaridade de ações e serviços de saúde pública em todo o território nacional.	Estrutura federativa descentralizada para municípios sem organização federada no país.	Fortalecer a governança regional do sistema, criando espaços comuns de compartilhamento de gestão.
Mecanismos de planejamento e programação dos serviços de saúde em âmbito regional.	Dificuldade de convergência nacional para enfrentar a pandemia em virtude da conjuntura política.	Unificar a regulação do acesso a serviços especializados prestados por municípios e estados.
	Insuficiência dos instrumentos de	

	gestão do SUS para integrar as regiões de saúde. Fragmentação da coordenação entre setores público e privado.	Emitir diretrizes para integrar serviços do setor privado em situações de emergências em saúde pública (ESP) que extrapolem a capacidade pública.
Financiamento		
Definição de gastos mínimos em saúde por esfera de governo.	Subfinanciamento agravado por restrição fiscal. Insuficiência de recurso federal para APS agravada por mudanças no modelo de financiamento.	Aumentar o financiamento público para o SUS. Definir áreas prioritárias para o financiamento.
Produtos estratégicos para a saúde		
Poder de compra governamental. Universidades e empresas com potencial humano e tecnológico.	Dependência tecnológica para produção de recursos estratégicos para a saúde: EPI, medicamentos e produtos médicos. Baixo grau de planejamento de demanda e compras conjuntas, provocando concorrência entre governos municipais e estaduais.	Usar o poder de compra governamental para negociação de preços. Fomentar a produção e o desenvolvimento tecnológico de produtos estratégicos para a segurança sanitária nacional. Criar estoques estratégicos de produtos essenciais para situações de ESP.
Força de trabalho		
Ampliação do número de profissionais de saúde e de vagas no mercado de trabalho.	Insuficiência de profissionais especializados em áreas de necessidade e má distribuição em regiões do país. Precário treinamento para atuação em situações de ESP.	Criar plano de ocupação para os trabalhadores contratados temporariamente para as situações de ESP – por exemplo, ativar os leitos provisórios. Garantir, na formação e na educação continuada dos trabalhadores, conteúdos referentes à segurança, com ênfase no uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs).
Informação em saúde		
Sistemas de informação alimentados por estados e municípios. Pesquisadores e universidades com capacidade de análise de dados. Parcerias internacionais entre grupos de pesquisas para análise de dados.	Informações disponíveis não usadas para tomada de decisão. Sistemas de informação desintegrados e desatualizados. Baixo grau de informatização da rede assistencial. Registro eletrônico de informação incipiente.	Implantar registro nacional de saúde. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Saúde (Cnes). Implantar o Prontuário Eletrônico Nacional, reduzindo a burocracia para o registro de informação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O Quadro 2 apresenta fortalezas, fragilidades e desafios da estrutura e da organização do SUS relativos à prestação de serviços, dividida em sub-blocos.

Quadro 2
Análise da prestação de serviços no SUS

Fortalezas	Fragilidades	Desafios
Ações de saúde pública e vigilância		
<p>Sistema de vigilância em saúde com equipes em estados e municípios.</p> <p>Equipes treinadas para atuar em situações de ESP.</p> <p>Rede de laboratórios públicos e disponibilidade de serviços privados.</p>	<p>Baixo grau de integração das ações de vigilância e assistência.</p> <p>Baixa capacidade para processamento de testes laboratoriais, provocando demora na entrega dos resultados e enfraquecendo as ações de vigilância e isolamento.</p>	<p>Integrar equipes de vigilância e de atenção à saúde para atuar em situações de ESP.</p> <p>Fortalecer a rede de laboratórios públicos, estabelecendo treinamentos técnicos de qualidade/segurança.</p>
Atenção primária em saúde (APS)		
<p>Ampla cobertura da ESF, estruturada em equipes multidisciplinares.</p> <p>Práticas criativas e inovadoras na APS implementadas pelas equipes nos municípios.</p>	<p>Heterogeneidade da qualidade e resolutividade da ESF no território nacional.</p> <p>Baixa capacidade de gestão e precária infraestrutura de grande parte dos serviços de APS.</p>	<p>Ampliar a cobertura da ESF e fortalecer sua resolutividade.</p> <p>Incorporar novas modalidades de acesso às UBS (telemedicina).</p> <p>Fortalecer as ações comunitárias para identificar e acompanhar grupos populacionais vulneráveis.</p> <p>Preparar a APS (infraestrutura, equipe e equipamentos) para atuar em situações de ESP.</p>
Atenção especializada e hospitalar		
<p>Hospitais universitários em todos os estados da federação.</p> <p>Hospitais privados de excelência.</p> <p>Rápida capacidade de ampliação do número de leitos temporários, incluídos em hospitais de campanha.</p>	<p>Rede hospitalar pública com fragilidade de gestão.</p> <p>Maioria de leitos do SUS ofertada em hospitais de pequeno porte.</p> <p>Número insuficiente de leitos de UTI no setor público.</p> <p>Maior disponibilidade de leitos de UTI no setor privado, destinados a menos de 25% da população.</p> <p>Baixa disposição do setor privado em colocar seus leitos à disposição do SUS.</p> <p>Mau uso do recurso público, com a construção de leitos em hospitais de campanha que não ficaram prontos a tempo.</p>	<p>Fortalecer a atenção e a gestão hospitalar no SUS por meio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planejamento detalhado da progressiva ampliação de leitos, recorrendo aos hospitais de campanha como última opção; • ampliação do número de leitos – com ênfase naqueles destinados a pacientes críticos – em ESP; • reorientação do papel dos hospitais de pequeno porte de acordo com funções definidas nas regiões de saúde; • qualificação das instâncias regionais de regulação hospitalar, com visibilidade dos recursos (públicos e privados) disponíveis por região.
Urgência		

