

**ESCOLA DE COMANDO E ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO  
ESCOLA MARECHAL CASTELLO BRANCO**

CAROLINA GOMES RAFFAGNATO

**Resposta Brasileira aos Eventos Pandêmicos do  
Século XXI: uma Análise dos Casos da H1N1 e da  
COVID-19**



Rio de Janeiro  
2022

CAROLINA GOMES RAFFAGNATO

RESPOSTA BRASILEIRA AOS EVENTOS PANDÊMICOS DO SÉCULO XXI: UMA  
ANÁLISE DOS CASOS DA H1N1 E DA COVID-19

Texto apresentado como Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Militares do Instituto Meira Mattos da Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Militares

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Montez Carpes

Rio de Janeiro

2022

R136r Raffagnato, Carolina Gomes.

Resposta Brasileira aos Eventos Pandêmicos do Século XXI: uma Análise dos Casos da H1N1 e da COVID-19. / Carolina Gomes Raffagnato. —2021.

96 f. : il. ; 30 cm

Orientação: Mariana Montez Carpes.

Dissertação (Mestrado em Ciências Militares)—Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2021.

Bibliografia: f. 87-93

1. COVID-19. 2. H1N1. 3. GOVERNANÇA DE DESASTRES. 4. DESASTRE BIOLÓGICO. 5. SAÚDE PÚBLICA. 6. PANDEMIA. 7. BRASIL. I. Título.

CDD 303.485

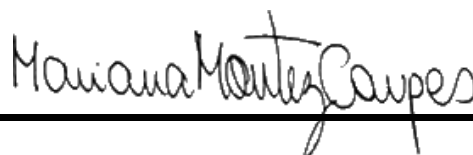
CAROLINA GOMES RAFFAGNATO

RESPOSTA BRASILEIRA AOS EVENTOS PANDÊMICOS DO SÉCULO  
XXI: UMA ANÁLISE DOS CASOS DA H1N1 E DA COVID-19

Dissertação apresentada à Escola de Comando e Estado- Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Militares.

Aprovado em 26 de janeiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Mariana Montez Carpes  
Escola de Comando e Estado Maior do Exército



Profa. Dra. Karina Furtado Rodrigues  
Escola de Comando e Estado Maior do Exército



TC. Farm. Marcos Dornelas Ribeiro  
Exército Brasileiro

Ciente 

CAROLINA GOMES RAFFAGNATO – Postulante  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

## AGRADECIMENTOS

Não teria como começar uma dissertação de mestrado sem agradecer à pessoa que me incentivou primeiro. Cassiano, obrigada por enxergar em mim a paixão pela ciência, e ter tido tamanha sabedoria quando me aconselhou a ousar por novos caminhos. Se não fosse aquele novembro de 2016, eu seria uma pessoa completamente diferente. Do mesmo modo que se não fosse aquele dezembro de 2016 (quando você resolveu virar um nobre guerreiro no céu), eu também não seria quem sou hoje. Obrigada por me ensinar tanto sobre ciência, vida e amizade entre tantas risadas, vidrarias quebradas, horas de metodologia e, por último, no silêncio da tua voz. Eu sinto a sua falta todos os dias, desde aquele dia 12 de dezembro de 2016.

Agradeço a minha família por entender as minhas ausências e presenças durante todo processo de construção desta pesquisa. Mãe, obrigada por sempre me ouvir mesmo sem entender sobre o que eu falo, e ainda assim enxergar paixão nas tuas perguntas. Aos meus primos também, por todas as vezes que eu achei que não ia aguentar e vocês me mostraram que era só parar para respirar um pouco (principalmente durante a pandemia).

Aos meus professores, por quem eu tenho absoluto respeito e admiração. A ciência sempre foi o motivo pelo qual meu coração pulsa, mas ele só pulsa nesse ritmo porque um dia vocês ensinaram. Não poderia agradecer sem citar o nome de alguns. Marco Aurélio, obrigada por me ensinar a ser cientista através dos seus olhos apaixonados pelo ensino. Se hoje o meu objetivo é a academia, foi porque um dia você viu potencial em mim. Calçada, você sempre terá minha gratidão eterna e espaço em todos os meus agradecimentos. Desde um excelente professor em sala de aula, até um exímio orientador de monografia, eu não tenho a menor dúvida de que um dia quero ter o impacto na vida de alguém que você teve na minha vida. A todos os meus professores do PPGCM, que sempre foram solícitos em me ensinar sobre esse novo mundo que se abriu para mim em 2019.

Professora Mariana, obrigada por topar o desafio de orientar alguém que não sabia absolutamente nada do que estava fazendo. Se hoje entrego esse documento

finalizado, é porque um dia você acreditou em mim e viu potencial. Obrigada por todo suporte nesse período pandêmico, e por entender todas as minhas questões existenciais. Obrigada porque um dia você resolveu que queria me ver “fazendo malabarismo” com a ciência política. Espero entregar pelo menos  $\frac{1}{3}$  do que você me dedicou.

Aos meus amigos, os de perto e os de longe, os que passaram e os que ficaram. Todos vocês deixaram algum pedaço na minha vida, e de alguma maneira hoje ele se desabrocha nesse texto também. Obrigada por tantas chamadas de vídeo, por tanto consolo quando só vocês sabiam dos meus processos. Isabela e Patrícia, obrigada por atravessarem comigo a maior dor, junto com os amigos do “laboratório 19”. Nairci, Jefferson e Rafael, sem vocês eu estaria completamente perdida e desamparada. Dayane, Fabi, Amila, Daiane, Bruna, Rachel, Jéssica e tantxs outrxs: esse documento é o resultado das minhas ausências. Obrigada por respeitarem e me estimularem. Henrique e Lorena, dividir essa jornada com vocês foi incrível! Que venham os próximos quatro anos! Julia, obrigada por sempre olhar com carinho quando eu olhava com desespero, por trazer paz quando eu era o caos. Esse documento também é o resultado de todas as viagens, cafés, cinemas e tantas outras coisas.

Finalmente, agradeço ao universo que um dia me fez colidir (sem querer) com o mundo das Ciências Militares e me apaixonou por ele.

## RESUMO

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a atualização do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O documento incitava os países signatários da Organização para o preparo para uma pandemia que ocorreria nos próximos anos. De acordo com o Regulamento, tal pandemia aconteceria porque o número de viagens internacionais, aliado ao tráfego global de objetos e alimentos e as mudanças climáticas, causaria a rápida disseminação de um novo vírus. Em 2009 tem-se a primeira Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que virou uma pandemia. A gripe H1N1 (como ficou conhecida) foi causada pela mutação de um vírus de Influenza (gripe). Dez anos depois, em dezembro de 2019, surge a primeira notificação de uma pneumonia atípica em Wuhan, província de Hubei, na China. Descobriu-se que a causa da doença era o vírus SARS-CoV-2. Em março de 2020 foi declarada a pandemia pela COVID-19. Apesar das duas ESPII originarem uma pandemia, a resposta brasileira a cada uma delas foi diferente, gerando resultados diferentes. Desta forma, este trabalho procura investigar por que há uma variação na resposta da gestão da pandemia de H1N1 e de COVID-19? Para responder tal questionamento, a pesquisa está circunscrita aos anos entre 2005, quando foi realizada a 58ª Assembléia Mundial de Saúde e consequente revisão do RSI, e 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19. Para conduzir a pesquisa, serão investigadas quatro hipóteses, sendo a IV a principal e as três primeiras auxiliares: (i) houve um aumento do tráfego internacional, incluindo viagens e comércio; (ii) os vírus possuem características biológicas diferentes; (iii) houve uma falha no tempo de notificação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional por parte da OMS; e (iv) houve diferenças na liderança política da gestão da pandemia. A metodologia usada será o Process Tracing. A pesquisa bebe na fonte dos conceitos de administração pública e governança de desastres para análise das hipóteses.

**Palavras-chave:** COVID-19. H1N1. Governança de Desastres. Desastre Biológico. Saúde Pública. Pandemia. Brasil

## ABSTRACT

In 2005, the World Health Organization (WHO) updated the International Health Regulations (IHR). The document urged the signatory countries of the Organization to prepare for a pandemic that would occur in the coming years. According to the Regulation, such a pandemic would happen because the number of international trips, combined with the global traffic of objects and food and climate change, would cause the rapid spread of a new virus. In 2009 there was the first Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), which turned into a pandemic. The H1N1 flu (as it became known) was caused by the mutation of an Influenza virus (flu). Ten years later, in December 2019, the first notification of atypical pneumonia appears in Wuhan, Hubei province, China. The cause of the disease was found to be the SARS-CoV-2 virus. In March 2020, the Covid-19 pandemic was declared by WHO. Although the two PHEICs gave rise to a pandemic, the Brazilian response to each of them was different, generating different results. Thus, this work seeks to investigate why there is a variation in the response to the management of the H1N1 and COVID-19 pandemic. To answer this question, the research is limited to the years between 2005, when the 58th World Health Assembly was held and the consequent revision of the IHR, and 2020, the first year of the COVID-19 pandemic. To conduct the research, four hypotheses will be investigated, being IV the main one and the first three, auxiliary ones: (i) there was an increase in international traffic, including travel and trade; (ii) viruses have different biological characteristics; (iii) there was a failure in the reporting time for a Public Health Emergency of International Concern by WHO; and (iv) there were differences in the political leadership of pandemic management. The methodology used will be Process Tracing. The research draws on the concepts of public administration and disaster governance to analyze the hypotheses.

**Keywords:** COVID-19. H1N1 Disaster Governance. Biological Disaster. Public Health. Pandemic. Brazil



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1:</b> ESPII declaradas pela OMS	<b>11</b>
<b>Figura 2:</b> Esquematização do desenho de pesquisa	<b>16</b>
<b>Figura 3:</b> Evolução do conceito de desastre utilizado pela Defesa Civil ao longo dos anos.	<b>19</b>
<b>Quadro 1:</b> Os tipos de administração	<b>35</b>
<b>Figura 4:</b> Ciclo de Desastres	<b>51</b>
<b>Quadro 2:</b> Critério de ativação do COES	<b>55</b>
<b>Quadro 3:</b> Critério de desativação do COES	<b>56</b>
<b>Figura 4:</b> Sistema de Comando de Operações	<b>56</b>
<b>Quadro 4:</b> Definições de Situação de Emergência e Estado de Calamidade Pública.	<b>58</b>
<b>Quadro 5:</b> Critério de decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública.	<b>59</b>
<b>Figura 5:</b> Gráfico de viagens internacionais de 2005 até 2020	<b>63</b>
<b>Figura 6:</b> Gráfico de importações e exportações de bens de consumo de 2005 até 2020	<b>64</b>

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	<b>8</b>
1.1. Desenho de pesquisa	13
1.2. Process Tracing	19
1.3. Estrutura da Dissertação	22
<b>2. Arcabouço Analítico</b>	<b>24</b>
2.1. Introdução	24
2.2. Governança de Desastre na Política Internacional	29
2.4. A Governança de Desastre na Administração Pública Brasileira	34
2.4.1. A Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)	35
2.4.2. A Burocratização do Ministério da Saúde	36
2.4.3. O Federalismo	39
<b>3. O Regulamento Sanitário Internacional e as Políticas Públicas Nacionais na COVID-19</b>	<b>42</b>
3.1. Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	42
3.1.1. Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional	46
3.2. Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC (2017)	48
3.3. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública - PRESP (2014)	53
3.3.1. Declaração de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública	57
3.4. Analisando as Variáveis De Contexto	62
3.4.1. Variação do Tráfego Internacional	62
3.4.2. Caracterização Biológica dos Vírus	65
3.4.3. Tempo de Notificação	68
<b>4. Liderança Política</b>	<b>70</b>
4.1. Pacto Federativo	72
4.2. Insulamento Burocrático do Ministério da Saúde	75
4.3. Condução da Liderança Política	82
4.4. Observação dos Tratados Internacionais	84
<b>5. Considerações Finais</b>	<b>85</b>
<b>5. Referências</b>	<b>88</b>



## Resposta Brasileira às pandemias do Século XXI: uma Análise dos Casos da H1N1 e da COVID-19

### 1. Introdução

Em 08 de dezembro de 2019, os primeiros casos de uma até então desconhecida pneumonia atípica foram registrados em Wuhan, na China. Desde então, uma escalada de eventos trouxe a marca de mais de quatro milhões de mortos e mais de 200 milhões de infectados. Ainda que a pandemia da COVID-19 represente um desastre sem proporções, provavelmente o maior dos últimos cem anos, não é possível dizer que os países foram pegos de surpresa, tampouco que não dispuseram de conhecimento e tempo para se prepararem.

Isso porque um alerta da Organização Mundial de Saúde (OMS), feito na 58ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2005, indicava que uma pandemia iria acontecer no futuro próximo. De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (2005), documento originado nessa Reunião, a única incerteza que pairava era saber quando o evento ocorreria (OMS, 2005). Apesar de em 2009 uma pandemia de influenza causada pelo vírus H1N1 ter acontecido, foi em 2020 que a crise causada pela pandemia de COVID-19 revelou o (des)preparo dos países para lidar com tal desastre, de origem biológica (BRASIL, 2012).

Um ranking elaborado em 2019 pela universidade Johns Hopkins em associação com o Nuclear Threat Initiative (NTI) trouxe pela primeira vez uma avaliação comparativa de segurança e capacidade em saúde de 195 países diferentes. O Global Health Security Index (GHS Index), como foi chamado, classifica os países de sete maneiras diferentes: (i) ranking geral; (ii) prevenção de emergências ou liberação de patógenos; (iii) detecção e alerta precoce para potenciais casos de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); (iv) resposta rápida e mitigação do espalhamento de epidemias; (v) sistema de saúde suficiente e robusto para tratar doentes e proteger a saúde dos trabalhadores; (vi) comprometimento com a melhoria nacional das capacidades, financiamentos e aderência às normas; e (vii) ambiente de risco e vulnerabilidade do país para ameaças biológicas.

O Brasil ocupa posições de destaque neste ranking. No geral, ocupa a 22ª

posição. No que diz respeito à resposta e mitigação de uma epidemia, o país se encontra em nono lugar. Apesar de na análise comparativa o país ocupar a 33ª posição no que diz respeito ao sistema de saúde suficiente e robusto para tratar doentes e proteger a saúde dos trabalhadores, vale ressaltar que a sua colocação indica que numa escala de muito preparo, médio preparo e pouco preparo, o país é classificado como possuidor de médio preparo. Paradoxalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é internacionalmente reconhecido, recebendo inclusive certificados internacionais pela sua competência em epidemiologia.

Dado o preparo e a capacidade de resposta brasileira, reconhecidos internacionalmente, a robustez e ativação de seu mecanismo legislativo no caso de um desastre biológico e a origem da pandemia atual, esperava-se que a resposta dada pelo país fosse suficiente. No entanto, no dia 31 de dezembro de 2020, o país acumulava 7.718.847 milhões casos de infecção pela doença, que resultaram em 194.976 mortes<sup>1</sup>, que podem ser ainda maiores, uma vez que o número de testagem do país fica muito aquém do ideal.

Em março de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O diretor geral da Organização, Tedros Ghebreyesus disse:

“O principal motivo dessa declaração não diz respeito ao que está acontecendo na China, mas o que está acontecendo em outros países. Nossa maior preocupação é o potencial do vírus se espalhar por lugares com sistemas de saúde mais fracos e mal preparados para lidar com ele”.

(DOMINGUEZ *apud* GHEBREYESUS, pp. 16, 2020)

Até o momento da declaração acima, existiam apenas 794 casos fora da China, em 25 países diferentes. Na primeira pandemia aqui analisada, discutiu-se se a OMS teria declarado pandemia “cedo demais”. O debate da época fez com que a Organização fizesse tal declaração com mais cautela no caso da COVID-19. Por causa disso, hoje discute-se se a declaração no caso do novo coronavírus foi feita tardiamente.

Além do debate sobre o tempo que a OMS levou para declarar pandemia,

---

<sup>1</sup>Escolheu-se aqui colocar os dados de 31 de dezembro de 2020 por causa do recorte temporal da pesquisa. No entanto, em 20 de outubro de 2021, o país já acumula 21.680.489 milhões de casos positivos e 604.303 mortes pelo novo coronavírus.

reflete-se também sobre o tempo de notificação da China. A primeira notificação oficial foi feita cerca de duas semanas após o aparecimento dos primeiros casos de pneumonia atípica. Venâncio (2020) reflete que a questão “em situações como essa é a dificuldade das autoridades aceitarem o problema imediatamente e pedirem ajuda” (DOMINGUEZ *apud* VENÂNCIO, pp. 17, 2020).

O desencontro de informações, em um primeiro momento, afeta diretamente a percepção de risco da população, sem saber exatamente sobre qual tipo de risco e ameaça se encontram. É normal que no início de uma doença desconhecida a ciência evolua muito rápido, fornecendo novas hipóteses quase que o tempo todo. Por isso, é importante que haja uma comunicação de risco eficiente, além de lideranças coesas em suas falas e diretrizes. No entanto, o que se observou no Brasil durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 foi um desencontro entre os discursos nos três entes federativos do país: União, Estados e Municípios<sup>2</sup>.

As dificuldades reveladas pela pandemia de COVID-19 mostram que a capacidade de resposta de um país é o que vai minimizar as perdas humanas e econômicas, de modo que uma boa capacidade de resposta só é possível na existência de uma boa política de gestão de riscos baseada no preparo. Ainda, uma boa gestão dos recursos é fundamental para evitar que vidas sejam perdidas por falta de insumos estratégicos, como respiradores mecânicos<sup>3</sup>.

O mundo moderno e globalizado, com avanços tecnológicos, crescimento acelerado, aumento populacional e urbanização, fazem com que cada vez mais pessoas estejam expostas ao risco de desastres, transformando-os em acontecimentos cada vez mais comuns. Ou seja, o desenvolvimento de uma sociedade está intimamente ligado ao seu nível de risco, juntamente com a capacidade e habilidade de modificação e controle destes fatores. Quando ameaças, vulnerabilidades e exposição deixam de ser percebidas ou são desprezadas, ocorre um desastre.

---

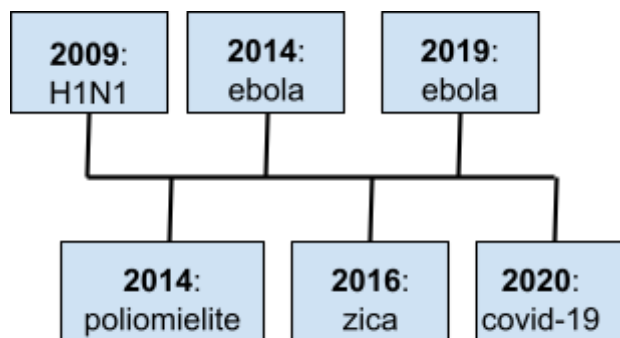
<sup>2</sup>Em que pese não esteja no recorte temporal desta pesquisa, cabe ainda ressaltar o desencontro de disposição entre as três esferas da federação para a compra de vacina, além de casos de corrupção na compra de vacinas e insumos básicos para o combate da pandemia, que foram descobertos em 2021, através da CPI COVID, instaurada em pelo Senado Federal em 21 de abril de 2021.

<sup>3</sup>O SARS-CoV-2 é um vírus que acomete principalmente o sistema respiratório, fazendo com que algumas pessoas precisem de ventilação mecânica para recuperação da pneumonia. Nesse sentido, observa-se durante a primeira fase da pandemia um esgotamento do sistema de saúde, uma vez que os países não estavam preparados para tal escassez.

Sabe-se que desastres são óbices da história humana que carecem de medidas preventivas e ações de mitigação, além de preparo e resposta. Mas qual a sua definição? No Brasil, diversos segmentos atuam em caso de desastre, levando às variadas definições de diversos atores. O debate sobre a conceituação de desastre será feito no segundo capítulo deste trabalho, chamado “Arcabouço Analítico”. No entanto, cabe adiantar que, a definição principal de desastre utilizada aqui será a prevista na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), de 2017. No documento é utilizado o conceito da Instrução Normativa do Ministério da Integração Nacional<sup>4</sup> nº 02/16 - Anexo VI: “resultado de eventos adversos, naturais, tecnológicos ou de origem antrópica, sobre um cenário vulnerável exposto a ameaça, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízo econômicos e sociais” (BRASIL, 2016; CASA CIVIL, 2017).

A COVID-19 foi a sexta Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) declarada pela OMS. A primeira foi a gripe de H1N1, em 2009, também objeto de pesquisa dessa dissertação também.

**Figura 1:** ESPII declaradas pela OMS.



**Fonte:** Autoria própria, 2020.

No Brasil, a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) permite que o país melhore suas capacidades de resposta por meio de medidas como permitir a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) contratar temporariamente profissionais capacitados e adquirir insumos estratégicos. Além disso, especificamente no caso da COVID-19, a declaração de

<sup>4</sup>Em 18 de junho de 2019, a lei nº 13.844 extinguiu o Ministério da Integração Nacional, passando suas atribuições para o Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), inclusive a gestão da PNPDEC.

ESPIN permitiu a repatriação<sup>5</sup> de brasileiros que estavam em Wuhan, epicentro do até então surto de coronavírus.

Observa-se que apesar da criação de inúmeras políticas públicas na área de preparo e resposta brasileira a desastres biológicos após a primeira pandemia, além do aumento óbvio da experiência do país na gestão de uma ESPII, o número de mortos e contaminados pela COVID-19 ultrapassou em muito o da H1N1. Em 2009, o ano que contabilizou as maiores mortes por H1N1, o Brasil tinha 50482 casos positivos para doença, dos quais 2060 culminaram em óbitos, enquanto que em 16 de abril 2020, pouco mais de um mês após a OMS declarar pandemia pelo novo coronavírus, o país já acumulava 33682 contaminados pelo SARS-CoV-2, dos quais 2141 morreram.

Apesar das duas ESPII serem originadas por uma pandemia, a resposta dada por cada gestão foi diferente, gerando resultados diferentes. Desta forma, este trabalho procura investigar por que há uma variação na resposta da gestão da pandemia de H1N1 e de COVID-19? Para responder tal questionamento, a pesquisa está circunscrita aos anos entre 2005, quando foi realizada a 58ª Assembléia Mundial de Saúde e consequente revisão do RSI, e 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19. Cabe ainda enfatizar que por se tratar de uma dissertação de mestrado, o curto período de tempo de pesquisa permite apenas que seja analisado o caso brasileiro, de modo que não há a pretensão de generalizar para outros casos as conclusões desta pesquisa.

Para conduzir a pesquisa, serão investigadas cinco variáveis<sup>6</sup>, sendo as três primeiras de contexto ou condição, a quarta interveniente e a quinta a dependente. São elas: (i) houve um aumento do tráfego internacional; (ii) características biológicas dos vírus; (iii) tempo de notificação; (iv) liderança política na resposta à pandemia; e (v) resposta à pandemia de COVID-19. O estudo da variável interveniente foi dividido em quatro causas SUIN: (a) pacto federativo; (b) insulamento burocrático; (c) condução da liderança política; e (d) observação dos tratados internacionais.

---

<sup>5</sup>Tal repatriação foi possível porque a declaração de ESPIN permitiu que o Brasil criasse e aprovasse rapidamente a lei 13.379, de 2020, sobre quarentena, que até então não existia. O dispositivo legal foi criado em 6 de fevereiro de 2020.

<sup>6</sup> A construção do desenho de pesquisa será feito na próxima seção.



## 1.1. Desenho de pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o porquê da resposta brasileira à COVID-19 ter tido sua eficiência limitada, a despeito do preparo da burocracia técnica brasileira de saúde. Argumenta-se que o fator limitante à resposta brasileira foi a existência de uma liderança política ativamente antagonista às orientações da burocracia técnica do Ministério da Saúde e suas autarquias e da burocracia técnica da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para responder tal questionamento, o trabalho se limitará a analisar 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19. Cumpre observar, contudo, que será necessário um recuo temporal a 2005, ano de publicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) pela OMS e a 2009, ano da primeira pandemia do século XXI; a pandemia de H1N1.

A pesquisa aqui desenvolvida é de natureza qualitativa, ainda que termos como hipóteses e variáveis se apresentem na construção do texto<sup>7</sup>. Neuman (2000) argumenta que pesquisas qualitativas usam a linguagem de casos e contextos e examinam processos sociais. Neste sentido, busca-se encontrar as causas de um fenômeno, que no caso desta dissertação é a eficiência limitada da resposta brasileira à pandemia de COVID-19. Cunha e Araújo (2018) complementam ainda que pesquisas qualitativas buscam a dinâmica interna do processo, focando em poucos casos de forma intensiva, enquanto as pesquisas quantitativas buscam estudar a regularidade do fenômeno social, e por estudarem um grande número de casos, são consideradas extensivas (CUNHA & ARAÚJO, 2018; NEUMAN, 2000).

O conceito de variável comumente é entendido como um fenômeno que varia e ao qual se pode atribuir valor (NEUMAN, 2000; VAN EVERA, 1997). As Ciências Sociais necessitam de um alto rigor metodológico, uma vez que nem em pesquisas quantitativas tão pouco qualitativas é possível o controle de todas as variáveis. Para Cunha e Araújo (2018): “ambas enfrentam os problemas de inferência relacionados a dados observacionais, mais especificamente os problemas de explicações alternativas e modelos mal definidos” (CUNHA & ARAÚJO, 2018, pp. 16).

No entanto, este trabalho não tem natureza quantitativa, tão pouco probabilística. Assim, por mais que o termo variável seja utilizado, não existe a

---

<sup>7</sup> O uso destes termos serão explicados.

intenção de atribuir peso ou valor às variáveis discutidas neste trabalho. A presente dissertação pretende examinar um processo por meio de hipóteses, variáveis e estudo de causas e efeitos. Ainda que caiba uma lacuna que permita o estudo para quantificação das variáveis, o tempo hábil de uma dissertação não permite o levantamento de tantas variáveis de um processo tão complexo. Van Evera (1997) diz que os trabalhos nas Ciências Políticas se debruçam sobre algumas variáveis de um processo complexo de muitas outras. Ademais, ressalta-se aqui que uma análise quantitativo destas variáveis seria pertinente e faz parte da agenda de pesquisa de interesse da autora, todavia, como acima mencionado, tal empreendimento extrapolaria e muito o escopo da presente dissertação. (NEUMAN, 2000; VAN EVERA, 1997)

Os autores classificam as variáveis de diferentes formas. Para Van Evera (1997), as variáveis são classificadas em cinco tipos: (i) independente; (ii) dependente; (iii) intermitente; (iv) condicional; e (v) de estudo. Já Freitas (1994), classifica em cinco grandes classes com subseções. A primeira é a referente a presença ou ausência da propriedade que enunciam. A segunda é de acordo com a divisibilidade, que tem como subseção as variáveis dicotômicas e as politômicas. A terceira classificação é a de acordo com a continuidade, que pode ser contínua ou descontínua. A quarta classe é a categorização e a quinta e mais relevante (segundo o próprio autor) é a relação causal, que pode ser dependente ou independente. Além destas, o autor cria um grupo para variáveis não classificadas, como as intervenientes, que não podem ser mensuradas. Neuman (1997) divide as variáveis em dependentes, independentes e intervenientes (NEUMAN, 1997; FREITAS, 1994; VAN EVERA, 2000).

Neste trabalho, serão consideradas as variáveis: (i) independentes; (ii) dependentes; (iii) de condição e (iv) intervenientes. Entende-se por variáveis independentes aquelas que causam o fenômeno analisado. Já as variáveis dependentes são aquelas que resultam da variação na variável independente e, finalmente, as intervenientes são aquelas capazes de alterar o efeito da variável independente sobre a dependente, influenciando, ou mesmo condicionando, o resultado da variável dependente, ou seja o fenômeno estudado (NEUMAN, 2000; FREITAS, 1994; VAN EVERA, 1997).

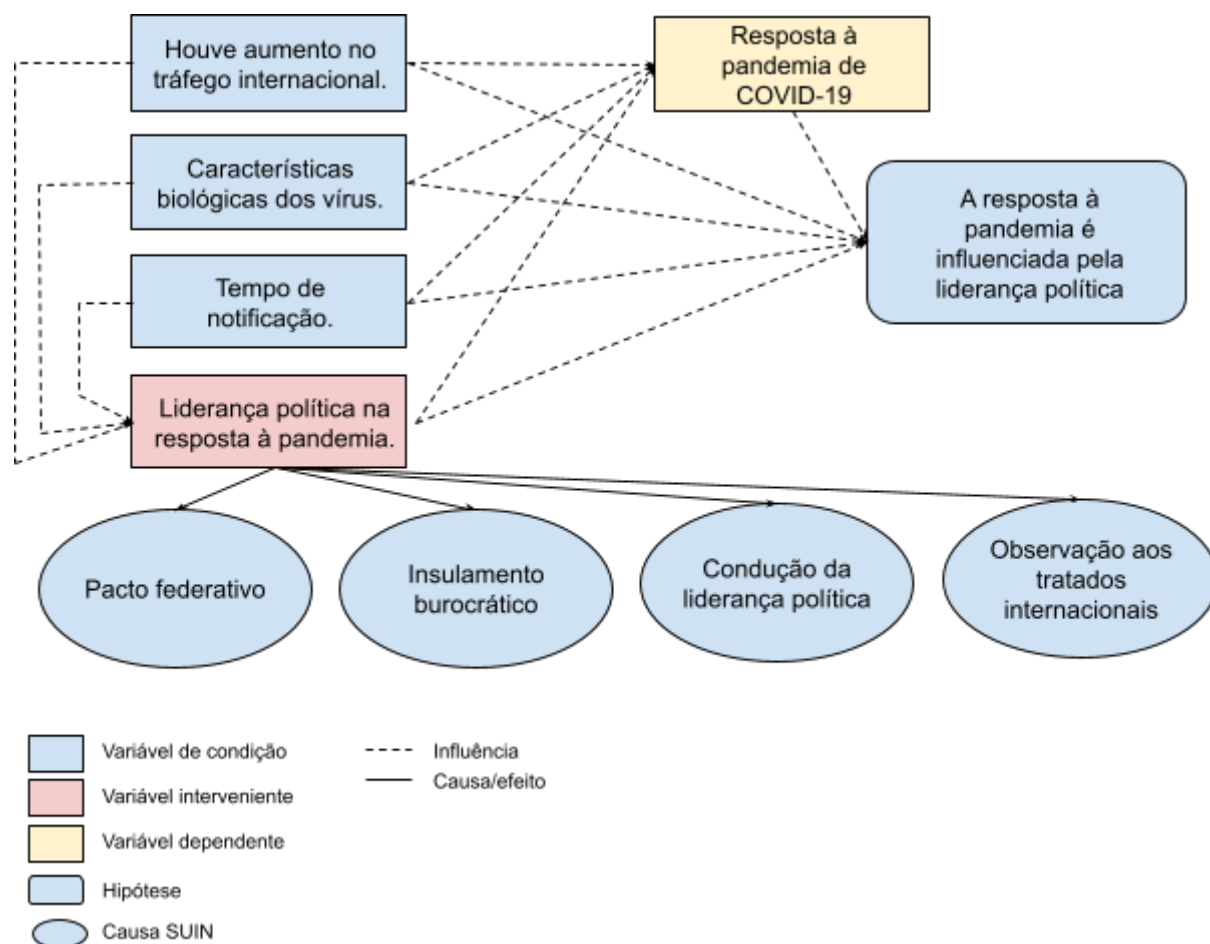
A resposta brasileira à pandemia da COVID-19 é a variável dependente de interesse desta dissertação, que, dito de outra forma, estuda os fatores que influenciaram a resposta limitada dada pelo Brasil à crise. Por conseguinte, a variável independente deste trabalho é a própria pandemia da COVID-19, que será descrita a partir da apresentação de três variáveis de condição, a saber, (i) o tráfego internacional de bens e pessoas; (ii) as características biológicas do vírus SARS-CoV-2; e (iii) ao tempo de notificação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional por parte da OMS. A quarta variável, a liderança política na resposta à pandemia, é a variável interveniente deste trabalho, entendendo que o fator político desempenha papel importante na relação entre a pandemia e a resposta brasileira, condicionando a eficiência da resposta. Ainda sobre esse tema, cumpre observar que a eficiência neste trabalho será estabelecida com base no ranking internacional de número de mortos e não pelo número de infectados, já que a letalidade da COVID-19 é baixa, mas o tempo de internação dos pacientes graves aumenta o risco de morte, já que gera saturação e potencial colapso dos sistemas de saúde.

Por fim, é necessário tecer alguns comentários sobre causas. Neuman (2000) diz que pesquisadores com foco em relações causais e seus efeitos, estão procurando sempre por causas. Mahoney (2008) classifica essas causas em quatro tipos. A primeira é a causa necessária. Sem ela não existe o fenômeno estudado, mas somente ela não é suficiente para o evento acontecer. Essas causas podem ter ordem de grandeza de importância. A segunda classe é a das causas suficientes. Estas, se estão presentes, explicam a ocorrência do fenômeno. No entanto, não podem ser consideradas o único caminho que causa o evento. Também existe peso diferente entre as causas suficientes. A terceira classificação é a das causas necessárias e suficientes. Como o nome sugere, essa classe sozinha explicaria o fenômeno, todavia, em evento de natureza social, raramente se consegue encontrar esse tipo de causa. O quarto grupo é o das causas INUS. Estas causas são múltiplos fatores causais que combinados causam resultados específicos, mas não são nem necessários e nem suficientes para a explicação do fenômeno. As causas SUIN são o último grupo, e representam partes suficientes, mas não necessárias de uma causa que é insuficiente, mas necessária para a ocorrência do fenômeno

(MAHONEY, 2008).

Na presente dissertação a classe de causas SUIN será analisada para compreender a variável interveniente identificada. Esta será então decomposta em quatro partes (ou causas) que, combinadas permitem a compreensão de porque a liderança política pode ser considerada uma variável interveniente que explica a resposta limitada oferecida pelo Brasil à pandemia, a despeito do preparo da burocracia técnica do MS e de suas autarquias. As causas que compõem a variável interveniente liderança política são: (i) o pacto federativo; (ii) o insulamento burocrático; (iii) a condução política da crise; (iv) a observância dos pactos internacionais. A figura 2 traz todas as variáveis, causas e hipótese esquematizadas.

**Figura 2:** Esquematização do desenho de pesquisa



**Fonte:** Autoria própria, 2020.

Ainda, para responder a pergunta de pesquisa, subentende-se que uma

análise comparativa em algum nível será feita. De fato este trabalho compara - em alguma medida - a resposta da administração pública brasileira à pandemia de H1N1 e a da COVID-19. Isso porque, aquela pandemia figura como uma conjuntura crítica que coloca em movimento uma série de mudanças nas estruturas de governança de desastres biológicos mundo afora, incluindo o Brasil. No caso brasileiro, vê-se que a experiência de gestão da pandemia de H1N1 forçou o Estado a traduzir o RSI para o português, adaptando-o à realidade nacional quando necessário, e a criar planos de resposta a desastres biológicos que só seriam colocados a prova quando do início dos rumores de pneumonia atípica vitimando pessoas na China.

De acordo com Ragin e Amoroso (2010), apesar da metodologia de comparação ser utilizada para examinar diferenças e semelhanças de casos, ela precisa de um número relativamente grande de espaço amostral, além de permitir a generalização, o que não será feito na presente pesquisa. Ainda que se pensasse em utilizar a comparação focada e estruturada, George e Bennett (2005) avaliam que tal metodologia é utilizada para que o estudo de experiências históricas se tornem conhecimento generalizável e útil por meio de coleta de dados padronizados, com comparações sistemáticas e acumulação de conclusões (GEORGE & BENNETT, 2005; RAGIN & AMOROSO, 2010).

Desta maneira, o método clássico de comparação, quer seja simples, quer seja a focada e estruturada, ficaria inviabilizado na presente pesquisa por pelo menos por quatro fatores: (a) o pouco tempo que dura a pesquisa de mestrado; (b) o baixo número de casos; (c) o recorte temporal da análise que não engloba o fim da atual pandemia; e (d) a eficiência das respostas não é comparável, na medida em que foi a experiência da H1N1 que gerou a elaboração dos parâmetros de resposta empregados na COVID-19. Assim, apesar de o trabalho trazer aspectos embrionários de uma comparação, este não será o caminho metodológico percorrido por esta dissertação.

Buscando tal rigor metodológico anteriormente dito, busca-se um método de rastrear o processo que sustenta as observações empíricas e as relaciona entre si.

"Uma vez que há fenômenos sociais complexos em que é difícil conhecer e aferir completamente as diversas manifestações empíricas envolvidas, o

exercício dos pesquisadores, em última instância, visa inferir uma proposição a partir de um conjunto de algumas observações empíricas relacionadas entre si, ou seja, faz-se um salto inferencial do que foi observado para construir uma explicação."

(CUNHA & ARAÚJO, 2018, pp. 22)

O método utilizado para o rastreo será o *process tracing*, que identifica o processo causal de um fenômeno através da compreensão de sua cadeia e/ou mecanismo causal.

## 1.2. Process Tracing

Neste trabalho, buscou-se rastrear o processo da resposta tanto da H1N1 quanto da COVID-19, para entender qual foi o caminho escolhido pela autoridade competente em cada pandemia. Assim, como Guzzini (2012) bem salienta, para entender o evento (no caso desta dissertação a resposta às pandemias) precisa-se compreender o mecanismo causal (a cascata de eventos realizada pela administração pública em cada caso).

"Rather, the very meaning of the event is part of the analysis and needs to be assessed on a case-by-case basis: it might literally not be the same in each case. The analysis is in an important sense bottom-up for the very understanding of the international factor. Finally, as this chapter will show, the set of process factors may not allow a more positivist version of process tracing: some factors are dispositional and not causal (ideational path dependence), interacting (between ideational traditions and institutional settings) and partly contingent (the political one). An interpretive and configurational analysis ensues" (GUZZINI, 2012).

Para análise dos dois casos será utilizado o método de *process tracing*. Para George e Bennett (2005), a metodologia de *process tracing* identifica o processo causal de um fenômeno, através da compreensão de sua cadeia e/ou mecanismo causal. Em concordância com os autores, Cunha e Araújo (2018), dizem que o método "se propõe a explicar mecanismos causais que geraram determinados resultados, e é fortemente associado com estudos de eventos já ocorridos".

Deste modo, e como já mencionado anteriormente, para conduzir a pesquisa serão investigadas cinco variáveis: (i) houve um aumento do tráfego internacional; (ii) características biológicas dos vírus; (iii) tempo de notificação; (iv) liderança política na resposta à pandemia; e (v) resposta à pandemia de COVID-19. O estudo da variável interveniente foi dividido em quatro causas SUIN: (a) pacto federativo; (b) insulamento burocrático; (c) condução da liderança política; e (d) observação dos tratados internacionais.

A primeira variável se sustenta na premissa que levou a atualização do Regulamento Sanitário Internacional, em 2005. O RSI, atualizado na 58ª Assembléia Mundial de Saúde, foi baseado em algumas resoluções da OMS (que serão melhor abordadas e explicadas no próximo capítulo). A Resolução WHA 48.7

dispõe sobre a necessidade da atualização do documento, uma vez que prevê um tráfego de pessoas, objetos e animais cada vez maior no mundo, aumentando o risco de uma pandemia. Será feito um levantamento de como era o tráfego internacional de pessoas, objetos e animais em 2005 (quando o RSI é revisado), em 2009 (pandemia de H1N1) e em 2020 (COVID-19) em bases nacionais e internacionais. Busca-se com esse levantamento entender se de fato houve um aumento entre os anos especificados, de modo que justifique o aumento do risco de uma pandemia.

A segunda variável diz respeito às características biológicas dos vírus. Em que pese a biologia molecular dos dois organismos não ter ação direta na administração pública, a escolha das ações tomadas a partir da caracterização dos vírus é fundamental para criação das políticas públicas para conter o desastre biológico<sup>8</sup>. Nesta hipótese, o que se pretende é verificar se existe diferença na virulência do vírus causador da H1N1 para o SARS-Cov-2, de modo que a contenção de uma pandemia tenha sido, de alguma maneira, mais fácil do que a da outra<sup>9</sup>. Além disso, também se analisará a existência de medicamentos de prateleira contra os vírus e o desenvolvimento de novos fármacos, de modo que tenha afetado a resposta às pandemias.

A terceira variável busca analisar o tempo de notificação e de declaração de pandemia pela OMS nos dois casos. O prefácio da versão traduzida do RSI pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) diz:

"A disseminação da influenza A (H1N1) em território nacional deixou patente o desconhecimento de muitos setores sobre os papéis das autoridades nacionais bem como os limites e as limitantes do Estado frente ao quadro que se apresentava naquele momento, principalmente, no que se refere ao comércio internacional e aos

---

<sup>8</sup>Cabe aqui ressaltar que durante a pesquisa dessa dissertação a pandemia de COVID-19 ainda não havia chegado ao fim. Além disso, o recorte temporal da pesquisa vai da atualização do RSI (2005) até o final do primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), de modo que muita ação dos tomadores de decisão foram feitas antes de se entender toda a parte biológica do vírus, por se tratar de um organismo que até então não era conhecido. Ainda hoje (outubro de 2021) procura-se entender como o vírus SARS-CoV-2 infectou o primeiro humano. Acredita-se que o vírus surgiu em um salto de espécies no mercado de carnes de Wuhan, na China.

<sup>9</sup>Apesar de não terem sido declaradas pandemias, também vale lembrar da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Ambas foram causadas por um coronavírus, como a COVID-19. A primeira em 2002 e a segunda em 2012. Na busca das características biológicas, vale também entender porque as doenças causadas por esses vírus não se tornaram uma pandemia.



direitos individuais dos cidadãos de se locomoverem para além das fronteiras de seus países de origem e residência."

(BRASIL, 2009)

O fragmento acima mostra que houve um acúmulo de conhecimento pós pandemia de H1N1. O prefácio ainda diz que "o conhecimento acumulado com o episódio da pandemia de influenza A(H1N1) reforça a divulgação do RSI" (BRASIL, 2009). O RSI foi traduzido justamente pela premissa de que o conhecimento deveria ser difundido em um outro episódio pandêmico. Apesar de o prefácio ser destinado aos profissionais do SUS, a experiência foi adquirida a nível internacional.

Esperava-se então que o acionamento das autoridades competentes, tanto nacionais quanto internacionais, de todos os países, fosse melhor na contenção da COVID-19 do que da H1N1. No entanto, notícias por todo mundo mostraram que a China não avisou a OMS com rapidez quando um médico (que veio a falecer pela doença que posteriormente ficou conhecida como COVID-19) detectou o surto de uma pneumonia atípica em Wuhan.

No âmbito da OMS, profissionais de saúde e cientistas criticaram a Organização tanto na declaração rápida demais da pandemia de H1N1 quanto na declaração tardia de pandemia pela COVID-19. Busca-se investigar então se a notificação e a declaração de pandemia tardias afetaram em alguma medida a resposta à COVID-19, da mesma maneira que se pretende entender se o tempo teve alguma influência na resposta à pandemia de H1N1.

A quarta variável trata da liderança política na resposta à pandemia, e é a variável interveniente. Para uma melhor análise, esta variável foi dividida em quatro causas SUIN: (i) pacto federativo; (ii) insulamento burocrático; (iii) condução da liderança política; e (iv) observação aos tratados internacionais.

Essa hipótese, em específico, se torna o tema central do trabalho, porque é a que busca entender a resposta da administração pública brasileira nos casos pandêmicos. Além disso, para entender o quanto a liderança política e a administração pública podem ter influenciado na resposta.