<p>Serviço de atenção pré-hospitalar (Samu 192) consolidado em muitas regiões do país.</p> <p>Extensa rede de unidades de pronto atendimento (UPAs).</p>	<p>Mecanismos de regulação insuficientes para efetivar o acesso a serviços de referência em urgência.</p> <p>Insuficiente capacidade instalada e preparação logística para situações de ESP.</p> <p>Elevado risco de que essas unidades, graças à alta procura, se convertam em focos de propagação da doença.</p>	<p>Criar unidades de Samu 192 nas localidades descobertas.</p> <p>Definir o papel do Samu 192 e dos procedimentos a serem adotados por esse serviço nas situações de emergência.</p> <p>Rever e padronizar fluxos e procedimentos para pacientes graves em situações de ESP, com ênfase na segurança de pacientes e trabalhadores de saúde.</p>
Saúde digital		
<p>Experiência com telessaúde utilizada para capacitação e consultoria entre profissionais de saúde.</p>	<p>Pouca familiaridade de usuários e profissionais de saúde com consultas telemáticas, associada à oposição de órgãos de classe à introdução da telemedicina na prática clínica.</p>	<p>Estimular e regulamentar os atendimentos por telemedicina nos diferentes níveis de atenção, estabelecendo diretrizes técnicas, mecanismos de apoio técnico e supervisão, bem como modalidades de remuneração/incentivos.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

FORTALEZAS E FRAGILIDADES

Um sistema de saúde com as características do SUS deveria ser uma fortaleza para enfrentar a pandemia da COVID-19 (Croda et al., 2020). O país estruturou uma razoável cadeia de resposta a emergências em saúde pública (ESP), que foi utilizada de maneira bem-sucedida no enfrentamento de epidemias como H1N1, dengue e zika, em catástrofes naturais e no apoio aos grandes eventos esportivos, como Copa do Mundo e Jogos Olímpicos (Teixeira, Costa, Carmo, Oliveira & Penna, 2018). Entretanto, a implementação do SUS foi incompleta, e seus problemas estruturais foram agravados por medidas de austeridade fiscal e recentes políticas adotadas pelo governo federal (Castro et al., 2020). Conseqüentemente, o Brasil enfrentou a pandemia com um SUS fragilizado e com menor resiliência do que poderia.

Reconhecido internacionalmente pelo sucesso de programas que contribuíram para expandir a rede assistencial, ampliar o acesso a serviços e melhorar indicadores de saúde, a descentralização para o âmbito municipal permitiu dar capilaridade à gestão do SUS e estruturar uma rede de serviços de saúde pública em todo o território nacional (Viacava, Oliveira, Carvalho, Laguardia & Bellido, 2018). Em cada um dos municípios brasileiros há uma secretaria de saúde e equipes técnicas, mesmo que com variada qualificação.