### 1.3. Estrutura da Dissertação

Este trabalho será dividido em quatro seções, contando essa introdução e a conclusão. O primeiro capítulo e segunda seção é dedicado ao arcabouço analítico, conceitual, aborda o debate sobre as definições de desastre que este trabalho fará uso, tendo como base principal os conceitos utilizados nas políticas públicas brasileiras dentro do recorte temporal. Esta primeira parte também será focada nos conceitos de administração pública necessários para o aprofundamento nas hipóteses, visto que os conceitos de administração pública são fundamentais e os principais instrumentos para o estudo de cada uma das quatro hipóteses.

No segundo capítulo serão abordadas as três primeiras hipóteses aqui apresentadas: (i) houve um aumento do tráfego internacional, incluindo viagens e comércio; (ii) os vírus possuem características biológicas diferentes e (iii) houve uma falha no tempo de notificação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional por parte da OMS. Optou-se por agrupar essas três hipóteses porque são as que caracterizam cada pandemia, mas não necessariamente falam sobre a administração pública brasileira em cada caso, tão pouco são suficientes para a análise da ativação do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC). No entanto, entender essas três hipóteses é fundamental para analisar como a resposta à pandemia do Brasil se deu em cada caso.

Após entender e caracterizar cada caso pandêmico, o terceiro capítulo desta dissertação pretende analisar a quarta e última hipótese sobre a existência de diferenças na liderança política da gestão da pandemia. Para estudar a liderança política em cada pandemia é necessário entender o mecanismo da administração pública em cada gestão. Este capítulo e, conseqüentemente, hipótese, é de fato o centro deste trabalho. Nessa seção serão analisadas como as políticas públicas (pertinentes a cada época) foram utilizadas e colocadas em práticas, e se houve alguma interferência de lideranças políticas além das previstas por lei<sup>10</sup>.

Por último, o trabalho traz uma conclusão da pesquisa, concluindo então

---

<sup>10</sup>Cumprir notar a Lei 12.608, de 2012, que institui a atualização do Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), que é hoje o instrumento que orchestra a resposta a desastres no Brasil, independente da sua origem. Em 2009, ano da pandemia de H1N1, o documento ainda não havia sido atualizado, de modo que não se pode analisar a administração pública nos dois episódios pandêmicos com base nas mesmas políticas públicas.

sobre como foi a resposta brasileira nos dois episódios pandêmicos do século XXI e deixando sugestões de estudos sobre o tema.

## 2. Arcabouço Analítico

### 2.1. Introdução

A globalização trouxe seus benefícios e malefícios. O número elevado de viagens internacionais, aliado às mudanças climáticas e o padrão de consumo do ser humano, aumentou o risco da propagação de doenças a nível mundial. Neste sentido, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) insta os países a se prepararem para uma pandemia.

“O caos das megacidades, que crescem aceleradamente e se multiplicam pelo planeta, saturadas de automóveis e criminalidade (local e transnacional), soma-se aos problemas ambientais, climáticos e demográficos. Se, por um lado, a população mundial cresce cada vez mais lentamente, por outro, ela envelhece rápido e produz crescentes migrações do Sul para o Norte, gerando tragédias e xenofobia. A era da grande mobilidade, social e espacial, também é a do medo e da incerteza face ao futuro. E não apenas o comércio e os investimentos cruzam as fronteiras, mas, igualmente, os delitos transnacionais, como o tráfico de armas, drogas, pessoas e lavagem de dinheiro.”

(VISENTINI, 2017, pp. 123)

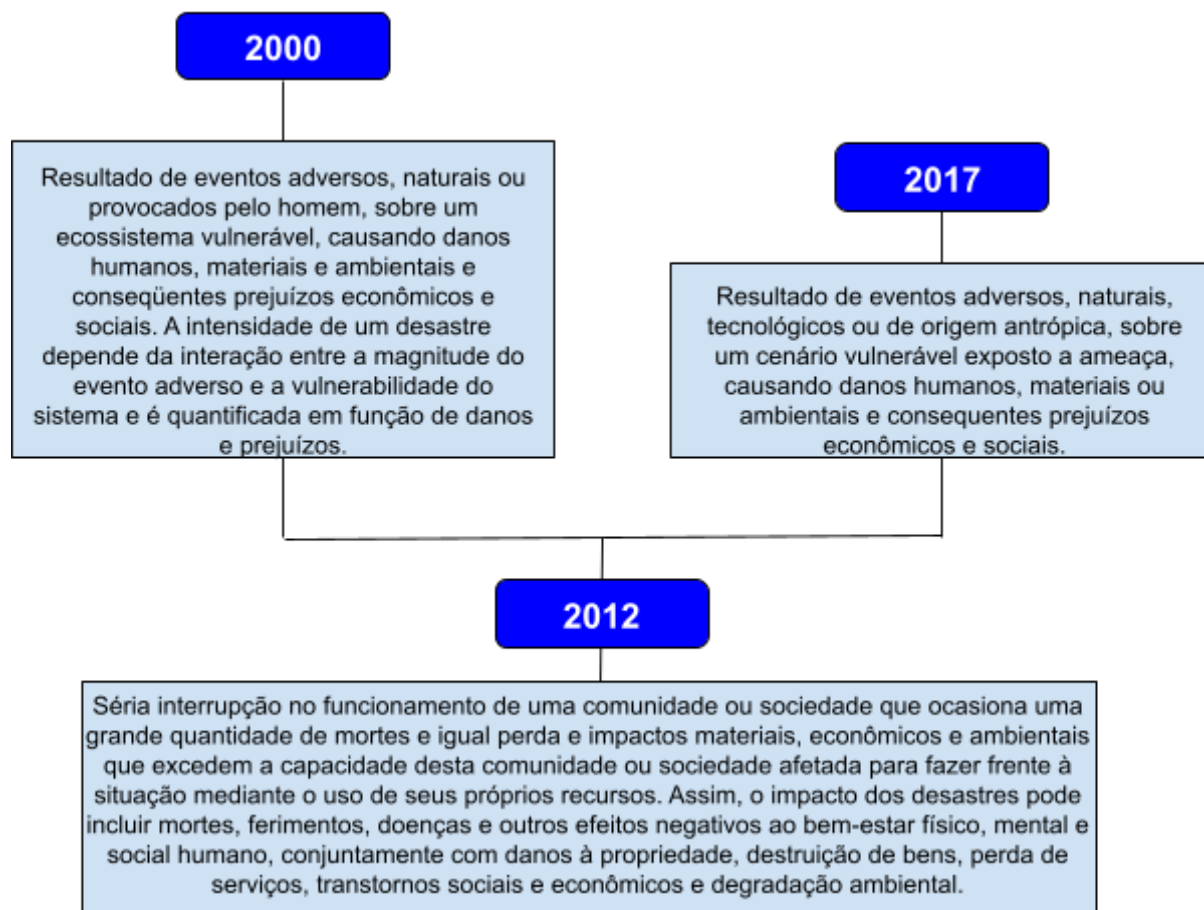
Eventos como a pandemia de COVID-19 são classificados como desastres, segundo a legislação brasileira. O dispositivo legal que traz tal aparato é a Lei 12.608, de 2012. No texto, está prevista a criação da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), que existia antes com o nome de Plano Nacional de Defesa Civil. A definição de desastre da PNPDEC é a prevista na Instrução Normativa 02/2016, do extinto Ministério da Integração Nacional: “resultado de eventos adversos, naturais, tecnológicos ou de origem antrópica, sobre um cenário vulnerável exposto a ameaça, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (BRASIL, 2012).

Etimologicamente, a palavra desastre tem origem latina e significa “má influência dos astros”. No entanto, hoje tal palavra é utilizada para caracterizar eventos inesperados com consequências na vida humana e que podem ser de origem natural, antropogênica ou mista. O mundo de uma maneira geral vem tentando se preparar cada vez mais eficientemente para estes eventos. Exemplo

disso é a OMS em 2005 orientando os países a prepararem planos de contingência para seus estados e municípios para uma possível pandemia por influenza. No entanto, a fase de resposta coloca em xeque toda a preparação (ANVISA, 2009).

Todo evento que esgota a capacidade de resposta de uma comunidade pode ser considerado um desastre. No Brasil, a definição de desastre utilizada mais largamente é a prevista na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Apesar do documento mais recente ser de 2017, existem versões anteriores que trazem conceituações diferentes. A Figura 2 mostra a evolução da conceituação de desastre na PNPDEC desde o ano 2000 até 2017.

**Figura 3:** Evolução do conceito de desastre utilizado pela Defesa Civil ao longo dos anos.



**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2000; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017.

Em que pese o Brasil ter outras políticas públicas que trazem em seu escopo definições sobre desastres, tais conceituações deitam raízes na prevista pela PNPDEC. Internacionalmente, a United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) define desastre como

“A serious disruption of the functioning of a community or a society involving widespread human, material, economic or environmental losses and impacts, which exceeds the ability of the affected community or society to cope using its own resources.”

(UNISDR, pp. 09, 2009)

A classificação de desastres segundo a origem se refere ao agente causador do desastre. Desastres naturais são causados por fenômenos e desequilíbrios da natureza (como epidemias, pandemias, deslizamentos de terra...); já os desastres antropogênicos são provocadas por ações do homem no meio em que vive, como o desenvolvimento tecnológico desenfreado, uso irresponsável de recursos naturais e a crescente produção de resíduos; e os desastres mistos ocorrem quando as ações humanas intensificam desastres naturais, como é o caso de construções irregulares em áreas de risco, chuvas ácidas e inversões térmicas (UFSC, 2012).

A circulação de pessoas, animais e objetos, além do aprofundamento das desigualdades sociais, limitando o acesso das pessoas aos serviços e tecnologias de saúde, favorecem o aumento na velocidade de disseminação e propagação de doenças, facilitando condições para o surgimento de epidemias e, eventualmente, de pandemias. De acordo com Rezende (1998), a primeira vez que a palavra pandemia foi utilizada foi por Platão, em seu livro “Das Leis”. Nele, o filósofo usou a palavra em um sentido genérico, referindo-se a qualquer evento que fosse capaz de alcançar toda população. Hoje em dia, o termo é utilizado para caracterizar uma epidemia de grandes proporções, que se espalha por vários países e mais de um continente (REZENDE, 1998).

A área de classificação da pandemia é a dos desastres naturais. De acordo com o COBRADE (Classificação e Codificação Brasileira de Desastres), ainda é classificada como um desastre biológico, do subgrupo epidemias e do tipo “doenças infecciosas virais”. O desastre biológico é um evento por si só que já nasce do esgotamento da capacidade de resposta local, exigindo uma coordenação a nível

nacional e internacional de todos os atores envolvidos na gestão da governança de desastres biológicos. Um desastre biológico é um desastre do tipo QBRN: Químico, Biológico, Radiológico ou Nuclear.

O esgotamento dos recursos de resposta da comunidade onde ocorreu o desastre já aponta para o acionamento das Forças Armadas. Além disso, as características do desastre biológico faz com que quem tenha a capacidade de responder sejam as Forças Armadas, uma vez que são treinados para Defesa Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (DQBRN). O que diferencia o desastre QBRN de um ataque QBRN é simplesmente o agente causador, que no primeiro é acidental e no segundo intencional. Desta maneira, a resposta dada em ambos os casos é a mesma.

No Brasil, o Sistema de Defesa Química, Biológica, Radiológica e Nuclear do Exército (SisDQBRNEx) prevê ações de caráter permanente concernentes à capacitação de recursos humanos e à prontidão operacional, de modo a permitir uma resposta pronta e efetiva a uma ameaça, incidente/acidente ou desastre envolvendo agentes QBRN. Esse sistema é pautado pela interoperabilidade com as demais Forças Armadas na consecução de ações conjuntas, bem como pela atuação integrada com os demais atores governamentais e não governamentais (BRASIL, 2012).

Já o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (Sinpdec), coordenado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional, prevê, no âmbito da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), o monitoramento de eventos potencialmente causadores de desastres, entre eles os eventos biológicos, nucleares e químicos.

Portanto, a coordenação da resposta a uma emergência em saúde pública decorrente de agentes QBRN envolverá, necessariamente, a cooperação técnica e institucional entre o SisDQBRNEx; o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (Sinpdec); o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em especial às vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental; além do Sistema de Proteção ao Programa Nuclear Brasileiro (Sipron), quando elementos nucleares estão envolvidos.

A crise da COVID-19 não foi só no âmbito da saúde pública. Para Harari (2021):

“No entanto, a COVID-19 não é apenas uma crise de saúde. Também resulta em uma enorme crise econômica e política. Tenho menos medo do vírus do que dos demônios interiores da humanidade: o ódio, a ganância e a ignorância. Se as pessoas culparem os estrangeiros e as minorias pela doença; se as empresas gananciosas se importarem apenas com seus lucros; e se acreditarmos em todos os tipos de teorias da conspiração – será muito mais difícil superar essa epidemia e, mais tarde, viveremos em um mundo envenenado por esse ódio, por essa ganância e por essa ignorância. Por outro lado, se reagirmos à epidemia com solidariedade e generosidade em escala mundial, e se confiarmos na ciência e não em teorias de conspiração, estou certo não apenas de que podemos superar esta crise, mas que sairemos dela muito mais fortes.”

(HARARI, 2021)

Para entender tal coordenação, é preciso também entender conceitos da administração pública e como ela é orquestrada em casos de desastres, principalmente os biológicos, que é o foco dessa dissertação. Argumenta-se então que a liderança política, alinhada à estrutura burocrática do país, é fundamental para que os danos gerados pela pandemia sejam minimizados. Assim, neste capítulo serão abordados o arcabouço teórico e legislativo brasileiro e internacional que, em tese, deveriam subsidiar a coordenação da resposta. A próxima subseção trata da governança de desastre na política internacional e as suas implicações nas decisões domésticas.



## 2.2. Governança de Desastre na Política Internacional

A pandemia de COVID-19 é um problema que não tem fronteira. Apenas uma coordenação mundial é capaz de conter o vírus. O órgão central coordenador de tal resposta internacional é a Organização Mundial de Saúde (OMS), associada à Organização das Nações Unidas (ONU). Para entender a centralização da resposta na OMS, é preciso conhecer como se deu sua criação e a origem de suas ações, além do impacto da Organização nas relações internacionais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada em 1948, apenas três anos depois da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que, por sua vez, foi criada em 1945, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Em abril de 1945, durante a Conferência para a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em São Francisco, representantes do Brasil e da China propuseram a criação de uma organização internacional de saúde e uma conferência para enquadrar sua constituição (SIQUEIRA, 2019; WHO, 2022).

“A história da Organização Mundial da Saúde, encontra o primórdio de sua existência datada junto à criação da Organização das Nações Unidas, em 1945. Durante as reuniões dos primeiros diplomatas responsáveis pela criação da Organização das Nações Unidas, iniciou-se a discussão acerca da necessidade de uma organização específica que tratasse do tema da saúde. Assim, foi criada em 1948 a Organização Mundial da Saúde”  
(SIQUEIRA, 2019)

A Constituição da Organização Mundial de Saúde foi proposta em 1946, durante a Conferência Internacional de Saúde, em Nova York, mas só entrou em vigor em 7 de abril de 1948, quando o vigésimo sexto dos 61 governos que a assinaram ratificou sua assinatura. A primeira Assembleia da Saúde foi aberta em Genebra, em 24 de junho de 1948, com delegações de 53 dos 55 Estados-Membros (WHO, 2022). O Brasil ratificou sua assinatura em 14 de fevereiro de 1946, por meio do Decreto Legislativo n.º 6. No entanto, apenas em 17 de dezembro de 1948 foi que o país de fato outorgou sua entrada na Organização Mundial de Saúde, no Decreto nº 26.042.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946) é composta por 82 Artigos, que em conjunto devem cumprir o objetivo da própria OMS e levar saúde a todos. Segundo o documento, a Organização é um organismo especializado, de

acordo com o Artigo 57 da Carta das Nações Unidas. Cabe destacar aqui dois Artigos de tal Constituição:

Artigo 2:

- k)** Propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização, quando compatíveis com os seus fins;
- (...)

Artigo 21:

A Assembléia da Saúde terá autoridade para adotar os regulamentos respeitantes a:

- a)** Medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças;
- b)** Nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública;
- c)** Normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional;
- d)** Normas relativas à inocuidade, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional;
- e)** Publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional.”

Assim, sendo o Brasil um Estado-Membro da OMS, precisa respeitar as resoluções da Organização, principalmente no que diz respeito às medidas sanitárias e protocolos de quarentena para evitar a propagação internacional de doenças como a COVID-19. As recomendações da OMS são de cunho normativo, segundo o artigo 2 k). Oliveira diz que:

“Consoante o disposto no artigo 22, tais Regulamentos entram em vigor automaticamente para os Estados membros após a devida notificação de sua adoção pela AMS. Os países que não desejarem ser vinculados ao Regulamento aprovado devem manifestar sua rejeição (ou apor reservas, caso não concordem apenas com dispositivos específicos do texto), em verdadeiro exercício de direito de *opt-out*. (...) Relevante para o presente contexto é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, ou International Health Regulations, no termo em inglês), cuja primeira versão foi adotada em 1969. A última – e única – revisão deu-se em 2005 e, até o momento, nenhum Estado objetou suas disposições. O Brasil promulgou o texto do RSI, já revisado, por meio do Decreto n.º 10.212/2020, dando-lhe vigência interna, além da vigência internacional que já lhe conferiam, ao menos desde

2007, a parte final do artigo 22 da Constituição da OMS e o artigo 59 do próprio Regulamento.”

(OLIVEIRA, 2021, pp. 83-84)

No mesmo sentido, Guimarães e Silva (2021) diz que as decisões da OMS não são vinculativas, sendo majoritariamente recomendações e resoluções que os países signatários não são obrigados a obedecer. No entanto, os autores ressaltam que as resoluções do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) são obrigatórias para os Estados-Parte da OMS (GUIMARÃES & SILVA, 2021). É importante ressaltar aqui que, apesar das ações da Organização não serem de cunho obrigatório, ela é o órgão centralizador da resposta, além de ser a instituição internacional que detém maior capacidade técnica para instruir os países durante a pandemia.

Todo debate sobre a criação da Organização Mundial de Saúde e sua Constituição é de extrema importância para entender como a Instituição permeia as relações internacionais do mundo. No entanto, a OMS não é o único órgão ou diretriz de sistema internacional que insta o país a responder a pandemia de modo eficaz e coerente. No âmbito das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, diz que a saúde e o bem-estar são direitos de toda pessoa, inclusive a assistência médica (ONU, 1948).

Especificamente falando de desastre, destacam-se o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastre (2015) e o Escritório das Nações Unidas para Redução do Risco de Desastre, que produziu a Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (a mais recente de 2009). Falar de desastre nesta seção não é desconexo, tão pouco sem intenção. Quando um desastre acontece, a saúde da população é diretamente atingida, gerando feridos, infectados e/ou óbitos. No caso da pandemia, caracterizada como um desastre biológico, a resposta ser centralizada em um órgão de saúde é fundamental, uma vez que são os profissionais da área que são capacitados para tal.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Ainda que não faça parte do recorte temporal desta pesquisa, cabe aqui ressaltar sobre dois fatos. O primeiro diz respeito à intenção da comunidade internacional de criar um novo tratado internacional de preparação e resposta à pandemia, visando proteger as gerações futuras. A iniciativa partiu de vinte e cinco chefes de governo e agências internacionais. De acordo com os líderes, não se trata mais de “se” acontecer uma pandemia, mas sim “quando” ela vai ocorrer, sendo fundamental o preparo dos países. O segundo fato foi a criação do Painel Independente para Preparo e Resposta de Pandemia. Em maio de 2021, o grupo submeteu o documento “COVID-19: *Make it the Last*

Ainda, no caso da COVID-19, observou-se que apenas a atenção médica não é suficiente. Insumos básicos como máscaras e respiradores, fundamentais para o bloqueio físico do espalhamento do vírus e para recuperação dos infectados, respectivamente, não foram suficientes, levando alguns países até mesmo a “sequestrar” aviões que transportavam tais objetos. Deste modo, uma governança de desastre se faz necessária e, no caso pandêmico, uma internacional. A governança é um sistema complexo entre atores e instituições de caráter público e privado desenhadas para o governo, mas também para além dele. A governança é um sistema de administração descentralizado nos atores através de redes, que dominam a política pública. (PETERS & PIERRE, 1998; STOKES, 1998)

A governança de desastres, em específico o biológico, é complexa. Diversos atores do setor público e privado são empregados na resposta, e se a coordenação desses respondedores falhar, as chances da resposta também falhar são grandes. Apesar do sistema de gestão baseado na governança ser importante nesses eventos, ele não evita que a crise ocorra, só faz a gestão de forma mais flexível (STOKER, 1998).

No Brasil, o órgão centralizador dessa resposta nos casos de desastres biológicos é o Ministério da Saúde (cujo as características serão exploradas nas próximas seções), juntamente com a Defesa Civil<sup>12</sup>. Para Souza e Fontanelli (2021) “a chegada da pandemia tirou dos bastidores uma das muitas tensões inerentes a todo sistema federal, ou seja, a competição em torno de quem decide, quem coordena, quem implementa e quem financia políticas públicas”. Os autores continuam dizendo que alguns países contornaram essas tensões através de seus Chefes de Estado, enquanto outros aumentaram tais tensões (SOUZA & FONTANELLI, 2021).

Assim, por mais que a governança seja bem definida, com seus atores e instituições preparados para a crise, se no momento que ela ocorre a liderança política máxima (como o presidente em sistemas presidencialistas) tenta interferir na

---

*Pandemic*”, na Assembléia Mundial de Saúde. Dentre as 86 páginas, o grupo dizia que a pandemia poderia ter sido evitada (THE INDEPENDENT PANEL, 2021; OPAS, 2021).