A frágil governança do sistema de saúde em 2020, crucial para a coordenação da resposta à epidemia (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico [OECD], 2020), no entanto, pode ser constatada em nível nacional, mas também em muitos estados e municípios (Sodré, 2020). Em parte, isso se deve à conjuntura. A prolongada crise política impediu a construção de um mínimo de convergência para enfrentar, entre outros, os problemas sanitários do país (Abrucio, 2020).

Esforços iniciais do Ministério da Saúde para comunicar a população sobre os riscos da pandemia e sobre distanciamento físico e uso de máscaras tiveram efeito positivo. A maioria das unidades federativas adotou medidas para o distanciamento social (Silva et

al., 2020), e boa parte da população mudou hábitos, passando a fazer uso de álcool em gel para higienização das mãos e de máscaras de proteção (Lima-Costa, Mambrini, Andrade, Peixoto & Macinko, 2020). Porém, as orientações sanitárias esbarraram na posição e nas atitudes do presidente da República, que, sob o argumento de proteger a economia, contradizia as recomendações de distanciamento social, repercutia *fake news* sobre a COVID-19 e defendia o uso da cloroquina como principal estratégia para o enfrentamento da doença (Lancet, 2020).

O conflito com o presidente acerca das orientações de prevenção da transmissão do vírus resultou na demissão do ministro da Saúde e na renúncia de um segundo ministro menos de um mês após sua posse. O general do Exército que assumiu interinamente o Ministério o militarizou e depois foi efetivado no cargo. Houve ainda algumas situações de conflito entre o ministro e a presidência em relação à compra de vacinas.

Se, porém, os problemas conjunturais afetaram a capacidade de resposta, o modelo federativo vigente também representou um problema estrutural mais grave para o SUS. O modelo municipalista autárquico de organização, que permitiu dar capilaridade à gestão e à constituição de uma rede básica de saúde, foi um impeditivo para a implantação de serviços de maior complexidade, que se concentraram em poucos centros urbanos e no setor privado (Albuquerque, Cesse, Felisberto, Samico & Frias, 2019). Instrumentos estabelecidos no SUS, como comissões intergestoras e consórcios, foram insuficientes para integrar redes assistenciais municipais e estaduais em regiões de saúde, o que levou muitas vezes à duplicação de filas para acesso a serviços e ao desperdício dos escassos recursos (Viana, Bousquat, Melo & Medina, 2018).

Outro problema estrutural do SUS é o subfinanciamento público. Apesar da definição de gastos mínimos em saúde por esfera de governo, o Brasil é o único país com sistema universal de saúde em que o gasto em saúde privado é superior ao público: 58% do total (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019). Desde 2015, restrições fiscais têm comprometido os recursos federais da saúde (Massuda, Hone, Leles, Castro & Atun, 2018).

Com relação a produtos estratégicos para a saúde, verifica-se que, apesar de o país dispor de importante poder de compra governamental (Fonseca & Costa, 2015), de universidades e empresas com potencial humano e tecnológico – como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Butantã – que estabeleceram parcerias com laboratórios internacionais para pesquisa, desenvolvimento e produção da vacina contra o novo coronavírus, a falta de produtos básicos ainda é uma das principais fragilidades na resposta à COVID-19. Parte da escassez de insumos se deve à dependência tecnológica nacional, visto que a produção industrial se deslocou para países com mão de obra barata e onde a legislação ambiental é menos exigente. Todavia, isso também é consequência de problemas na gestão de compras, na articulação de compras conjuntas entre estados e municípios e na manutenção de estoques de segurança (Monteiro, 2020).

A pandemia também evidencia problemas relacionados à força de trabalho. Apesar da ampliação da quantidade de profissionais de saúde e do número de vagas no mercado de trabalho no Brasil desde que o SUS foi implementado, sua má distribuição pelas regiões do país provoca insuficiência de profissionais especializados em várias áreas do sistema (Scheffer, 2018). A COVID-19 também revelou uma precária preparação e treinamento dos profissionais para atuar em situações de ESP. Lotta, Dossiatti, Magri, Corrêa e Beck

(2020) demonstraram que apenas um terço dos profissionais de saúde relataram dispor de EPIs adequados durante a epidemia, e somente 20% receberam treinamento sobre seu correto uso. Quatro de cinco profissionais entrevistados afirmam sentir medo de contrair o vírus, e só 15% se sentiam preparados para o trabalho.

A disponibilidade de informações confiáveis é outro aspecto crítico na preparação e na resposta à doença (OMS, 2020). Não obstante o SUS disponha de diferentes sistemas que geram amplo rol de informação sobre saúde em âmbito municipal (Pinto, Freitas & Figueiredo, 2018), o baixo grau de informatização da rede assistencial, o incipiente uso de registro eletrônico em saúde e problemas de integração e atualização das bases de dados dificultam informações assistenciais para tomada de decisões (Jorge, Laurenti & Gotlieb, 2010).

Por outro lado, iniciativas desenvolvidas por pesquisadores e universidades brasileiras, como o Monitora COVID, da Fiocruz, a rede de pesquisadores do Observatório COVID-19 BR, entre outros, além do inédito consórcio de órgãos de imprensa, permitiram dispor de informações em tempo real sobre a evolução da doença no país. Isso foi um importante contraponto a possíveis tentativas de atrasos e/ou distorção de dados oficiais.

Com relação à prestação de serviços, o SUS possibilitou a criação de um sistema de vigilância em saúde nacional e descentralizado, composto por equipes que atuam na prevenção e no controle de doenças e na preparação de planos de contingência para ESP (Teixeira et al., 2018). Entretanto, no enfrentamento à COVID-19, a escassez de exames laboratoriais e a não utilização de critérios clínicos para a confirmação diagnóstica levaram à subnotificação de casos, interferindo na capacidade de análise e de tomada de decisões em função da situação epidemiológica local, regional e nacional (Magno et al., 2020).

Por fim, a expansão da rede assistencial ocorrida no SUS ampliou a cobertura de APS e o acesso a serviços de emergência. No entanto, na atenção hospitalar e especializada, a despeito de haver hospitais universitários federais em todos os estados, a distribuição de leitos de UTI se concentra em poucos centros urbanos e em hospitais privados, alguns deles de excelência (Carpanez & Malik, 2019). Antes da pandemia, 70% das regiões de saúde brasileiras não dispunham do número mínimo de leitos por habitante recomendado em situação de normalidade (Rache et al., 2020).

Além da iniquidade, a heterogênea qualidade de serviços prestados, a precária capacidade de coordenação da rede assistencial e fraudes na contratação de serviços privados são fragilidades substantivas na resposta à pandemia (Florêncio & Zanon, 2020). O acesso remoto à saúde, que poderia ser uma alternativa para ampliar o acesso ao sistema, é restrito graças à baixa tradição em saúde digital, usada apenas para atividades de capacitação e consultoria técnica, além das restrições de ordem legal.

DESAFIOS

O êxito de alguns países em enfrentar a epidemia demonstra ser fundamental, além da atuação eficiente de governos e engajamento da sociedade, dispor de um sistema de saúde com governança adequada, robustos sistemas de informação para suporte à decisão, profissionais de saúde especializados em diferentes áreas de atuação e infraestrutura

assistencial e tecnológica adequadas para a realização de ações de prevenção, tratamento e recuperação (Sachs et al., 2020).

No Brasil, um dos principais desafios pós-COVID-19 será fortalecer o SUS e buscar corrigir suas falhas estruturais. Para isso, em primeiro lugar, será preciso criar uma governança regional no sistema de saúde, com espaços de compartilhamento de gestão e responsável por unificar a regulação do acesso a serviços especializados prestados por municípios e estados, a exemplo do que acontece com os transplantes. Além disso, é preciso construir diretrizes para melhor uso de recursos disponíveis no setor privado quando a capacidade do SUS for superada (Massuda, Tasca & Malik, 2020).

Em segundo lugar, será necessário enfrentar o problema do subfinanciamento público e ampliar a capacidade de direcionar recursos para áreas prioritárias do sistema de saúde, entre as quais APS, vigilância em saúde, produtos estratégicos para a saúde e áreas especializadas de maior necessidade.

Em terceiro lugar, o provisionamento de produtos estratégicos para a saúde deve ser aprimorado e o poder de compra governamental deve ser usado, tanto para negociação de preços quanto para fomento da produção e desenvolvimento tecnológico de itens considerados de importância para a segurança sanitária nacional.

Em quarto lugar, o fortalecimento do SUS depende de política para adequada formação e distribuição da força de trabalho nas áreas de necessidade do sistema. É preciso criar um plano para a contratação de trabalhadores temporários durante a vigência de emergências e garantir, na formação e na educação continuada e permanente dos trabalhadores, conteúdos referentes à atuação em ESP, enfatizando, por exemplo, o uso adequado de EPIs.