<sup>12</sup>A Defesa Civil é o órgão coordenador de todos os desastres no Brasil, no entanto, como o próprio sistema de governança sugere, quando o desastre é biológico, essa coordenação é descentralizada, ficando na responsabilidade do Ministério da Saúde, órgão que detém a expertise necessária em casos de Emergência em Saúde Pública.

burocratização dessa tal governança (independente se uma interferência boa ou ruim), ela vai afetar o resultado da resposta ao desastre. Precisa-se então que outras Instituições Políticas atuem de modo a garantir o funcionamento da governança. No Brasil, essa garantia geralmente vem do sistema judiciário, por meio do Superior Tribunal Federal (STF), e do legislativo, através dos deputados federais e senadores.

O documento que internacionalmente coordena a resposta é o regulamento sanitário internacional.

## 2.4. A Governança de Desastre na Administração Pública Brasileira

A administração pública nasce da própria necessidade de se administrar o Estado. Madureira e Rodrigues (2006) falam sobre a evolução da administração pública. Para os autores, essa transformação surge da falência do *Welfare State*, que seria o Estado interferindo diretamente na vida econômica e social da população, sendo um “Estado Providenciário”. Já Pereira (1996), diz que a administração burocrática vai surgir do amadurecimento de uma administração patrimonialista uma vez que, segundo o autor, “esse tipo de administração revelar-se-ia incompatível com o capitalismo industrial e as democracias parlamentares que surgem no século XIX” (PEREIRA, pp. 10, 1996). Observa-se que apesar da diferença de dez anos entre os trabalhos dos autores acima citados, ambos falam sobre a transformação da administração do Estado.

Madureira e Rodrigues (2006) falam que a administração teve três fases: a burocrática, a “managerial” (que surge do *New Public Management*) e o conceito de governança como a forma mais recente da administração estatal. Já Besser enxerga tal evolução de uma administração burocrática para uma gerencial. Os conceitos dos tipos de administração feitos pelos autores foram esquematizados no quadro abaixo.

**Quadro 5:** Os tipos de administração

Tipo	Descrição
Burocrática (Madureira e Rodrigues)	Os autores não se debruçam sobre o conceito da administração burocrática. Se limitam apenas a dizer que a substituição dela se dá por uma percepção que nasce nos anos 70 de que a administração privada seria superior à pública, de modo então que esta deveria se inspirar na anterior.
“Managerial”	As organizações do setor público e do setor privado devem ser geridas por princípios similares na sua essência, apesar de, ao contrário das privadas, as organizações públicas poderem procurar satisfazer interesses socialmente globais e serem (em maior ou menor grau, mas incontornavelmente) controladas pelo poder político. Caracterizada por uma grande descentralização.
Governança	O novo modo de gestão leva em consideração variáveis que até

	então não eram contabilizadas. A gestão pública é feita por gestão de redes complexas e por diversos atores, de modo que não há espaço para imposições unilaterais. Como o reconhecimento de que numa sociedade global não existem imposições unilaterais de quaisquer tipos de liderança, pelo que Estado e administração pública passam a ter que funcionar como “sistema de órgãos orientadores dos distintos atores sociais e econômicos de uma sociedade determinada”.
Patrimonialista	O patrimônio público e o privado eram confundidos. Nesse tipo de administração, o Estado era entendido como propriedade do rei. O nepotismo e o empreguismo, senão a corrupção, eram a norma.
Burocrática (Pereira)	É essencial para o capitalismo a clara separação entre o Estado e o mercado; a democracia só pode existir quando a sociedade civil, formada por cidadãos, distingue-se do Estado ao mesmo tempo que o controla. Tornou-se assim necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas da clara distinção entre o público e o privado, mas também da separação entre o político e o administrador público.
Gerencial	Bem parecida com a “managerial”. Após a II Guerra Mundial há uma reafirmação dos valores burocráticos, mas, ao mesmo tempo, a influência da administração de empresas começa a se fazer sentir na Administração Pública. As idéias de descentralização e de flexibilização administrativa ganham espaço em todos os governos.

Fonte: Adaptado de Pereira, 1996 e Madureira & Rodrigues, 2006.

Em que pese a variedade das formas de se enxergar a administração pública, esse trabalho se baseará na burocracia caracterizada por Max Weber, que é aquela baseada na capacidade técnica e no mérito profissional para a gestão em cargos públicos.

#### **2.4.1. A Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal. O Artigo 196 diz:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A segunda seção do oitavo capítulo da Constituição é toda dedicada à saúde.

Segundo o documento, as diretrizes do sistema público de saúde são a descentralização nos três entes federativos, o atendimento integral com prioridade para a medicina preventiva e a participação da comunidade.

Apesar da Constituição instituir o SUS, é a lei 8.080, de 1990, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde” que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências. A definição do SUS no dispositivo legal é dada pelo Artigo 4: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

As ações de saúde do SUS vão muito além do que a assistência médica rotineira, como as consultas e os atendimentos. A exemplo disso temos a Secretaria de SVS, e nesta o CIEVS. Como já visto nas seções anteriores, o Centro é o Ponto Focal da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil, detendo a capacidade para realizar o rastreamento de notificações de eventos que fogem da normalidade na saúde do mundo inteiro. O caráter público da saúde no governo brasileiro faz com que os profissionais que nela atuem sejam profissionais que detenham o conhecimento técnico e sejam contratados por meio de concursos públicos, como prevê a Constituição Federal. A burocratização desse sistema será discutida na próxima subseção.

#### **2.4.2. A Burocratização do Ministério da Saúde**

Existem diversas formas de se enxergar as organizações, sejam elas privadas ou públicas. Gareth Morgan, em seu livro “Imagens da Organização” (2010) traz oito formas de se estudar as organizações. Entre elas, o autor compara as organizações com sistemas políticos. Morgan fala sobre como a estrutura dessas instituições frequentemente envolvem autoridade, poder e relações superior-subordinado.

“A palavra autocracia significa o tipo de poder absoluto e frequentemente ditatorial associado ao exercício de comando por parte de alguém. Nas burocracias, a forma de regulamentação está associada ao uso da palavra



escrita e é exercida pelos burocratas que se sentam atrás de seus *bureaux* ou mesas, fazendo e administrando as regras que são o guia da atividade organizacional. O poder e a responsabilidade em tais organizações estão intimamente ligados com o conhecimento e uso das regras por parte de alguém e com a forma praticamente legal de administração que isso implica”. (MORGAN, pp. 148, 2010).

Em alguns casos a burocracia não necessariamente é uma coisa ruim. “A crítica à burocracia é uma das marcas do mundo contemporâneo. Paradoxalmente, no entanto, a existência do modelo burocrático é indispensável para a sociedade atual e condição necessária para a ordem democrática.” (ABRUCIO & LOREIRO, 2018). Lemos, Ramos & Filho (2021) trazem síntese do conceito de burocracia do economista alemão Max Weber:

“a burocracia é vista de forma benéfica na administração pública, pois segue estritamente as leis e normas institucionais assim apresentando padronização nos procedimentos administrativos. Desta forma o funcionário com um pouco de treinamento especializado estará capacitado para executar todas as funções inerentes ao cargo em que ocupa. São características extremamente positivas da burocracia a exatidão, discrição, agilidade e procedimentos bem definidos.”

(LEMONS, RAMOS & FILHO *apud* WEBER, 2021)

Se juntarmos as ideias de Morgan (2010) e Abrucio & Loureiro (2018), entendemos que o estudo das organizações e das suas formas de administração são muito mais profundas do que uma análise superficial das políticas públicas e da burocracia envolvida. O insulamento burocrático nasce da própria política. De acordo com Nunes (1997), a criação do insulamento burocrático parecia ser a melhor opção para impedir a realização de políticas desenvolvimentistas que não fossem limitadas pelo favoritismo político. “As agências protegidas pelo insulamento burocrático mostraram-se dispostas a manter procedimentos técnicos e uma certa dose de universalismo de procedimentos no recrutamento de seus funcionários” (NUNES. pp. 36, 1997).

Seguindo a mesma ideia, Cavalcante, Lotta & Oliveira (2018) caracterizam insulamento burocrático como “um fenômeno no qual a burocracia possui um alto grau de independência em relação aos controles político ou social” (CAVALCANTE,

LOTTA & OLIVEIRA, pp. 59, 2018). As características dos profissionais que compõem o MS, que exige que sejam técnicos capacitados nas suas respectivas funções, exigindo assim algum nível de burocracia.

A história da constituição do Ministério da Saúde como um Ministério independente aconteceu em 1953. De acordo com Costa (2011):

“Já a saúde pública, de caráter preventivo e coletivo, manteve-se no âmbito do Ministério da Saúde, criado em 1953, a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde. O MS herdou a agenda sanitária de combate às endemias rurais e epidemias que, até então, estava sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Educação e Saúde. Da década de 1950 à de 1980, o Ministério da Saúde atuou como gestor das ações de saúde pública, numa concepção universalista, sem que esta fosse uma diretriz priorizada na consolidação do sistema de saúde brasileiro, cunhado pela medicina previdenciária.”

(COSTA *apud* MACHADO, pp. 15, 2011)

O parágrafo segundo do artigo 137 da Constituição Federal Brasileira de 1988 diz:

“a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.”

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Apesar do atual momento não revelar desveladamente uma crise financeira, sabe-se que a gestão da saúde pública gerou uma crise política. De nada adianta estudar o processo decisório do líder político se esse processo não for revelado na máquina pública por meio da gestão. Uma forma de sustentar a gestão pública, segundo Weber (1980), é pela burocratização.

“Diante do avanço irresistível da burocracia na esfera política, Weber preocupava-se com três problemas: 1) o estreitamento da liberdade, 2) a contenção e controle das forças burocráticas e 3) a superação das limitações políticas da burocracia. (...) Em sua ótica, a inaptidão política do burocrata residia na diferença de seu ethos em relação ao político profissional: enquanto o primeiro movia-se pelo senso do dever pelo dever, a atitude política exigia uma responsabilidade de ordem diferente.”

(SELL *apud* Weber, 2011).

Pensar na burocratização do Ministério da Saúde durante uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e/ou Internacional não significa uma problematização, mas sim a segurança de que o protocolo pré definido para aquela situação vai ser cumprido por um corpo técnico competente. Weber (1978) diz que “a administração burocrática significa, fundamentalmente, o exercício da dominação baseada no saber. Esse é o traço que a torna especificamente racional” (WEBER, 1978).

A falha na resposta a um desastre de saúde pública acontece justamente quando há um problema na burocratização. Não só na burocratização, mas em todo o resto do sistema necessário para uma democracia. Não pode-se deixar de citar nesse momento o conflito entre as três esferas do federalismo que aconteceu no Brasil durante a resposta à pandemia de COVID-19. A burocratização da esfera pública através do aprimoramento técnico dos participantes é o que afasta ele da política e aproxima da gestão pública pura e simples.

O processo decisório dos líderes vai afetar diretamente a burocratização da administração pública na gestão da crise. Segundo Alexandre de Moraes (1997), administração pública

“pode ser definida objetivamente como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para a consecução dos interesses coletivos e subjetivamente como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado”.

(MORAES, 2020, p. 281)

O conceito da administração pública nasce da relação sociedade - Estado, de modo que as políticas públicas são as ferramentas desta conjunção. Os momentos que levaram o Brasil à reforma da administração pública foram os de crise fiscal, como a de 79 (PEREIRA, 1996).

### **2.4.3. O Federalismo**

As federações são instituições políticas que, a priori, parecem não ser insuladas burocraticamente. No entanto, o esforço para descentralizar o poder e dissolvê-lo nas três esferas faz com que a burocracia seja uma grande aliada do processo. São compostas por várias dimensões com o objetivo de manter a

heterogeneidade dos territórios. Por isso, não existe um modelo único de federação, cada país faz o seu formato institucional de acordo com as suas regras constitucionais. (SOUZA & FONATANELLI, 2021).

A maior definição de federalismo no modelo de governo brasileiro pode ser retirada da própria Constituição Federal de 1988. No Título III, que discorre sobre a Organização do Estado, destacam-se alguns artigos importantes para entender o sistema político brasileiro dividido em três esferas: (i) O artigo 24 diz que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre dezesseis tópicos diferentes, destacando-se o parágrafo “IX - educação, cultura, ensino, desporto, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação” e o “XII - previdência social, proteção e defesa da saúde”; e o (ii) artigo 30, que diz que compete aos municípios legislar sobre os assuntos de interesse local e complementar a legislação federal e estadual no que precisar. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A descentralização do poder nos três entes federativos pode tornar mais difícil a coordenação das políticas públicas, gerando conflito de poder, superposição de competências e competição entre os três níveis de governo. A maior discussão do federalismo no Brasil hoje tange os sistemas fiscais e tributários. No entanto, a descentralização política em uma Federação é imprescindível na gestão de uma crise, uma vez que centralizar todas as decisões somente na União pode fazer com que situações peculiares de cada município não sejam tocadas pelas ações de resposta (ARRETCHE, 2004). De acordo com Souza & Fontanelli (2021):

“Como temos aprendido, países federais deram respostas diferentes para o enfrentamento do coronavírus. A despeito do consenso da inexistência de um modelo único de federação, o que poderia explicar as diferentes respostas, a pandemia deixou claro que o desenho do federalismo importa e pode ser acionado para explicar as distintas estratégias dos países.”  
(SOUZA & FONTANELLI, 2021)

Em relação à saúde pública, o modelo do federalismo descentralizado começa a ser mais forte a partir da criação do SUS, 1988. O SUS revela um modelo de provisão de serviço público com graus de centralização e descentralização, com tensões verticais e horizontais. Viana e Machado (2009) dizem que o Brasil atravessou momentos de centralização e descentralização desde que o federalismo

surgiu na Constituição Republicana de 1981. O resultado da pesquisa dos autores mostra que a centralização e a descentralização no âmbito do Ministério da Saúde seguem os contextos políticos de cada época (VIANA & MACHADO, 2009).

Para Santos (2010), o esquema federativo na saúde começou antes mesmo da criação do SUS. O autor diz que desde o convênio das AIS (Ações Integradas de Saúde) e SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde), nos anos 80, havia a descentralização da coordenação da saúde entre estados, municípios e a União. (SANTOS, 2010).

### 3. O Regulamento Sanitário Internacional e as Políticas Públicas Nacionais na COVID-19

#### 3.1. Regulamento Sanitário Internacional (RSI)<sup>13</sup>

Em 23 de maio de 2005 aconteceu a 58ª Assembleia da OMS. Nesta data, os países signatários da OMS aprovaram a revisão do RSI. Segundo o próprio Regulamento, o documento é o “instrumento chave mundial de proteção contra a propagação de doenças” reforça o papel da OMS no alerta mundial de eventos de saúde pública.

A atualização do RSI foi feita com base em Resoluções da OMS, que são evocadas logo na primeira página. Destas Resoluções, destacam-se em específico as WHA48.7, de 1995; WHA54.14, de 2001 e WHA56.28, de 2003. Cada Resolução dessa é oriunda de uma Assembléia da OMS. Nos documentos, os dois números após a sigla WHA compreendem a Assembléia em questão e os outros números após o ponto apontam ao item na agenda daquela reunião.

Destaco aqui em específico tais Resoluções porque as três trazem em seu escopo trechos que abordam a necessidade do preparo dos países signatários para emergências em saúde pública, uma vez que as viagens internacionais e o comércio de objetos e comida aumentavam proporcionalmente ao risco de uma disseminação de doença infecciosa rapidamente. A primeira resolução, que data de 1995, tinha como título “*Revision and updating of the International Health Regulations*”. Apesar disso, o RSI só foi atualizado na 58ª Assembleia, em 2005.

O texto atualizado consiste em 66 Artigos, divididos em dez partes: (i) Parte I - Definições, propósito e abrangência, princípios e autoridades responsáveis; (ii) Parte II - Informação e Resposta em Saúde Pública; e (iii) Parte III - Recomendações; (iv) Parte IV - Pontos de entrada; (v) Parte V - Medidas de Saúde

---

<sup>13</sup>Antes de iniciar essa subseção, ressalto que a segunda seção deste trabalho, intitulada de Arcabouço Analítico, contou com um debate sobre os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e que faz com que ele tenha que acatar as instruções da OMS, entre outros. Exemplo disso temos o próprio Regulamento Sanitário Internacional. Uma vez que o país é signatário do acordo, ele teve o período de dois anos para se adequar aos parâmetros estabelecidos no documento pela OMS. Além disso, pretende-se abordar também como a assinatura dos acordos aliados às políticas nacionais fazem com que o país possa usar a resposta aos desastres como projeção internacional em seu entorno estratégico.

Pública; (vi) Parte VI - Documentos de Saúde; (vii) Parte VII - Encargos; (viii) Parte VIII - Disposições gerais; (ix) Parte IX - Cadastro de peritos do RSI, comitê de emergências e comitê de revisão; e (x) Parte X - Disposições finais.

Em que pese todo o RSI 2005 ser o marco teórico em que essa pesquisa se baseia, cabe nesta seção destacar a segunda parte do documento, que vai do quinto artigo até o décimo quarto. Tais artigos estão organizados no Regulamento de maneira a orientar desde a vigilância dos eventos com potencial causador de uma ESPII, até a declaração de uma ESPII propriamente dita. Por isso, os próximos parágrafos serão destinados a resumir os artigos de interesse, de modo que uma conexão lógica entre eles seja proposta.

O quinto artigo é intitulado de Vigilância e diz respeito à capacidade de detectar, avaliar, notificar e informar eventos de acordo com o Anexo 1 do RSI (Capacidade Básica Necessária para Vigilância e de Resposta e Capacidade Básica Necessária para Portos, Aeroportos e Passagens de Fronteiras Terrestres Designadas). Como o nome sugere, o primeiro anexo fala sobre as capacidades básicas que o Estado Membro da OMS precisa ter para que a vigilância seja efetiva e eficiente.

O artigo sexto diz respeito às notificações de um Estado Parte para a OMS em caso de um evento fora do padrão. É de responsabilidade do país avaliar e notificar usando o Anexo 2 (Instrumento de Decisão para Avaliação e Notificação dos Eventos que Possam Constituir Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional) por meio do Ponto Focal Nacional<sup>14</sup>. Após uma notificação, o Estado Parte tem que continuar informando as pertinências à OMS.

O artigo 7 chama-se “Compartilhamento de Informações Durante Eventos Sanitários Inesperados ou Incomuns”. Se um Estado Membro possuir evidências de um evento que possa constituir uma ESPII, precisa fornecer as informações pertinentes à OMS, através da comunicação do Ponto Focal Nacional com a Organização. O oitavo artigo diz que ainda que o país não ache necessário notificar à OMS ou não tenha instrumentos suficientes para decidir com base no Anexo 2, ele

---

<sup>14</sup>A definição de Ponto Focal Nacional feita pelo próprio RSI é “significa o centro nacional, designado por cada Estado Parte, que estará permanentemente acessível para comunicação com os Pontos de Contato da OMS para o RSI, nos termos deste Regulamento” (ANVISA, pág. 16; 2009). O conceito de Ponto Focal Nacional será abordado na próxima seção do texto.

pode pedir uma consulta à Organização ainda assim. Em concordância, o oitavo artigo se chama “Consultas”, e diz que, ainda que as informações não sejam suficientes para uma notificação à OMS, o Estado Parte deve continuar informando a Organização e eventualmente pedir opinião sobre o evento epidemiológico que ocorre no seu território.

De acordo com o nono artigo, chamado “Outros informes”, a OMS pode analisar informações oriundas de outras fontes que não o Ponto Focal Nacional do Estado Membro que tem o episódio de saúde pública ocorrendo. No entanto, antes de tomar alguma atitude, a Organização buscará obter a verificação diretamente com o país. O artigo ainda diz que os Estados Partes deverão informar a Organização em até 24 horas sobre o recebimento de uma evidência em seu território.

O décimo artigo se chama “Verificação”. Neste artigo, o documento diz que a OMS poderá solicitar a verificação de informações que eventualmente possam ter sido recebidas por outras fontes em um país de um evento que possa caracterizar uma ESPII. Nesse caso, cabe à OMS oferecer colaboração para avaliar o potencial de propagação internacional do evento epidemiológico no Estado Parte. Se o país não aceitar a colaboração da OMS, então a Organização poderá compartilhar as informações com os outros Estados Membros.

No décimo primeiro artigo, o RSI diz que quando for pertinente, a OMS enviará as informações de saúde pública relevantes, de forma confidencial, a todos os Estados Partes, seguindo os artigos 5 a 10. Se ficar confirmado por parte da OMS que o evento notificado constitui uma ESPII ou que já houve propagação internacional, de modo que as medidas contra propagação internacional não terão sucesso, o país onde o evento epidemiológico aconteceu não tem condições de resposta suficiente e/ou o tráfego internacional de viajantes e carga não permitir o controle da propagação, então a Organização fará com que as informações sobre o episódio epidemiológico sejam públicas entre os Estados Membros. Ainda no artigo 11, o RSI diz que quando as informações forem dadas a todos os Estados Partes, então poderá ser levada a toda população, se necessário.

O décimo segundo artigo é um dos mais importantes tanto do RSI, quanto para a presente pesquisa. Intitulado de “Determinação de uma emergência de



saúde pública de importância internacional”, o artigo diz que é de competência do Diretor-Geral da OMS, com base na avaliação das informações recebidas, declarar uma Emergência Pública de Importância Internacional. Quando declarada a ESPII, de maneira concordante entre o Diretor-Geral da OMS e o Estado Parte onde ocorre o evento, então o Diretor-Geral deverá solicitar a criação do Comitê de Emergências para avaliação das informações epidemiológicas novas. No entanto, se não houver concordância entre o Estado Parte e o Diretor-Geral da OMS, então o Comitê de Emergências deverá fazer a análise técnica e dar seu parecer, de modo que caberá ao Diretor-Geral informar se a declaração de ESPII permanece ou é revogada. Esse procedimento é explicitado no artigo 49 do RSI. Toda decisão para declarar ou não ESPII é feita com base no procedimento proposto no artigo 49.

A resposta de saúde pública é regulada pelo décimo terceiro artigo do RSI. De acordo com o documento, os Estados Partes devem desenvolver, fortalecer e manter as capacidades para pronta resposta contra as ameaças à saúde pública. O prazo para tal desenvolvimento é de cinco anos a partir da atualização do RSI<sup>15</sup>, podendo ser prorrogado por mais dois anos desde que confirmada a necessidade da extensão.

O último artigo da Parte II diz respeito à cooperação da OMS com as organizações intergovernamentais e os organismos internacionais. As cooperações da OMS com tais organizações será feita por meio de acordos ou arranjos similares. Ter tal artigo dentro do Regulamento é de extrema importância, uma vez que a cooperação interagência na resposta a um evento de ameaça a saúde pública é fundamental para que a mesma seja eficiente e eficaz. De acordo com o artigo, o órgão regulador da cooperação entre as organizações é a própria OMS, porém, nas palavras do próprio documento “nada no presente Regulamento impedirá ou limitará o fornecimento de orientação, apoio ou assistência técnica ou de outra natureza por parte da OMS, para fins de saúde pública” (ANVISA, pág. 25, 2009).

Entender a cascata de eventos proposta pelo RSI é fundamental para que se compreenda de que forma a resposta às duas pandemias foi orquestrada em cada

---

<sup>15</sup>Cabe aqui ressaltar que cinco anos após a publicação da atualização do RSI foi em 2010, um ano após a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela H1N1 e consequente declaração de pandemia, e dez anos antes da declaração de ESPII pelo SARS-nCov-2.

caso. Como essa dissertação foca no caso brasileiro especificamente, cabe aqui avaliar se o processo proposto pelo Ministério da Saúde (órgão nacional capacitado para organizar a resposta a uma ESPII, segundo a Lei 12.608, de 2012) segue o mesmo proposto pelo RSI.

Analisando em específico o caso brasileiro, cumpre notar que o RSI só foi oficialmente traduzido e aprovado pelo Decreto Legislativo nº 395, de 2009, quatro anos após a sua atualização. O prefácio da versão em português diz que o texto foi traduzido porque a pandemia de H1N1 mostrou que muitos setores desconheciam os papéis das autoridades competentes na resposta à pandemia. Sendo assim, a análise neste trabalho será feita com base na versão do RSI traduzida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2009.

Em que pese os chamados da OMS para a construção de estruturas e políticas públicas para uma resposta eficaz e eficiente a uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e/ou Internacional sejam de antes de 2009, ano da pandemia de H1N1, o Brasil só buscará robustecer suas capacidades de preparo e resposta a um desastre de origem biológica (origem comum das ESPIN e ESPII, quer sejam acidentes ou incidentes, tópico que será melhor abordado no capítulo de “Arcabouço Analítico”) após precisar, de fato, responder à pandemia de H1N1. Assim, a primeira vez que a estrutura de resposta pandêmica pós RSI brasileira foi testada, quer seja técnica, quer seja de administração pública, foi em 2009.

Dez anos depois surgem as primeiras notificações de uma pneumonia (até então) desconhecida em Wuhan, na China. Oficialmente a primeira notificação feita à OMS foi em 31 de dezembro de 2019. A partir de então, uma nova linha temporal foi desenhada, abarcando datas como 26 de fevereiro de 2020, data do primeiro caso da doença no Brasil, diagnosticada em um homem que havia voltado de viagem da Itália e 11 de março de 2020, quando a OMS Organização Mundial de Saúde declarou pandemia pelo novo coronavírus (classe de vírus que causava a pneumonia).

### **3.1.1. Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**

Assim como a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, as

ESPII possuem um protocolo até serem declaradas. O órgão que regula tais declarações é a OMS, e sua ferramenta é o RSI. Nele, ESPII

“significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como: (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada.”

(Regulamento Sanitário Internacional, pp. 14, 2005)

Aqui se faz necessário dizer que uma ESPIN nem sempre configura uma ESPII, mas o contrário sim. A primeira ocorre em território nacional e cabe à OMS avaliar se o evento configura uma ameaça internacional ou não. Quando a Organização decide que não há perigo internacional, segundo os termos do RSI, então o evento caracteriza apenas uma Emergência Nacional. No entanto, quando a OMS decide por declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, então o risco iminente de uma epidemia se espalhar por todos os continentes e eventualmente se tornar uma pandemia é alto, de maneira que todos os países (signatários ou não da Organização) devem declarar ESPIN.

### 3.2. Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC (2017)

A primeira Política Nacional de Defesa Civil (PNPDEC) surgiu em 2000, confeccionada pelo extinto Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2000), nove anos antes da primeira pandemia do século XXI (H1N1, em 2009). Na época, uma das premissas que fizeram o documento ser escrito foi que de acordo com “os estudos epidemiológicos, no último século, os desastres naturais, produziram danos muito superiores aos provocados pelas guerras” (BRASIL, 2000).

Tal qual o RSI, a PNPDEC já mostrava preocupação com o tráfego internacional de carga e pessoas como um potencial causador de uma ESPII. Ainda cabe ressaltar que a OMS deu um período de até cinco anos para os Estados Membros desenvolverem sua capacidade de resposta a eventos epidemiológicos que pudessem causar uma ESPII. Assim, entende-se que a confecção da PNPDEC, em 2007, faz parte de tal fortalecimento da capacidade de resposta. De acordo com a versão de 2007, “o objetivo geral da Defesa Civil é a Redução de Desastres” (PNPDEC, pág 5, 2017).

Ainda que a Política Nacional de Defesa Civil tenha tido sua primeira edição em 2000, a história da Defesa Civil começou bem antes disso, em 1943. Após a participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, o Governo Federal criou, através do Decreto-Lei nº 4.716, de 21 de dezembro de 1942, a “Defesa Passiva Antiaérea”, que um ano depois daria origem à Defesa Civil (Decreto-Lei nº 5.861, de 30 de setembro de 1943). O organismo era inspirado na “*Civil Defense Service*”, órgão criado no Reino Unido para minimizar os efeitos causados em seu território oriundos da Segunda Guerra Mundial (SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA CIVIL, 2013).

A primeira vez que a Defesa Civil agiu coordenando uma resposta a desastre foi em 1966, durante a enchente no Sudeste. O Decreto Estadual nº 1.373, de 19 de novembro de 1966, aprovou o Plano Diretor de Defesa Civil do Estado da Guanabara, que definia as atribuições de cada órgão componente do Sistema Estadual de Defesa Civil. Além de ser a primeira vez que a Defesa Civil atuava coordenando, foi também a primeira Defesa Civil Estadual do Brasil. (DEFESA CIVIL, 2021).

A definição mais ampla de desastre na literatura brasileira é a que consta na Política Nacional de Defesa Civil, versão de 2007. De acordo com o documento, desastre é

“Resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais”.

(PNPDEC, pág. 8, 2007).

Destaco esta definição pelo entendimento de que um desastre gera como consequência prejuízos econômicos e sociais. Apesar do fragmento acima datar de 2007, o entendimento de que a recuperação de um desastre envolve a recuperação financeira vem desde a construção da Defesa Civil como organismo no Brasil. Em 4 de abril de 1960, a Lei nº 3.742 falava sobre o auxílio federal em casos de prejuízos causados por fatores naturais. Essa lei foi criada após a seca do Nordeste, quando o governo da época reconheceu que precisava ressarcir os danos financeiros causados pelo desastre natural.

A definição de Defesa Civil de acordo com o ‘Glossário de Defesa Civil - Estudos de Riscos e Medicina de Desastre’ é: “Conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar a moral da população e restabelecer a normalidade social” (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, pág. 54, 1998).

Em 10 de abril de 2012, entrou em vigor o marco legal nacional no qual se baseia este trabalho: a Lei 12.608. É dividida em quatro capítulos: I - Disposições Gerais; II - Da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil; III - Do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC; e IV - Disposições Finais. Apesar da primeira versão da Política Nacional de Defesa Civil ser de 1998, é na Lei 12.608 que a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil foi instituída como PNPDEC. Além de mais uma letra na sua sigla e mais uma palavra no seu nome, a partir de 10 de abril de 2012 a resposta a desastre passou a ser coordenada por tal política pública.

A função da PNPDEC é a “redução dos riscos de desastres, de forma a garantir a segurança e o bem-estar da população e a promover o desenvolvimento

sustentável do País” (PNPDEC, pág 23, 2012). Para isso, tal política pública é de natureza complexa<sup>16</sup> e multidisciplinar, reforçando a necessidade da resposta coordenada em diferentes esferas de poder e órgãos governamentais e não-governamentais.

Em suma, a PNPDEC abrange ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação de desastres. No entanto, por sua abordagem sistêmica, não se pode entender cada ação isoladamente. A melhor forma de compreender o processo de um desastre é como um ciclo. Não há como definir exatamente em qual fase um evento se encontra, nem quando começa uma ou termina a outra. Assim, para melhor entendimento, usa-se o termo do “ciclo de desastres”.

**Figura 3:** Ciclo de Desastres



**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2017.

Os três entes governamentais - Federação, Estado e Município - são responsáveis por todas as fases do ciclo do desastre, cada um dentro da sua competência<sup>17</sup>. Além disso, a PNPDEC engloba outras políticas públicas, uma vez

<sup>16</sup>No escopo da PNPDEC, pode-se entender que um desastre configura um “*wicked problem*”. Em português *wicked* significa perverso, no entanto, quando Rittel & Webber (1973) falaram sobre tal termo, tratava-se da definição de um problema complexo, que não poderia ser avaliado apenas por uma variável ou apenas por um ângulo. Entender o desastre como um “*wicked problem*” aumenta ainda mais a necessidade de coordenação da resposta.

<sup>17</sup>As competências de cada instância da federação, tal como as responsabilidades em comum dos três entes são dadas pela Lei 12.608, de 2012. Além disso, o Artigo 24 da Constituição Federal de 1988 (CF88) diz que compete aos Estados e a Federação legislar concorrentemente sobre dezesseis

que sua abordagem é sistêmica e coordenada. Nesta pesquisa, cabe destacar a Política Nacional de Saúde. Em que pese a PNPDEC destacar a Política Nacional de Saúde como um tópico único, sabe-se que as questões de saúde pública envolvidas em um desastre - quer seja pela causa, quer seja pela consequência - precisam de diversas outras políticas públicas para dar conta da coordenação de uma resposta eficaz, dada sua complexidade.

Assim, a PNPDEC não dá conta de toda resposta de saúde pública, trazendo apenas a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), e que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). De fato, como discutido acima, um desastre tal qual uma pandemia é considerado um “*wicked problem*”. Não é por falta de competência que a Política não traz em seu escopo a coordenação da resposta em saúde, muito pelo contrário. Ela reconhece que o órgão capaz de coordenar a resposta a desastre biológico é o Ministério da Saúde, através do SUS.

É de competência da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), parte orgânica do SUS, elaborar os Planos de preparo e resposta para tais problemas de saúde pública oriundos de um desastre. Dentre eles, cabe destacar aqui dois, fundamentais para construção desta dissertação: o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, de 2014, e o Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Agentes Químico, Biológico, Radiológico e Nuclear, também de 2014<sup>18</sup>.

Importante também ressaltar que tais planos, assim como a própria PNPDEC, são construídos após a pandemia de 2009 e também dos Grandes Eventos, ocorridos desde 2004 (Jogos Pan Americanos) até 2016, com os Jogos Olímpicos no Rio de Janeiro. Tais eventos necessitam que o país atualize diversas políticas públicas e se adeque aos protocolos internacionais. Esperava-se então que o ciclo de desastre brasileiro estivesse mais fundamentado na pandemia iniciada em

---

diferentes tópicos, entre eles previdência social, proteção e defesa da saúde. Assim, entende-se que no âmbito da resposta às pandemias, cabe ao Estado legislar sobre as medidas sanitárias de contenção do vírus. Se não existir legislação Federal sobre o assunto, então cabe ao Estado legislar livremente sobre, segundo a CF88. No que cabe ao Município, o Artigo 25 da Constituição Federal de 88 diz que cabe a ele legislar sobre assuntos de interesse local. Desta maneira, não fica claro sobre o peso de cada legislação feita por cada instância. Por isso, cabe aqui inserir um conceito que será abordado em uma próxima seção deste capítulo: o Federalismo.

<sup>18</sup>Em 2018 houve a atualização do Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Agentes QBRN, no entanto, o mesmo aguarda a publicação pelo Ministério da Saúde.

2020. A próxima subseção foca então em estudar o funcionamento destas duas políticas públicas e seus pontos de contato. O Plano de Contingência QBRN é utilizado aqui porque as pandemias aqui analisadas são consideradas como desastre biológico.



### **3.3. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública - PRESP (2014)**

Nas Emergências em Saúde Pública no Brasil, é competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) na coordenação e preparo das ações. O PRESP é o instrumento que estabelece a atuação da SVS. O Plano propõe um sistema de coordenação e controle dos atores responsáveis pela resposta aos eventos de desastre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A efetivação do PRESP é feita pela implementação de protocolos e procedimentos específicos, e o mecanismo dessa coordenação utilizado é por meio do Sistema de Comando de Operações (SCO) e a ativação de um Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).

"A atuação coordenada é, portanto, essencial para que ocorra a interação com as diversas organizações governamentais e não governamentais envolvidas na resposta a uma emergência em saúde pública, articulando e organizando o esforço para a minimização de seus efeitos, fortalecendo, assim, a capacidade do SUS para atuação no enfrentamento às emergências em saúde pública."

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, pp. 8, 2014).

O Plano traz como ferramenta de preparo a gestão de riscos. Nesse sentido, cabe aqui inserir o conceito de Complexo Econômico-Industrial de Saúde. Carlos Gadelha (2020) diz que a área da saúde precisa entrar na quarta revolução industrial. Segundo o autor, há uma falha na capacidade preditiva da saúde. A análise de risco é um instrumento importante para essa previsão do risco, inclusive é uma ferramenta prevista na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Em concordância com o RSI, o autor diz que o grande número de viagens internacionais associado às questões ambientais faz com que epidemias que se alastram por todo o mundo (pandemias) sejam cada vez mais comuns. Nesse sentido, é introduzido o conceito de Complexo Econômico-Industrial de Saúde. Tal Complexo é importante desde economicamente até geopoliticamente, num aspecto de projeção internacional. A resposta dada pelos países na pandemia de COVID-19 fundamenta que a fase de preparação para um desastre é essencial para uma resposta

eficiente.

O Plano se baseia na premissa de que um sistema coordenado e predefinido permite uma resposta mais articulada e eficaz, otimizando os resultados. Para isso, o documento traz as ações necessárias para a organização da capacidade de resposta. Para fins dessa pesquisa, ressalto aqui algumas dessas ações, como por exemplo: (i) “identificação dos níveis de autoridade, monitoramento e decisão que podem participar na resposta a um evento de emergência”; (ii) “identificação do comando e da cadeia hierárquica das autoridades tendo em vista os custos que implicam o deslocamento de recursos (humanos e materiais) em uma situação de emergência”; (iii) “estabelecimento de mecanismos de coordenação entre os atores envolvidos na resposta às emergências em saúde pública”; entre outras.

O órgão responsável pela vigilância dos eventos em saúde pública e também pela comunicação destes eventos com a OMS é a SVS. Esse rastreio acontece por meio do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS). No caso de um evento atípico, a primeira estrutura de resposta que entra em ação é o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), que faz a busca pelos eventos capturados da mídia ou das notificações ao CIEVS.

Além do CME existe o Comitê Gestor (CG/FN-SUS). É coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde. É esse comitê que avalia os eventos que possam virar uma ESPIN no âmbito do MS. Tanto o CME quanto o CG/FN-SUS recomendam o acionamento do COES. No que tange a Presidência da República, para monitorar eventos que ameacem a estabilidade nacional, existe o Gabinete de Crise do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GC-GSI<sup>19</sup>).

Quando acionado pelo Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) ou pelo CG/FN-SUS, é montado o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).

---

<sup>19</sup>De acordo com o documento Plano de Integridade 2020-2021, do Gabinete de Segurança Institucional (GSI), o tripé de atuação do Gabinete é o “gerenciamento de ameaças à estabilidade institucional, segurança presidencial e inteligência Federal de Estado”. O Plano de Integridade faz parte da Política de Governança do Poder Executivo Federal, instituída pelo Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. No Decreto, o dever de “implantar o programa de integridade pública para promover a adoção de medidas e ações institucionais destinadas à prevenção, detecção, punição e remediação de fraudes e atos de corrupção” é dado ao GSI. O destaque ao GSI aqui é feito porque na resposta à pandemia de COVID-19, o GC foi montado e o GSI teve papel importante na gestão da crise.

O Centro tem como objetivo promover a resposta coordenada através da integração e articulação dos atores envolvidos. É através da análise das informações e dos dados recolhidos pelo COES que os tomadores de decisão montam um plano de ação. O acionamento do Centro de Operações gera uma cascata de eventos, indicada no Anexo A do PRESP. O COES também é responsável por recomendar ou não a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional ao Ministro da Saúde.

A ativação do COEs acontece em quatro níveis. A escolha do nível é feita pelo secretário da SVS a partir da análise de todas as informações disponíveis, como a avaliação do risco do evento. São os níveis:

**Quadro 2:** Critério de ativação do COEs

<b>Nível</b>	<b>Critérios</b>
Zero	A esfera local possui os recursos necessários para responder à emergência. A atividade da esfera federal restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica a distância, bem como encaminhamento de insumos básicos necessários.
Ativação I	A esfera local não possui todos os recursos necessários para responder à emergência, necessitando da mobilização de recursos adicionais e o apoio complementar (estadual ou federal), com possibilidade de envio de equipe de resposta à ESP.
Ativação II	O risco é significativo, superando a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual, necessitando da mobilização de recursos adicionais e o apoio complementar da esfera federal com envio de equipe de resposta à Emergência em Saúde Pública (ESP).
Ativação III	Ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. Este evento constitui uma situação de excepcional gravidade, podendo culminar na Declaração de ESPIN.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2014

Da mesma forma que a ativação, a desativação do COES também segue níveis e critérios para tal. É feita também com base no algoritmo que se encontra no Plano.

**Quadro 3:** Critério de Desativação do COES

<b>Nível</b>	<b>Critério</b>
--------------	-----------------

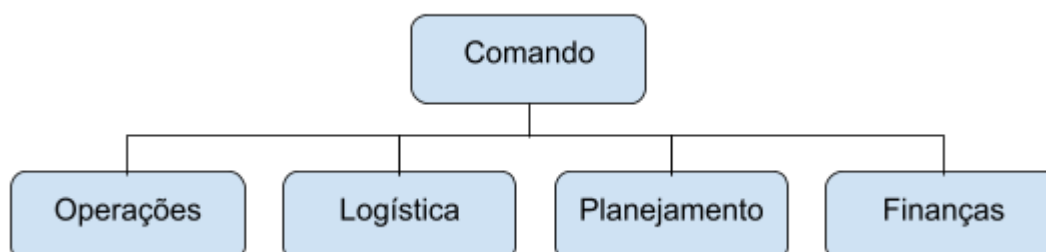
Desativação I	A esfera local retomou suas capacidades de resposta ou o evento gerador da emergência foi encerrado.
Desativação II	As equipes de resposta à ESP foram desmobilizadas e o risco está sob controle. A capacidade de resposta das esferas municipal e estadual foi retomada ou o evento gerador da emergência foi encerrado.
Desativação III	A ameaça foi controlada ou eliminada. Foram retomadas as capacidades de resposta das esferas municipal e estadual ou o evento gerador da emergência foi encerrado. Quando for o caso, será declarado o encerramento da Espin.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2014.

A operacionalização do COES ocorre por três estruturas fundamentais: (i) Sistema de Comando de Operações (SCO); (ii) constituição de um Grupo Técnico Assessor ao COES; e (iii) identificação de um porta-voz para as comunicações oficiais. O SCO é responsável por integrar as áreas técnicas e administrativas das organizações participantes na resposta ao desastre e, conseqüentemente, participantes da cascata de eventos de ativação do COES em todos os níveis. O maior benefício da estruturação do SCO é a gestão global dos recursos e capacidades de resposta.

O Sistema de Comando de Operações é baseado em cinco funções, sendo elas: (i) comando do evento; (ii) planejamento; (iii) operações; (iv) logística; e (v) finanças. Essa estrutura é modular, ou seja, pode se expandir ou contrair de acordo com o desastre.

**Figura 4:** Sistema de Comando de Operações



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2014.

As outras duas estruturas perpassam o SCO. Como o nome sugere, o Grupo de Especialista de Assessoramento ao COES é formado por especialistas definidos

de acordo com a natureza do desastre, critérios pré definidos no PRESP. No que diz respeito à identificação de um porta-voz, ela é feita para que exista apenas um comunicador oficial para mídia, evitando comunicação truncada e *fake news*.

A análise das ações, em específico as descritas acima, dá indícios que a resposta a um evento de saúde pública no Brasil não só é sistemática como também é burocratizada. Além disso, o estudo das políticas públicas que norteiam essa dissertação (a PNPDEC e o PRESP) mostram que a resposta a tais emergências é de responsabilidade do Ministério da Saúde em seu nível de coordenação, através do SUS e da SVS.

Para uma análise profunda da coordenação da resposta, seu preparo e seus eventuais resultados, principalmente no que tange às hipóteses levantadas nesta pesquisa, se faz necessário um estudo sobre a gestão pública em uma emergência de saúde pública, quer seja nacional, quer seja internacional. As próximas seções deste capítulo se dedicam a estudar a governança de desastre e a burocratização da resposta aos eventos. Souza & Fontanelli no texto “Antídotos institucionais no federalismo brasileiro: a covid-19 mudou a dinâmica federativa?” diz:

“A chegada da pandemia tirou dos bastidores uma das muitas tensões inerentes a todo sistema federal, ou seja, a competição em torno de quem decide, quem coordena, quem implementa e quem financia as políticas públicas.”