Em quinto lugar, a qualidade da gestão do SUS depende da disponibilidade de informações oportunas, confiáveis e atualizadas. Para isso, é urgente aprimorar os sistemas de informação, integrar bases de dados e reduzir a burocracia de sua alimentação, evitando duplicações. A informação também deve ser transparente e de fácil acesso, com destaque para o combate às *fake news*.

Por fim, a COVID-19 possivelmente modificará, de modo substancial, o modo de prestação de serviços. Fortalecer sistemas de vigilância e integrá-los à assistência é crucial para melhor atuação do SUS frente a situações de ESP. Na APS, além da qualidade clínica, é essencial reforçar ações comunitárias, buscando identificar e acompanhar grupos populacionais mais vulneráveis. Atendimentos por telemedicina, nos diferentes níveis de atenção, deverão fazer parte da rotina dos sistemas de saúde e precisarão de diretrizes técnicas, supervisão, apoio técnico e mecanismos de remuneração.

Na atenção hospitalar, o Brasil precisará de uma política que enfrente a iniquidade na distribuição de leitos de UTI entre as regiões do país e na qualidade dos serviços prestados. Em situações de ESP, como a enfrentada durante a Pandemia, medidas para progressiva ampliação de leitos, reorientação da atividade dos hospitais de pequeno porte – com funções definidas no âmbito das redes de atenção à saúde – e qualificação das instâncias técnicas regionais de regulação assistencial são fundamentais. Além disso, os hospitais universitários e privados de excelência deveriam ser mais bem aproveitados.

CONCLUSÃO

O enfrentamento da COVID-19 desnudou fortalezas e fragilidades do SUS. Por um lado, a importância de um sistema de saúde universal, integral e gratuito passou a ser reconhecida de maneira inédita no Brasil. Por outro, suas fragilidades, agravadas pela crise política e econômica e pela condução do governo federal, também nunca ficaram tão evidentes. A Pandemia também evidenciou que sistemas de saúde resilientes são essenciais não só para efetivação do direito à saúde, mas também para a manutenção de atividades sociais e econômicas. Certamente, países que tiveram sucesso em enfrentar a doença estarão mais bem posicionados para o retorno às atividades sociais e econômicas, mesmo que a normalidade seja restabelecida só depois da vacinação da população. Num cenário pós-COVID-19, fortalecer o SUS e aprimorar sua gestão devem estar na agenda da saúde e de outros setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L., Grin, E. J., Franzese, C., Segatto, C. I., & Couto, C. G. (2020). Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 663-677
- Ahmed, F., Ahmed, N. E., Pissarides, C., & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread Covid-19. *The Lancet Public Health*, 5(5), e240.
- Albuquerque, A. C. D., Cesse, E. A. P., Felisberto, E., Samico, I. C., & Frias, P. G. D. (2019). Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis regiões de saúde brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00065218.
- Carpanez, L. R., & Malik, A. M. (2019, julho). O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-porte/17293
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. de S., ... Giovanella, L. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345-356.
- Croda, J., Oliveira, W. K. D., Frutuoso, R. L., Mandetta, L. H., Baia-da-Silva, D. C., Brito-Sousa, J. D., ... Lacerda, M. V. G. (2020). Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 53, e20200167.
- Fonseca, E. M. D., & Costa, N. D. R. (2015). Federalismo, complexo econômico-industrial da saúde e assistência farmacêutica de alto custo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1165-1176.
- Florêncio, M. A., Filho, & Zanon, P. B. (2020). Covid-19 e corrupção: políticas de controle em face às medidas emergenciais. *Revista Pensamento Jurídico*, 14(2), 25-47.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Contas Nacionais número 71 – Conta-Satélite de Saúde 2010-2017*. Recuperado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. (2020). *MonitoraCovid-19*. Recuperado de <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>

Jorge, M. H. P. M., Laurenti, R., & Gotlieb, S. L. D. (2010). Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 18(1), 7-18.

Kontis, V., Bennett, J. E., Rashid, T., Parks, R. M., Pearson-Stuttard, J., Guillot, M., ... & McKee, M. (2020). Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the Covid-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries. *Nature Medicine*, 26, 1919-1928.

Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., ... Marten, R. (2017). Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ Global Health*, 357, j2323.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *Jama Network Open*, 3(3), e203976-e203976.