(SOUZA & FONTANELLI, 2021)

Mais do que entender as políticas públicas, para estudar a resposta às pandemias, precisa-se entender a administração pública.

### **3.3.1. Declaração de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública**

A situação de emergência ou estado de calamidade pública são declarações feitas que permitem que o governo, de qualquer de seja dos três entes federativos, possam realizar compras sem licitação, além de utilizar recursos financeiros para que o estado de normalidade da população retorne o mais rápido possível. De

acordo com a Instrução Normativa nº 2, do Ministério da Saúde, sendo também as definições que consta na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (2012):

**Quadro 4:** Definições de Situação de Emergência e Estado de Calamidade Pública.

Declaração	Definição
Situação de Emergência	É a situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento parcial da capacidade de resposta do Poder Público do ente federativo atingido.
Estado de Calamidade Pública	É a situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do Poder Público do ente federativo atingido.

**Fonte:** Adaptado de Ministério da Saúde, 2014.

No Brasil tem-se o documento chamado “Manual para a Decretação de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública”, de 2007, também confeccionado pelo extinto Ministério da Integração Nacional. O documento foi feito antes das duas pandemias aqui analisadas, por isso é levado em consideração para a análise.

Dentre os objetivos do Manual estão que o decreto de situação de emergência ou calamidade pública deve ter um tempo determinado, e que o período deve ser o suficiente para que haja o restabelecimento das áreas afetadas. Para isso, um outro objetivo do documento é que as medidas para que a situação volte à normalidade sejam estabelecidas. Ainda na sua introdução, o Manual diz também que a ferramenta para que as declarações de situação de emergência e calamidade pública sejam cada vez menores é a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, através do SINPDEC e da prevenção aos desastres.

“A decretação da situação de emergência ou de estado de calamidade pública não é e não deve ser feita com o objetivo único de recorrer aos cofres do Estado ou da União, para solicitar recursos financeiros.

A decretação significa garantia plena da ocorrência de uma situação

anormal, em uma área do município, que determinou a necessidade de o prefeito declarar situação de emergência ou estado de calamidade pública, para ter efeito —na alteração dos processos de governo e da ordem jurídica, no território considerado durante o menor prazo possível, para restabelecer a situação de normalidade".

(MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, pp. 6, 2007)

Para que haja a declaração de emergência ou calamidade pública, o documento classifica os desastres<sup>20</sup> e também os danos originados de tal evento. Os desastres são classificados quanto à intensidade, à evolução e à origem. Quanto à classificação dos danos e dos prejuízos, o documento é dividido em duas partes: uma para danos e outra para prejuízos. Os danos são categorizados em três tipos: (i) humanos; (ii) materiais; e (iii) ambientais. O primeiro é dimensionado pelo número de pessoas que estejam, por exemplo, desalojadas, desabrigadas, enfermas ou mortas. Já os materiais são medidos pelo número de edificações e bens danificados ou destruídos e o valor para reconstrução e recuperação. O terceiro e último é o mais difícil de dimensionar, pois são os que apresentam maior dificuldade de reversão. São medidos então em função dos recursos financeiros que são necessários para que o meio volte à normalidade. Os prejuízos são classificados em econômicos e sociais. Os econômicos são aqueles que afetam a agricultura, pecuária, indústria e serviços, enquanto os sociais são aqueles oriundos da interrupção de funcionamento ou com o colapso de serviços essenciais.

Os critérios e procedimentos para decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública levam em consideração a classificação dos desastres e seus agravantes.

**Quadro 5:** Critério de decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública.

Tipo de Desastre	Critério
Nível I	Não são causadores de situação anormal.

<sup>20</sup>Ainda dentro do Arcabouço Analítico, uma subseção já tratou somente sobre o conceito de desastre, suas classificações e os tipos de desastre, dentre outras coisas. Desta maneira, neste momento da dissertação não se faz necessário que haja uma explicação extensa do assunto, por isso, apenas cito as classificações neste momento.

<b>Nível II</b>	Normalmente os desastres de nível II não são causadores de situação anormal. A caracterização de situação de emergência em desastre de nível II baseia-se em critérios agravantes, relacionados com: (i) o nível de preparação e de eficiência da defesa civil local; (ii) o grau de vulnerabilidade do cenário do desastre e da comunidade local; e (iii) o padrão evolutivo do desastre.
<b>Nível III</b>	Normalmente os desastres de nível III são causadores de situação anormal, caracterizada como situação de emergência.
<b>Nível IV</b>	Os desastres de nível IV são causadores de situação anormal, caracterizada como estado de calamidade pública.

**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2007.

O procedimento é dividido em três passos. O primeiro é antes da declaração, quando deve acontecer a comunicação de ocorrência de evento adverso ou desastre ao Órgão de Defesa Civil e à Secretaria de Defesa Civil em Brasília. O segundo é a declaração de estado de anormalidade através de um Decreto e o terceiro é a solicitação de reconhecimento pelo governo federal.

No que tange a declaração no âmbito federal, a declaração é feita por meio de decreto, de modo que os passos anteriores não são necessários, apenas a aprovação pelo Congresso Nacional (no caso do Brasil).

As situações de emergência ou de calamidade pública nem sempre representam uma emergência de saúde pública, mas a emergência em saúde pública sempre é acompanhada de uma declaração ou de emergência ou de calamidade pública.

“Uma emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.”

(Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, pp. 7, 2014)



O decreto 10.211, de 30 de janeiro de 2020, traz informações sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII). O Decreto diz que “considera-se medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional as situações dispostas no Regulamento Sanitário Internacional”. (BRASIL, 2020). Ao Grupo compete propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento e a alocação de recursos orçamentários e financeiros necessários, estabelecer diretrizes para definição dos critérios para implementação das medidas, e elaborar relatórios da situação de emergência (BRASIL, 2020).

Ainda no âmbito das emergências em saúde pública de importância nacional ou internacional, a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 diz que cabe à Vigilância em Saúde a detecção e adoção de medidas adequadas para a resposta a tais eventos. À Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, cabe a coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde nas emergências de saúde, quer sejam nacionais, quer sejam internacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entendido o processo de declaração de emergência em saúde pública de importância nacional e também a sua conceituação, cabe agora a discussão sobre a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

### 3.4. Analisando as Variáveis De Contexto

Essa seção se dedica a estudar as três variáveis de contexto deste trabalho. A seleção destas variáveis não se deu ao acaso, como explica o tópico *Desenho de Pesquisa* desta dissertação. A variação do tráfego internacional de pessoas, animais e objetos se justifica pelo próprio Regulamento Sanitário Internacional (2005). A atualização realizada em 2005 do documento se justifica em algumas resoluções da OMS (ver seção dois), sendo uma delas a WHA54.14: Global Health Security: Epidemic Alert and Response. No alerta: “*Mindful of the globalization of trade and of the movement of people, animals, goods and food products, as well as the speed with which these take place*” (WHO, 2001).

A segunda variável, que diz sobre as características biológicas dos vírus, se justifica na forma de disseminação e de ação dos vírus. Mudanças específicas no mecanismo de invasão e infecção dos vírus podem afetar diretamente a resposta, necessitando de uma mobilização maior ou menor do sistema de saúde. Fatores como pré-existência de medicamentos de prateleira e tempo de recuperação serão analisados nessa variável.

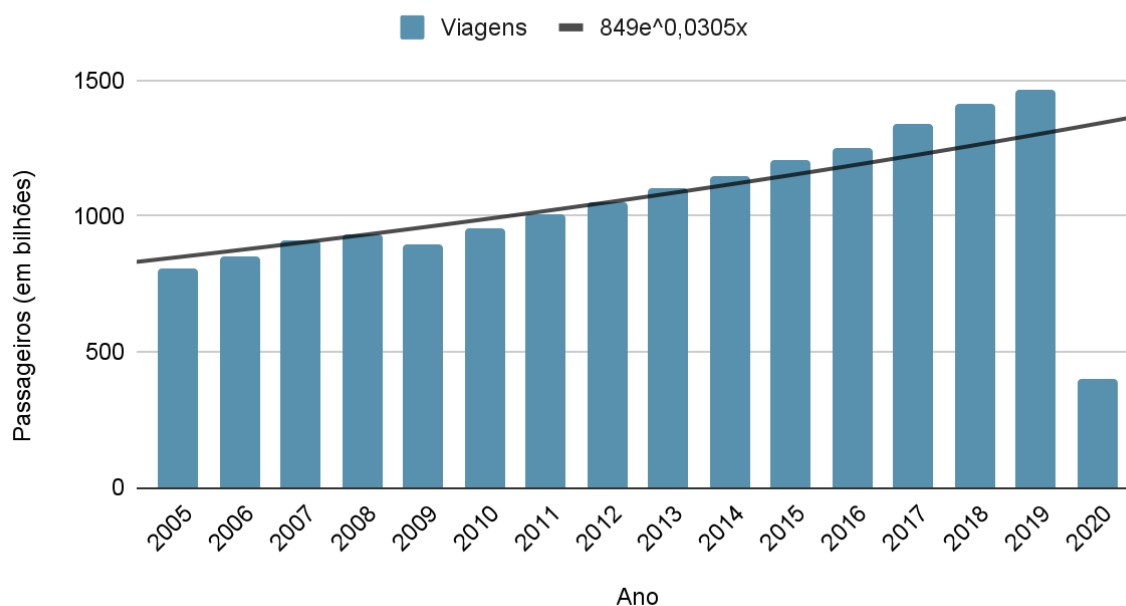
A terceira variável independente é o tempo de notificação. Essa variação pode ser estudada em dois níveis: o tempo que o país onde as primeiras notificações surgem leva para notificar à OMS sobre a doença não identificada e o tempo que a Organização leva para decretar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e pandemia. Os dois casos afetam diretamente a resposta à pandemia, uma vez que o controle da disseminação do vírus é feito em função do número de pessoas que entram em contato com a doença. Quanto mais rápida as notificações, mais rápido o isolamento dos infectados (na teoria).

#### 3.4.1. Variação do Tráfego Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional traz como um dos indicativos de uma provável pandemia o aumento no tráfego internacional de pessoas e bens de consumo. Assim, buscou-se estudar o padrão das viagens internacionais e da exportação mundial, e analisar o aumento destas a partir de 2005 até 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19.

**Figura 5:** Gráfico de viagens internacionais de 2005 até 2020.

## Viagens Internacionais



**Fonte:** OMT, 2021.

O gráfico acima traz os dados de passageiros internacionais, retirados da Organização Mundial de Turismo (OMT), da ONU. A linha de tendência mostra o crescimento exponencial desses passageiros que viajam para outros países. A partir de 2013, o crescimento ultrapassa a tendência exponencial, caindo apenas em 2020, no primeiro ano da pandemia de COVID-19. Assim, como apontava o Regulamento Sanitário Internacional, houve um grande aumento do tráfego internacional de pessoas a partir de 2005<sup>21</sup>.

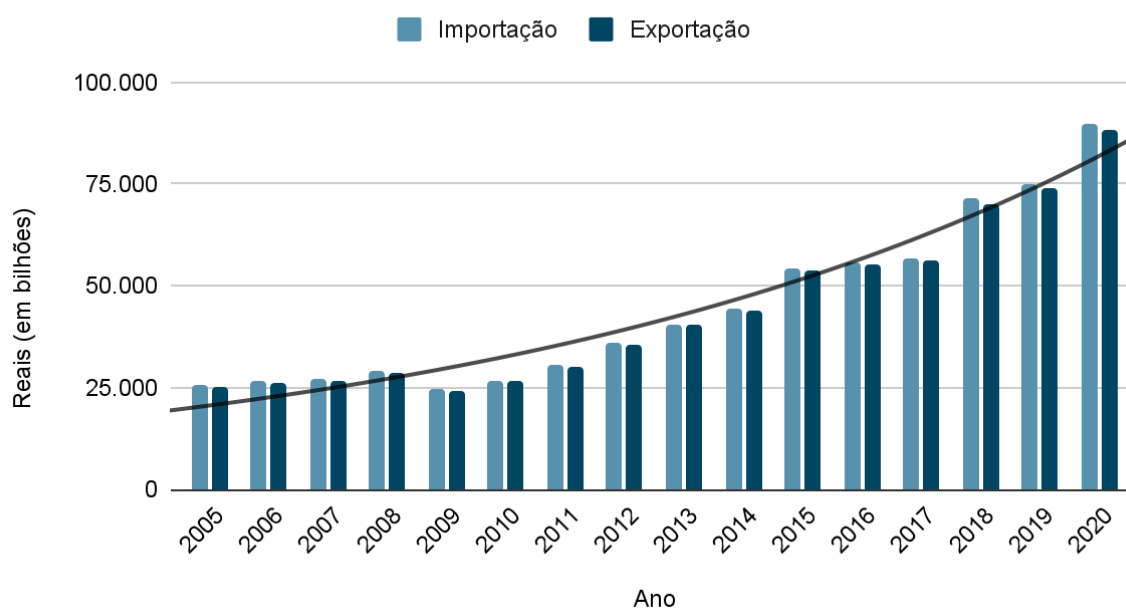
Como previsto pelo Regulamento, há um aumento bastante pronunciado das viagens, gerando como linha de tendência uma equação exponencial mesmo antes da pandemia de 2009. Observa-se também a queda em 2020, de acordo com as medidas que os países tomaram como forma de frear o vírus. Cumpre notar também que um dos objetivos do RSI é justamente prevenir uma pandemia com a

<sup>21</sup> Apesar de não ser o cerne desta análise, observa-se que a queda das viagens internacionais em 2020 foi maior do que a de 2009, na pandemia de H1N1. Tal dado potencializa a hipótese de que a pandemia de COVID-19 precisou de uma resposta e uma coordenação diferenciada por diferentes fatores. As imposições de barreiras sanitárias entre os países e o isolamento social foi feito em maior escala no combate a COVID-19 do que na H1N1, por motivos que esta dissertação se debruça em analisar.

menor influência no tráfego internacional de pessoas e bens de consumo. Em 2020, no entanto, apenas o Regulamento Sanitário Internacional não foi o suficiente para conter a disseminação do vírus.

**Figura 6:** Gráfico de importações e exportações de bens de consumo de 2005 até 2020.

## Importações e Exportações



**Fonte:** TradeMap, 2021.

A linha de tendência no gráfico acima mostra a curva do crescimento exponencial da exportação e importação, com base nos dados da Trade Map. Como previsto pelo Regulamento Sanitário Internacional, há uma tendência de crescimento exponencial tanto da importação quanto da exportação<sup>22</sup>. Os dados ainda mostram um aumento em 2020, diferentemente da Figura 5. Um dos motivos

<sup>22</sup> Observa-se que em 2009 a exportação fica abaixo da tendência de crescimento, enquanto que em 2020 ela ultrapassa a previsão. Ainda que não seja o objetivo deste capítulo analisar a alta e/ou a queda destes indicadores, a mudança nesses dois anos podem ser de alguma forma associadas às pandemias estudadas. Enquanto em 2009 os países conseguiram lidar individualmente com seus insumos estratégicos, que em parte pode ser associado a descoberta rápida da eficácia do medicamento Tamiflu e a capacidade da produção da vacina em larga escala, em 2020 os países precisaram de uma coordenação internacional, inclusive na exportação e importação de insumos estratégicos, como respiradores, máscaras cirúrgicas, dentre outros EPI's necessários para o combate a pandemia, além de medicamentos. Os dados apontam, ainda que timidamente, que a pandemia de COVID-19 esgotou o sistema de saúde mundial, levando a coordenação internacional em larga escala.

que explicam esse aumento é a necessidade de insumos básicos para combater a pandemia.

O aumento das exportações e importações abre espaço para o debate do conceito de “Complexo Econômico-Industrial de Saúde”. Carlos Gadelha (2020) diz que a área da saúde precisa entrar na quarta revolução industrial. Segundo o autor, há uma falha na capacidade preditiva da saúde. Tal capacidade é prevista na PNPDEC, de 2012. Em concordância com o RSI, o autor diz que o grande número de viagens internacionais associado às questões ambientais faz com que epidemias que se alastram por todo o mundo (pandemias) sejam cada vez mais comuns.

O conceito é do início dos anos 2000 e tenta captar a relação entre saúde e desenvolvimento, considerando todo o sistema de produção e inovação na área de saúde como parte indissociável do desenvolvimento (GADELHA, 2020). Um exemplo dessa inovação durante a pandemia de COVID-19 foi o projeto da Universidade Federal do Rio de Janeiro para produção de ventiladores pulmonares (VEXCO, 2020). Um dos maiores gargalos no tratamento da doença era a necessidade de ventilação mecânica para alguns infectados, que transbordava o sistema disponível tanto na saúde pública quanto privada.

O CEIS não é apenas importante para o desenvolvimento nacional, mas ficou claro durante a pandemia de 2020 que também é fundamental para a manutenção da soberania nacional. Durante a pandemia, episódios de aviões com insumos básicos que foram proibidos de decolar em outros países aconteceram. Quando o país tem a capacidade de se retroalimentar nos insumos estratégicos durante um desastre dessa proporção, então fica mais fácil a manutenção da soberania nacional.

### **3.4.2. Caracterização Biológica dos Vírus**

A COVID-19 é uma doença originada por um vírus que acomete principalmente o sistema respiratório do seu hospedeiro. São vírus que pertencem ao grupo de vírus de RNA e que infectam humanos, animais domésticos e selvagens. Em humanos, geralmente causam resfriados, mas em dezembro de 2019 a China reportou casos de uma pneumonia atípica, que, posteriormente, ficou

confirmada ser causada por um coronavírus, que foi batizado de SARS-CoV-2 (FERREIRA *et al*, 2020).

O vírus causador da COVID-19 ganhou esse nome pois em 2003 uma epidemia de uma síndrome respiratória aguda também aconteceu (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), e o vírus causador (também um coronavírus) foi batizado de SARS-CoV. Os casos aconteceram em países da América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia. Sabe-se que cerca de 8 mil pessoas foram infectadas e aproximadamente 800 chegaram a óbito. Estima-se que a epidemia não evoluiu até uma pandemia porque a infecção era muito severa, debilitando o paciente rapidamente e levando à óbito. A 56ª Assembléia Mundial de Saúde tratou da SARS, dando direcionamentos para a resposta à Emergência Global (WHO, 2003; XIAO *et al*, 2020).

Em 2012, um novo coronavírus foi identificado como causador de síndrome respiratória, dessa vez no Oriente Médio, e ficou conhecido como *Middle East Respiratory Syndrome*. O vírus causador foi batizado de MERS-CoV. Como a SARS, a MERS também era muito severa, causando infecções graves e que evoluíam rapidamente. Dados mostram que o número de casos confirmados de MERS é de aproximadamente 2.5 mil, com cerca de 800 óbitos. A taxa de mortalidade entre os três coronavírus é diferente: em primeiro lugar tem a MERS, com cerca de 34%, em segundo lugar a SARS, com cerca de 10%, e em último a COVID-19, com aproximadamente 7% (em 2020) (XIAO *et al*, 2020; BBC, 2020).

Um relatório da Organização Mundial de Saúde, em março de 2020, desenvolvido por cientistas de todas as partes do mundo, dizia que a tese mais aceita para o surgimento da COVID-19 foi um salto de espécies. Acredita-se que o vírus saiu de um morcego para um mamífero intermediário, e dele para o ser humano. Acredita-se ainda que esse salto se deu no mercado de carnes de Wuhan, na China, pois espécies que naturalmente não conviveriam na natureza acabavam convivendo ali. Desse modo, um animal doente pode ter infectado o intermediário, até o ser humano. Outras teses ainda existem, porém é esta a mais aceita (WHO, 2020).

Assim, a COVID-19 é uma zoonose que hoje causa a atual pandemia. Em termos biológicos, a comparação dela com a H1N1 é difícil. O vírus causador da

pandemia que ficou conhecida como gripe suína era um vírus influenza e foi fruto da recombinação genética de vírus humano, suíno e aviário (NASSAR JUNIOR *et al*, 2010). Em geral, a maior diferença entre as duas pandemias é a capacidade que uma pessoa infectada tem de deixar outras pessoas doentes. Enquanto na pandemia de 2009 uma pessoa era capaz de infectar de 1,2 até 1,6 pessoas, na COVID-19 estima-se que esse valor seja de aproximadamente 2,8 pessoas.

Outro fator importante a ser apontado é que durante a primeira pandemia um medicamento de prateleira (que já existia no mercado) foi identificado como eficaz, principalmente porque as autoridades sanitárias estavam, de certo modo, preparadas para uma pandemia de influenza (vide RSI de 2005). O medicamento era o Fosfato de Oseltamivir, que também foi testado para tratamento da COVID-19, mas não apresentou eficácia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A Portaria nº 367, de 22 de fevereiro de 2010, colocou o medicamento à disposição da população na Farmácia Popular, programa do governo brasileiro que distribui medicamentos de graça para a população.

Esses fatos formam uma conjuntura que permite que o número de infectados pelo novo coronavírus no mesmo espaço de tempo que a H1N1 seja bem diferente. Enquanto um levantamento da OMS aponta que 150 mil óbitos pela H1N1 foram computados até o fim da pandemia no mundo todo, o primeiro ano de pandemia da COVID-19 levou quase dois milhões de pessoas à óbito (GEHA, 2021).

Biologicamente, fica difícil estimar algum preparo prévio para COVID- 19. Segundo Alketa Peci (2020)

“De uma perspectiva comparativa, esperava-se que o Brasil entraria na pandemia numa posição relativamente melhor em termos de capacidades estatais já existentes, particularmente atribuídas ao nosso sistema único de saúde (SUS). Sendo uma estrutura federativa e interorganizacional complexa, o SUS, apesar de variados problemas, tem construído capacidade de coordenação e aprendizagem no combate de epidemias como H1N1 ou Zica (Croda *et al.*, 2020). No entanto, os dados brasileiros de infecção e óbitos decorrentes da COVID-19, que em 2 de agosto de 2020 apontam mais de 94 mil óbitos, frustraram esta expectativa.”

(PECI, 2020)

No caso das pandemias citadas, fica claro que uma se mostrou muito mais grave do que a outra por aspectos biológicos. Porém, essa não foi a única diferença entre as respostas. A Organização Mundial de Saúde sofreu diversas cobranças na declaração de pandemia. Enquanto na primeira pandemia ela foi acusada de declarar muito cedo, na de COVID-19 questionaram se a Organização não declarou muito tarde.

### **3.4.3. Tempo de Notificação**

O tempo de notificação aqui pode ser visto de duas formas: como o tempo que a China levou para notificar os primeiros casos e o tempo que a OMS levou até declarar pandemia pela COVID-19. Em que pese os primeiros casos da COVID-19 tenham surgido ainda em 2019 (a primeira notificação oficial da China é em 31 de dezembro do mesmo ano), o médico Chinês que relatou o surto disse que os primeiros casos são anteriores (hoje sabe-se que o CIEVS acompanhava os rumores da pneumonia atípica desde novembro de 2019).

O oftalmologista Li Wenliang, do hospital central de Wuhan, na China, havia percebido os sintomas da pneumonia nos seus pacientes e enviou mensagem aos seus amigos para que eles usassem equipamentos de proteção para evitar infecção. Quatro dias depois, autoridades do Escritório de Segurança Pública foram a sua casa e o obrigaram a assinar um documento que dizia que ele havia disseminado falsas informações. Após a comprovação do surto, o médico ficou conhecido como herói e o Escritório de Segurança Pública da China pediu desculpas publicamente ao médico. O oftalmologista foi internado no dia 04 de fevereiro e no dia 06 ele faleceu, vítima da COVID-19. A população se mostrou revoltada com a morte e chamou o médico de herói nas redes sociais, além de cobrar um pedido de desculpas do governo de Wuhan para o médico (BBC, 2020).

Apesar do atraso na notificação ter sido revelado pelo médico, Rivaldo Venâncio, coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fiocruz, disse que as autoridades chinesas tinham feito um excelente trabalho na contenção do vírus (entrevista de antes da declaração de pandemia da OMS). No entanto, de acordo com o infectologista, o tempo de notificação é fundamental para



uma boa resposta, de maneira que o próprio Regulamento Sanitário Internacional (da qual a China é signatária) torna a notificação compulsória (DOMINGUES, 2020).

De acordo com o Painel Independente para Preparação e Resposta à Pandemia, tanto a China quanto a OMS agiram lentamente, o que facilitou a disseminação do vírus e dificultou a resposta inicial à pandemia. De acordo com o grupo, quando Wuhan entrou em lockdown, o vírus já tinha se espalhado para outros países. O grupo ainda questionou a lentidão da Organização Mundial de Saúde em declarar pandemia, ainda que o novo coronavírus estivesse espalhado em diversos países.

De todas as variáveis de condição, essa especificamente é a mais difícil de se avaliar sem um estudo profundo de todos os fatos que levaram ou não ao atraso, e se isso afetou diretamente a resposta. Sabe-se hoje que realmente houve um período longo até a declaração de pandemia e a notificação da China, no entanto, não tem como mensurar exatamente qual foi o impacto disso na resposta.

As três variáveis de condição que foram aqui analisadas não são suficientes para explicar como se desenrolou a resposta às pandemias, principalmente no Brasil, país que atravessou uma crise sanitária, econômica e política ao mesmo tempo. Até agora, o estudo mostra que de fato o Regulamento Sanitário Internacional foi fundamental para um bom preparo para a resposta à pandemia, mas não qualifica a resposta. Dito isso, a próxima seção se dedica a estudar as causas da variável interveniente, e de fato como a gestão política da pandemia afetou a resposta.

#### 4. Liderança Política

Esse capítulo se dedica a estudar como de fato ocorreu a condução política da pandemia. Apesar da crise causada pela pandemia de COVID-19 ser essencialmente de saúde pública, os capítulos anteriores mostraram que outras crises perpassam a primeira. Ainda, ressalto aqui que a coordenação nacional da resposta à pandemia é, ainda que descentralizada, coordenada pelo governo. Assim, essa seção organiza como se deu o respeito ao pacto federativo e ao insulamento burocrático, a condução política e o respeito aos tratados internacionais durante a crise causada pelo novo coronavírus.

Busca-se analisar então se houve tensões entre as decisões técnicas e políticas, e se os dispositivos da administração pública brasileira foram o suficiente para evitar tais conflitos (como o insulamento burocrático do Ministério da Saúde). Além disso, busca-se em alguma maneira comparar as duas pandemias que são objeto de estudo dessa dissertação. Sabe-se também das limitações que tal comparação implica. A primeira e mais importante é a diferença de material sobre as duas pandemias. Enquanto a de 2020 acontece no auge da informatização da mídia, onde as informações chegam quase que em tempo real pelas redes sociais<sup>23</sup>; a de 2009 aconteceu na inflexão entre a era impressa e a digital, de modo que apesar de existir informação sobre ela nas redes, nem se compara a variedade de dados sobre a COVID-19.

A comparação entre a pandemia de H1N1 e COVID-19 precisa ser feita com cautela. A gestão do conhecimento da primeira pandemia para a segunda deixou seus legados. Quando o Brasil enfrentou o primeiro episódio pandêmico que aqui é estudado, a maioria das políticas públicas que foram usadas posteriormente na COVID-19 ainda não existiam. A pandemia de H1N1 iniciou-se em 11 de junho de 2009 e teve seu fim anunciado 14 meses depois pela OMS. Os dois maiores documentos que coordenam a resposta brasileira à pandemia de COVID-19 desde

---

<sup>23</sup> Ressalto aqui também a era das *fake news*. Uma das maiores dificuldades no enfrentamento da pandemia foi a disseminação de informações falsas a respeito das medidas de controle do vírus. Em 2021, o maior debate se desenrolou pelas vacinas, onde diversas narrativas falsas a respeito das reações da mesma foram criadas, inclusive pelo presidente ainda em 2020, que disse “se você virar um jacaré, é problema seu” (ISTOÉ, 2020).

2020 são a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), que data de 2012, e o Plano de Resposta à Emergências em Saúde Pública (PRES-P), de 2014.

O próprio Regulamento Sanitário Internacional, documento de 2005 feito pela OMS e que insta os Estados a se prepararem para uma pandemia, só foi traduzido para o português pela ANVISA em 2009. O prefácio da edição brasileira dizia

“O conhecimento acumulado com o episódio da pandemia de influenza A(H1N1) reforça a necessidade de divulgação do RSI. Planos de contingência de âmbito nacional elaborados pelo Grupo Executivo Interministerial-GEI, constituído por Decreto do Exmo Sr. Presidente da República, deverão se desdobrar em planos individualizados, de acordo com as especificidades e necessidades locais em Portos, Aeroportos, Fronteiras Secas.”

(ANVISA, 2009, p.p. 7)

Além do atraso na disponibilização do texto, a ratificação do Regulamento em solo brasileiro só foi feita em 30 de janeiro de 2020, pelo Decreto 10.212, depois que os primeiros casos de COVID-19 já haviam surgido no mundo (BRASIL, 2020). Em 2009, uma medida de contenção do vírus da H1N1 também foi a diminuição de circulação de pessoas. O retorno das aulas de aproximadamente 13,6 milhões estudantes brasileiros no segundo semestre de 2009 havia sido adiado por conta da pandemia (UOL, 2009). No entanto, foi em 6 de fevereiro de 2020 que a Lei 13.979 foi válida. O dispositivo legal ficou conhecido como a “Lei de Quarentena”, e dispunha de medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019. A Lei foi de extrema importância para que fosse possível repatriar os brasileiros que estavam em Wuhan, na China, que naquele momento era o epicentro da pandemia.

Os fatos narrados acima mostram que apesar da diferença biológica dos vírus, abordado no capítulo anterior, os respondedores da pandemia de COVID-19 tiveram a seu dispor documentos e políticas públicas que foram resultado do esforço da resposta à pandemia de 2009. Por mais que a comparação entre as duas pandemias seja dificultada por isso, tal fato também indica vislumbres do futuro. De acordo com o RSI, pandemias são cada vez mais comuns por causa da globalização. Neste sentido, espera-se que a gestão do conhecimento seja cada vez mais eficiente, e que o legado entre os desastres biológicos não seja perdido.

#### 4.1. Pacto Federativo

Observou-se durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 diversos momentos de tensão entre os governadores e o presidente. De forma a ilustrar, cabe aqui ressaltar alguns episódios, como quando o presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, disse “Já mandei cancelar, o presidente sou eu”, quando o governador do estado de São Paulo, João Doria, anunciou que havia assinado um protocolo e que obrigaria os moradores de São Paulo a se vacinarem. Na época, o chefe de estado havia mandado cancelar a parceria para aquisição de 46 milhões de doses da vacina Coronavac, que era desenvolvida pelo Instituto Butantan e a empresa chinesa Sinovac (O GLOBO, 2020).

Outro momento que ficou marcado pelo tensionamento entre governador e presidente foi protagonizado por Ronaldo Caiado, governador de Goiás, e o presidente Bolsonaro. O governador rompeu com o presidente, seu ex-aliado, após um pronunciamento do chefe de estado, que dizia que a pandemia causada pelo novo coronavírus era apenas uma “gripezinha” ou “resfriadinho”. O governador, que também é médico, disse que a declaração do presidente foi irresponsável. Naquele momento da pandemia, o rompimento de Caiado e Bolsonaro deixou o presidente ainda mais isolado dos governadores (VEJA, 2020).

A despeito das tensões, durante a pandemia também foram observadas outras decisões autônomas dos governadores, como quando, por exemplo, o então governador do Rio de Janeiro, Wilson Witzel, decretou estado de emergência no estado. Com a medida, o funcionamento das lojas de shopping foi interrompido, além da redução de expediente de bares e restaurantes. Como discutido na segunda seção deste trabalho, a declaração de emergência permite que compras sejam feitas sem precisar passar por toda burocracia da aquisição estatal normal (CNa, 2020). Após o Rio de Janeiro, o Distrito Federal e a Bahia também declararam estado de emergência, fechando todo comércio que não foi classificado como essencial segundo as autoridades (CNN, 2020b; CNN, 2020c).

Em 4 de abril de 2020, um estudo da Sala de Democracia Digital, da Fundação Getúlio Vargas, mostrou que nas redes sociais, o maior contraponto do presidente eram os governadores, em especial o de São Paulo, João Doria, seguido

por Wilson Witzel e Ronaldo Caiado (Rio de Janeiro e Goiás, respectivamente). O motivo maior da crise entre os entes federativos foram as diferenças a respeito da condução da resposta à pandemia. Enquanto os governadores determinavam medidas que restringiam a movimentação de pessoas, o presidente fez diversos discursos dizendo que a restrição teria alto impacto para a economia e que o poder do vírus estava sendo superdimensionado (BBC, 2020). As redes sociais refletiram o debate político na população, de modo que os usuários demonstravam apoio ou aos governadores ou ao presidente Bolsonaro (FGV, 2020).

Durante um pronunciamento em março de 2020, Jair Messias Bolsonaro minimizou os efeitos da pandemia, dizendo que se tratava apenas de uma “gripezinha”, e pediu para que prefeitos e governadores voltassem atrás do fechamento do comércio, pedindo para que eles “abandonassem o conceito de terra arrasada” (FOLHA, 2020). Sem fazer uso de julgamento por parte alguma, o embate entre os governadores e o presidente só foi possível por causa do pacto federativo. Por mais que o chefe de estado tenha feito declarações contrárias às ações tomadas pelos governadores, esses tiveram a liberdade (dada a dimensão que as características do federalismo brasileiro permitem) de tomá-las porque o pacto federativo foi respeitado.

Como exemplo do respeito ao pacto federativo, pode-se citar a Lei 12.983, de 02 de junho de 2014. O dispositivo legal dispõe sobre as transferências de recursos da União aos órgãos e entidades dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução de ações de prevenção em áreas de risco e de resposta e recuperação em áreas atingidas por desastres e sobre o Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil. Na pandemia de COVID-19, foi ofertada a população afetada o que ficou conhecido como “auxílio emergencial”, fruto do repasse respaldado por tal Lei. No entanto, alguns estados ainda complementaram o valor com outros auxílios durante a pandemia.

Esperava-se que a harmonização das ações de resposta à pandemia viesse da presidência da república, porém, como visto acima, a relação entre os entes federados e a União foi repleta de tensão. No entanto, o respeito ao federalismo e a Constituição brasileira se deu através da mediação do Supremo Tribunal Federal, que foi a Instituição que julgou os embates judiciais. Cita-se aqui dois deles: a

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672, que, apesar de ter sido movida pela Ordem dos Advogados do Brasil, visava enquadrar a presidência pelas decisões que iam na direção contrária das indicadas pelas autoridades sanitárias; e (ii) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº. 6341, quando o STF reafirmou que os estados possuíam autonomia para tomar as ações de combate à COVID-19, baseado na CF88, que diz que a União, os estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente a respeito da defesa da saúde (ver seção 2).

A comparação entre as duas pandemias, neste caso, fica especificamente comprometida, uma vez que o volume de dispositivos legais criados na primeira e na segunda pandemia são significativamente diferentes, onde a pandemia de COVID-19 tem um número muito maior de leis e decretos estaduais e federais. Também há ausência de dados sobre o papel do Senado ou do Supremo Tribunal Federal na primeira pandemia como garantidor do pacto federativo. No entanto, esses dois fatos podem ser levados também como indicadores de que o pacto federativo naquele momento foi respeitado sem maiores tensões.

Ressalto aqui que um estudo mais aprofundado pode mostrar as peculiaridades do governo e do pacto federativo do período da primeira pandemia, no entanto, não há o objetivo de fazer juízo de valor sobre as decisões tomadas, e sim estudar como a resposta às duas pandemias se aconteceu e o grau de política envolvido nelas.

Cumprir notar então que apesar das tensões, o Brasil possui estruturas burocráticas suficientes para garantir que o pacto federativo funcione e seja respeitado. Ressalto aqui que em um país tão grande e com tantas peculiaridades e especificidades em seu território, o federalismo permite (e permitiu durante o primeiro ano da pandemia do novo coronavírus) que governadores e prefeitos fossem os tomadores de decisão que, em tese, melhor sabiam as ações de resposta da sua região. Apesar da burocracia envolvida em diversos níveis de governo legislando sobre a mesma coisa, o que poderia causar, de alguma maneira, confusão na comunidade, os benefícios do pacto federativo são bem maiores.

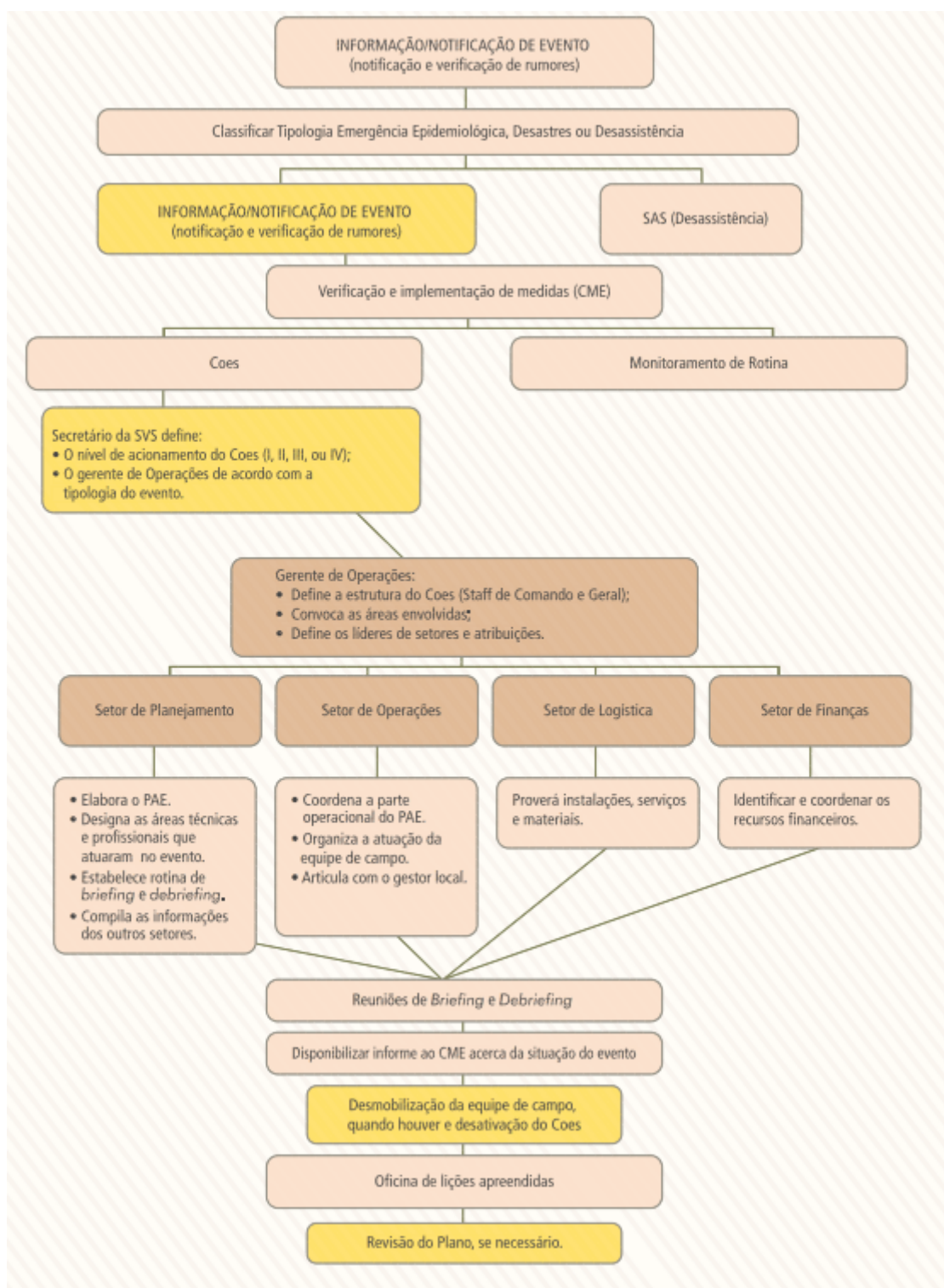
#### **4.2. Insulamento Burocrático do Ministério da Saúde**

Conforme visto na segunda seção deste trabalho, é previsto pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC) que em casos de desastres biológicos, o órgão responsável por coordenar a resposta é o Ministério da Saúde. Dada as características do desastre biológico, essa centralização da resposta precisa ser em diferentes níveis. No caso da pandemia causada pela COVID-19, o maior obstáculo da resposta foi o esgotamento do sistema de saúde. Isso ocorre porque o vírus acomete principalmente o sistema respiratório dos infectados, fazendo com que algumas pessoas necessitem de respiração mecânica para recuperação. Assim, uma boa resposta à pandemia envolvia a coordenação e distribuição de insumos estratégicos e médicos.

Essa seção se dedica a estudar então se o insulamento burocrático do Ministério da saúde foi o suficiente para garantir que o mecanismo de resposta funcionasse durante a crise de saúde pública, apesar da crise política que ocorria em paralelo. Cumpre notar que insulamento burocrático aqui é caracterizado como a independência da burocracia, apesar do contexto social ou político. Para analisar se o insulamento burocrático foi suficiente, serão observados dispositivos legais, discursos e ações envolvidas no contexto da coordenação do Ministério da Saúde durante o primeiro ano de pandemia.

A despeito das tensões políticas, a primeira análise pertinente a esta seção é a verificação da fluidez do Plano de Preparo de Resposta às Emergências em Saúde Pública. O documento é, pelo menos no princípio da crise, o Plano coordenador da resposta. Ele traz em seu Anexo o algoritmo de decisão, no qual o decisor se baseia para agir. Assim, no primeiro ano de pandemia, esperava-se que o algoritmo tivesse sido respeitado até a caixa que diz “Disponibilizar informe ao CME acerca da situação do evento”, uma vez que a desmobilização só acontece após a retirada do Estado de Calamidade Pública.

Figura 7: Algoritmo de Decisão do PRESP.



Fonte: PRESP

O marco inicial para o início do algoritmo para a resposta a COVID-19 seria o dia 10 de janeiro de 2020. Nesta data, um dia após o sequenciamento genético do novo vírus, o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) foi acionado para



monitorar o surto de Covid-19 na China (BRASIL, 2014), e seis dias depois a SVS publicou o primeiro Boletim Epidemiológico trazendo informações da nova pneumonia (BRASIL, 2020). Segundo o documento, já em 03 de janeiro de 2020, o CIEVS já havia solicitado a verificação de tal rumor. A partir de então, todos os eventuais casos confirmados da doença no Brasil precisariam ser relatados ao CIEVS, para que fosse possível obter dados a respeito da epidemiologia da doença, e sua eventual evolução no país. A medida do dia 03 de janeiro indica um funcionamento permanente da estrutura de governança em desastres em saúde no Brasil, a despeito das conjunturas, o que é aqui tratado como uma evidência positiva do insulamento burocrático do Ministério da Saúde. Em 22 de janeiro de 2020, um dia após a declaração da OMS quanto ao risco global moderado da Covid-19, o Brasil ativou o Comitê de Operações de Emergência do Novo Coronavírus (COE-nCoV), em nível de alerta I.