Lancet, T. (2020). Covid-19 in Brazil: “So what?”. *The Lancet*, 395(10235), 1461.

Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., ... Heymann D. (2020) Are high-performing health systems resilient against the Covid-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10227), 848-850.

Lima-Costa, M. F., Mambrini, J. V. D. M., Andrade, F. B. D., Peixoto, S. W. V., & Macinko, J. (2020). Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa Elsi-Covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00193920.

Lotta, G., Dossiatti, D., Magri, G., Corrêa, M., & Beck, A. (2020). *A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil*. São Paulo, SP: Fundação Getulio Vargas, Núcleo de Estudos da Burocracia.

Magno, L., Rossi, T. A., Mendonça-Lima, F. W., Santos, C. C., Campos, G. B., Marques, L. M., ... Dourado I. (2020). Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3355-64.

Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3(4), e000829.

Massuda, A., Tasca, R., & Malik, A. M. (2020). Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19. *Preprint Scielo*. Recuperado de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1320>

Monteiro, N. (2020). O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 30, e300304.

Observatório COVID-19 BR. (2020). *Explore o Observatório*. Recuperado de <https://covid19br.github.io/>

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2020a). *Critical preparedness, readiness and response actions for Covid-19: interim guidance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2020b). *Weekly Epidemiological Update: coronavirus disease 2019 (Covid-19)*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020>

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. (2020). *OECD Policy Responses to Coronavirus (Covid-19). Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government*. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135_135808-q2mj1rudey&title=Building-resilience-to-the-Covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.

Pinto, L. F., Freitas, M. P. S. D., & Figueiredo, A. W. S. A. D. (2018). Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1859-1870.

Rache, B., Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M., & Massuda, A. (2020, março). *Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à Covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar* (Nota Técnica nº 3). Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). Covid-19 and Italy: what next? *The Lancet*, 395(10231), 1225-1228.

Rezende, L. F. M., Thome, B., Schweitzer, M. C., Souza, P. R. B., Jr., & Szwarcwald, C. L. (2020). Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 1-9.

Roberton, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmuller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., ... Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the Covid-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7), E901-E908.

Sachs, J. D., Karim, S. A., Akin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Barron, G. C., ... & Haines, A. (2020). Lancet Covid-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. *The Lancet*, 396(10257), 1102-1124.

Scheffer, M. (2018). Demografia médica no Brasil. São Paulo, SP: FMUSP, CFM.

Silva, L. L. S. D., Lima, A. F. R., Polli, D. A., Razia, P. F. S., Pavão, L. F. A., Cavalcanti, M. A. F. D. H. ... Toscano, C. M. (2020). Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00185020.

Sodré, F. (2020). Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00302134.

Teixeira, M. G., Costa, M. D., Carmo, E. H., Oliveira, W. K., & Penna, G. O. (2018). Vigilância em saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1811-8.

Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). Policy brief. In S. Thomas, A. Sagan, J. Larkin, J. Cylus, J. Figueras, & M. Karanikolos (Eds), *Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies.

Viacava, F., Oliveira, R. A., Carvalho, C. D., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1751-62.

Viana, A. L. D., Bousquat, A., Melo, G. A., De Negri, A., Filho, & Medina, M. G. (2018). Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1791-1798.

Vieira, P. R., Garcia, L. P., & Maciel, E. L. N. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200033.

Adriano Massuda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3928-136X>

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Professor associado pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP); Membro do Centro de Estudos de Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaude). E-mail: adriano.massuda@fgv.br

Ana Maria Malik

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>

Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Professora titular pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP); Coordenadora do Centro de Estudos de Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaude). E-mail: ana.malik@fgv.br

Gonzalo Vecina Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5983-1691>

Mestre em Administração pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP); Professor assistente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); Professor orientador do mestrado profissional (MPGC) pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP). E-mail: gvecina@uol.com.br

Renato Tasca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1407-5914>

Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Torino, Itália (UNITO); Ex-coordenador Unidade Técnica de sistemas e serviços de saúde da Organização Panamericana da Saúde (OPAS); Pesquisador do Centro de Estudos de Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaude). E-mail: renato.tasca@gmail.com

Walter Cintra Ferreira Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7634-7121>

Doutor em Administração de Empresas pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP); Professor pela Escola de Administração de Empresas do Estado de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP). Membro do Centro de Estudos de Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaude); Médico Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. E-mail: walter.cintra@fgv.br