Seis dias depois, o Brasil anunciava o primeiro caso suspeito de infecção no país, fazendo com que o COE-nCoV alterasse o alerta nacional do nível I para o 2, medida que também é prevista no PRESP. Ainda no dia 27 de janeiro, a Portaria N° 74, de 27 de janeiro de 2020, da ANVISA, criou o Grupo de Emergência em Saúde Pública para a condução de ações sobre o novo coronavírus. O Decreto 10.211, de 30 de janeiro de 2020, instituiu e deu diretrizes do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (GEI-ESPII).

Assim, em 03 de fevereiro de 2020, a Portaria N° 188, do MS, decretou ESPIN, de acordo com o Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011 e a Portaria n° 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Por conseguinte, o COE-nCoV elevou para III o nível de alerta nacional em concordância com o fluxograma do PRESP.

Nota-se que a resposta brasileira evidencia uma consonância entre a governança em desastres nacional e aquela internacional, na medida em as ações tomadas pelo Brasil na ativação de sua estrutura de resposta acompanharam as decisões da OMS. A concomitância entre as recomendações internacionais e as decisões nacionais até este momento sugerem a preponderância da análise da burocracia técnica especializada em detrimento de leituras políticas da conjuntura vivida.

Em 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso foi confirmado no Brasil (NU, 2020), no hospital Albert Einstein, no estado de São Paulo. Era um homem que havia estado na Itália, à época, o novo epicentro da pandemia. Em 28 de fevereiro o Ministério da Saúde lançou a campanha de prevenção à Covid-19, e no dia seguinte lançou um aplicativo de celular com informações sobre a infecção (BRASIL, 2020). Em 02 de março, o MS lançou o protocolo de tratamento do novo coronavírus (MS, 2020) e dois dias depois a Fundação Oswaldo Cruz começou a distribuir testes rápidos (CNN, 2020). Novamente, essas são evidências positivas que indicam o cumprimento do previsto na PNPEDC quanto à importância de promover a auto educação da sociedade por um lado e, por outro, do protagonismo do MS enquanto ator central na coordenação do sistema de governança em desastres em saúde.

Seis dias após o segundo caso confirmado no Brasil (29 de fevereiro), o Brasil já apresentava transmissão doméstica do vírus (EL PAÍS, 2020). Nesse mesmo dia, em pronunciamento em cadeia nacional, o presidente Jair Bolsonaro minimizava os possíveis impactos da Covid-19, marcando o início do descolamento entre as recomendações internacionais e o entendimento da burocracia técnica nacional por um lado, aquele que passaria a ser o entendimento da presidência da República (BBC, 2020).

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou pandemia pelo novo coronavírus, por causa do nível de disseminação da doença. A partir de então, no dia 16 de março foi decretada situação de emergência no estado do Rio de Janeiro, por meio do Decreto Estadual Nº 46.973, de 16 de março de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020). A medida foi amparada legalmente pela Lei 12.608 e consta nos termos da PNPDEC. A primeira cura de COVID-19 no Brasil foi confirmada em 13 de março de 2020 (CNN, 2020). Quatro dias após a notificação do primeiro caso recuperado, ocorreu o primeiro óbito confirmado por COVID-19 no Brasil (CNN, 2020).

Os acontecimentos narrados acima tratam da fase inicial da resposta, que apontam para o respeito ao insulamento burocrático. Até o fim de 2021, dados mostram que o comitê de crise da COVID-19 não foi desmontado e permanece em reuniões (GOV, 2021). No que diz respeito às tensões políticas, o primeiro ministro da saúde que estava empossado durante a pandemia foi Luiz Henrique Mandetta. No entanto, as divergências das ações de resposta do presidente da república e o

ministro da saúde fizeram com que, pouco mais de um mês depois da declaração de pandemia, Mandetta fosse demitido. Em geral, os embates aconteciam porque o Jair Messias Bolsonaro se mostrava contrário às recomendações do então ministro da saúde, que reproduzia o discurso da OMS e recomendava o *lockdown* como medida de frear o vírus (EXAME, 2020a).

O sucessor de Madetta foi o oncologista Nelson Teich. O segundo ministro da saúde do período pandêmico assumiu o cargo em 16 de abril de 2020, um mês e 5 dias após a declaração de pandemia da OMS. Quando assumiu, Teich já havia declarado ser a favor do isolamento social, porém, durante seu primeiro pronunciamento, disse que não seria tão radical. A escolha foi feita pelo presidente Bolsonaro. O discurso de Teich parecia ser mais alinhado com o que o presidente achava, que falava sobre o “isolamento vertical”, onde apenas os mais idosos e as pessoas que possuíam comorbidades fariam o isolamento (EXAME, 2020b).

29 dias após assumir o cargo de ministro da saúde, o oncologista Nelson Teich pediu demissão. O médico disse que não mancharia sua carreira por causa da “cloroquina”, medicamento que o presidente da república por diversas vezes fez apologia ao uso para o tratamento da COVID-19, apesar das recomendações contrárias das autoridades sanitárias e a falta de comprovação de eficácia do medicamento. Naquele momento, o chefe de estado dizia que iria alterar o protocolo de uso da cloroquina, para que a mesma fosse usada no tratamento da COVID-19. Após pedir demissão, Teich foi substituído pelo então secretário-executivo, general Eduardo Pazuello. O ministro assumiu interinamente o Ministério da Saúde a partir de 15 de maio, assumindo oficialmente em agosto de 2020.

A maior tensão entre a composição técnica do Ministério da Saúde (que compõe a sua burocracia) e as decisões da presidência foram sobre o chamado “tratamento precoce” e o isolamento social, no ano de 2020<sup>24</sup>. Ainda em 2020, o Laboratório Farmacêutico do Exército foi incumbido da missão de produzir

---

<sup>24</sup> Cabe ressaltar que no ano de 2021, o Senado instaurou a CPI que ficou conhecida como “CPI da COVID”. A CPI visava investigar as ações e possíveis omissões da presidência durante a coordenação da resposta à pandemia. Teve início em abril de 2021 e foi até novembro do mesmo ano. No dia 27 de abril de 2021, os senadores comprovaram que o governo recusou a compra de vacinas no ano de 2020 por onze vezes. O episódio foi um dos pontos altos da investigação da CPI, principalmente porque o presidente insistia em medicamentos sem comprovação científica, enquanto a compra da vacina era recusada. (ESTADÃO, 2021)

cloroquina segundo o Laboratório, por demandas do Ministério da Saúde e do Ministério da Defesa. O medicamento fazia parte do tratamento precoce, que era a principal aposta da presidência em 2020, que levaram o ministro Nelson Teich a se demitir.

Comparativamente, logo no início da pandemia de H1N1, percebe-se que o ministro da saúde possuía mais autonomia no que tange às decisões sobre a pandemia. Em maio de 2009, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, fez uma carta aberta aos profissionais de saúde, onde ele informava as medidas de controle que o governo brasileiro tomava no combate ao surto, que se tornaria a pandemia de H1N1. Nesta carta, apesar de ainda não existir o algoritmo no qual se baseou a resposta da COVID-19, o ministro da saúde informava todos os passos que foram tomados, em concordância com o RSI.

“Imediatamente após o comunicado da OMS, instituímos o Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública (GPESP), no Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). O Gabinete vem realizando reuniões diárias para monitorar a situação mundial e nacional, com o objetivo de adotar as medidas de prevenção e controle mais indicadas ao País. (...) Cabe ressaltar que o Brasil vem se preparando para uma possível pandemia de influenza desde 2003, quando o Governo Brasileiro constituiu o Grupo Executivo Interministerial (GEI), que elaborou o Plano Brasileiro de Preparação para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza, por meio de Decreto Presidencial. O GEI se reúne mensal ou semanalmente (...).”

(TEMPORÃO, 2009)

Outro aspecto que indica o insulamento burocrático do Ministério da Saúde durante a primeira pandemia foi a própria vacinação da população. O Brasil ficou mundialmente conhecido como um dos países que mais vacinou contra a H1N1. Em três meses, 80 milhões de brasileiros foram vacinados. A definição dos grupos prioritários e a gestão da vacinação foi feita única e exclusivamente pelo Ministério da Saúde, com o apoio da presidência. O combate às informações falsas a respeito das vacinas já em 2009 foi um dos motivos da aderência da população na vacinação (BARIFOUSE, 2021).

A condução do Ministério da Saúde durante a pandemia de COVID-19 não foi isenta da crise política que o país enfrentava. Pelo contrário, a CPI da COVID, em

2021, e as constantes mudanças dos ministros por parte da presidência, mostraram que por diversos momentos a crise política atravessou a sanitária e fez com que prevalecesse a vontade do político a despeito do burocrata a qual a tomada de decisão pertencia. Neste sentido, apesar do aspecto do Ministério da Saúde de insulado, e do cumprimento do Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, pelo menos na teoria, não foram o suficiente para garantir uma resposta pautada no corpo técnico do MS, mas sim na vontade política do ator político.

### 4.3. Condução da Liderança Política

A crise revelada pela pandemia não foi só na saúde pública. Segundo Kramer (2004), crise é uma ameaça ao sistema de sobrevivência, que necessita de uma resposta rápida em uma situação que extrapola a capacidade de resposta da comunidade. Boin (2003) argumenta que quando um líder é bem sucedido no manejo da crise, pode se tornar um herói folclórico, aumentando sua expectativa de reeleição. No entanto, quando a tentativa de controlar essas emergências e voltar a normalidade falha, tal líder é tomado como bode expiatório pela população (BOIN, 2003; KRAMER, 2004).

Argumenta-se então que a gestão pública centralizada em um tomador de decisão é fundamental para que a resposta à crise seja eficiente. O modo como os decisores percebem os riscos advindos da crise reflete diretamente em como ela será enfrentada. O processo decisório de um líder tende a seguir um padrão.

Keohane e Goldstein (1993) afirmam que as ideias e crenças exercem influência direta nas políticas, especialmente quando as crenças acerca de princípios ou mecanismos causais que elas incorporam fornecem potenciais respostas que aumentam a clareza dos atores sobre metas ou objetivos. Outra dimensão de influência das crenças se apresenta quando estas afetam os resultados de situações estratégicas nas quais não há equilíbrio único, mas vozes dissonantes em um contexto de incerteza. Este é precisamente o contexto da tomada de decisão em meio à pandemia causada por um vírus até então desconhecido.

O primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus confirmado no Brasil aconteceu em 26 de fevereiro de 2020. Até aquele momento, a doença era classificada como um surto pela OMS. No dia 09 de março, o presidente do Brasil deu a primeira declaração polêmica a respeito do vírus. Jair Messias Bolsonaro estava discursando em Miami, nos Estados Unidos, e disse que o poder destruidor do vírus estava sendo superdimensionado, e que o coronavírus não era tudo o que a grande mídia estava propagando (CNN, 2020). Dois dias depois, a OMS declara pandemia pela COVID-19 (CNN, 2020).

No dia 17 de março, o presidente deu novas declarações. De acordo com ele, o vírus deveria ser “diluído”, e que a população deveria ser infectada aos poucos. Ainda nesse dia, Bolsonaro disse que faria uma festa de aniversário para comemorar seus 65 anos, quatro dias depois. O presidente disse também que os governadores não deveriam atrapalhar a circulação de pessoas (naquele momento, muitos governadores já começavam com medidas para limitar a circulação de pessoas e o eventual espalhamento do vírus), pois isso iria impactar diretamente a economia (FOLHA, 2020). Naquele momento, de acordo com as autoridades sanitárias, interromper a circulação de pessoas era a única maneira de evitar a contaminação pelo vírus em larga escala. O primeiro caso de reinfecção pelo coronavírus também já havia acontecido (uma japonesa havia contraído a doença pela segunda vez), o que ia de encontro ao argumento da imunidade de rebanho, que era adotado pelo presidente como estratégia para resposta à pandemia (REUTERS, 2020).

Outro momento de tensão política foi a respeito do uso da cloroquina como medicamento para tratar a COVID-19. No dia 7 de julho, o presidente testou positivo para a doença. O presidente ficou em isolamento na sua residência oficial, e no dia 23 de julho, foi flagrado mostrando uma caixa de cloroquina para as emas que ficam no palácio, enquanto era fotografado por paparazzis (UOL, 2020). Desde o início, Bolsonaro foi a favor do uso do medicamento, e em 20 de maio, o ministro da saúde interino, Eduardo Pazuello, chegou a mudar o protocolo para casos leves da doença, indicando o uso da cloroquina (CNN, 2020). Outro ponto de inflexão foram os atos pró-governo de 2020. No início da pandemia, no dia 15 de março, eles aconteceram mesmo com o presidente desaconselhando em rede nacional. No entanto, Bolsonaro participou dos atos (EL PAÍS, 2020).

Na pandemia de H1N1, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva também deu declarações polêmicas. O presidente disse que a doença não é do tamanho que parecia ser, apesar de grave. Luiz Inácio falava a respeito da entrada de pessoas no país, e que a vigilância teria sido intensificada. Para ele, as pessoas não deveriam entrar em pânico, mas sim ter cuidado (O GLOBO, 2009).

Em alguma medida, sempre vai haver interferência da liderança política na resposta a desastres dessa magnitude, uma vez que o presidente da república é a

figura que representa a população. Neste sentido, a forma que a condução política é feita é fundamental para percepção de risco da população. Nenhum político será também vazio de crenças e opiniões, no entanto, cabe ao gestor saber qual membro do seu governo detém a capacidade técnica de resposta. A pandemia de COVID-19 mostrou ao mundo a necessidade de reconstruir a forma que o risco é passado à população em situações de crise.

#### **4.4. Observação dos Tratados Internacionais**

Em geral, as ações da Organização Mundial de Saúde tem caráter de recomendação e não normativo. No entanto, o Regulamento Sanitário Internacional é de caráter normativo. O Brasil é signatário tanto da OMS quanto ratifica o RSI. Assim, espera-se que o país pelo menos ponderasse sobre as recomendações da OMS e fizesse todo o protocolo do Regulamento. No que diz respeito ao protocolo, esse estudo já mostrou que o país respeitou todos os aspectos. No entanto, por diversas vezes a liderança política e/ou técnica da gestão da pandemia foi contrária às recomendações da OMS.

Mostrou-se aqui que o presidente da república por diversas vezes se mostrou a favor de medicamentos que não tinham eficácia comprovada e contrário a compra de vacinas, contrariando as recomendações da OMS. Por mais que não tenha caráter normativo, a Organização reúne cientistas de diversos países, inclusive brasileiros, e é a autoridade sanitária internacional responsável por coordenar a resposta. A pandemia de COVID-19 mostrou justamente que sem a coordenação internacional não é possível controlar a disseminação do vírus e responder à pandemia de forma eficaz. Além disso, a OMS é um braço da Organização das Nações Unidas (ONU) que nasceu por indicação do próprio país.

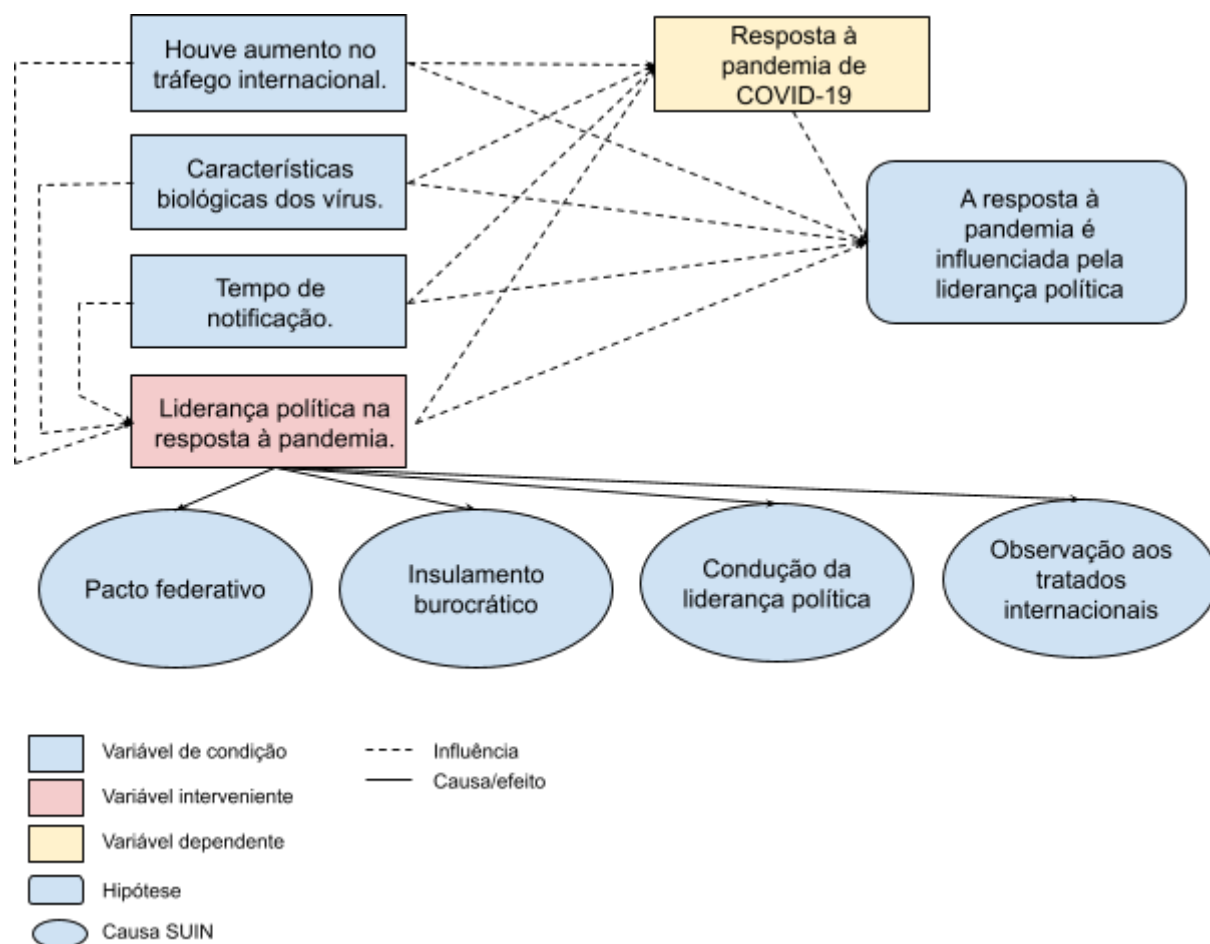
É difícil avaliar exatamente como se deu essa observação dos tratados internacionais, uma vez que nesse momento todos os olhos se voltaram para a OMS e o RSI, dada a natureza da crise. No entanto, as falas contrárias às recomendações da Organização mostram que, apesar de signatário, a posição escolhida para lidar com a crise foi a do afastamento por parte da liderança política das recomendações da OMS.



## 5. Considerações Finais

A pandemia de COVID-19 mostrou que os esforços para conter uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional neste momento necessitam de esforços internacionais e conjuntos. Para isso, a Organização Mundial de Saúde através de suas recomendações e do Regulamento Sanitário Internacional, cumpre bem esse papel. No entanto, apenas a coordenação internacional não é suficiente para uma boa resposta.

A presente dissertação trouxe o seguinte esquema de variáveis, causas e hipótese:



**Fonte:** Autoria própria

Conclui-se aqui que, apesar das variáveis de condição desempenharem um papel fundamental para o acontecimento do fenômeno, elas sozinhas não explicam a hipótese e nem a variável dependente. O aumento das viagens e do tráfego de

bens de consumo foram de fato muito bem previstos pelo RSI, porém sem as condições biológicas, não haveria pandemia. Por sua vez, apenas a biologia não é suficiente para causar a pandemia sem a disseminação internacional através das viagens de pessoas e objetos, e sem o tempo necessário para que essa disseminação do vírus de fato aconteça.

Tais variáveis são responsáveis apenas por fornecer o pano de fundo da pandemia. Buscou-se estudar na presente dissertação como se deu a influência política na resposta à pandemia. Para tanto, precisou-se lançar mão de variáveis dependentes, independentes e de causas SUIN. Considera-se então que as quatro causas SUIN aqui elencadas. Elas de fato representam partes suficientes, mas não necessárias de uma causa que é insuficiente, mas necessária para a ocorrência do fenômeno. Outras causas desse tipo poderiam ser estudadas, de modo a ter mais ou menos impacto na resposta. As aqui analisadas foram escolhidas com base no que se pretendia estudar de fato: a interferência política na resposta à pandemia.

A junção das quatro causas SUIN explicam (nas limitações da dissertação de mestrado) a variável interveniente. De fato, a liderança política afeta diretamente a qualidade da resposta à pandemia, uma vez que o líder político é o decisor final quando julgar necessário. As estruturas da administração pública (como o federalismo e o insulamento burocrático de uma instituição) são apenas mecanismos de garantir que a resposta aconteça com a menor interferência possível, mas ainda assim ela está presente.

Como hipotetizado então, a resposta à pandemia é de fato influenciada pela condução da política, que seja através de políticas públicas (como o algoritmo do PRESP, por exemplo), quer seja por atores políticos (presidência da república influenciando no processo decisório do Ministro da Saúde). Porém, cabe ressaltar novamente que estudos mais aprofundados podem mostrar outras variáveis e causas que também são necessárias para o fenômeno estudado. A pandemia, qualquer que seja a natureza dela, se apresenta como um *wicked problem*, de modo que novas faces e focos da crise podem ser estudados e hipotetizados.

Como indicação de estudo futuro, a percepção do risco da população é um dos principais. O ator político, aliado à imprensa, são quem vai dar o tom da crise para a população. Assim, a percepção de risco também pode ser analisada como

uma narrativa política para conduzir a comunidade à narrativa que mais agrada o decisor. Além disso, propõe-se o estudo da gestão do conhecimento gerado pelas experiências de pandemia e epidemias. O Brasil possui o SUS como modelo internacional na gestão de saúde pública, e já lidou com episódios epidêmicos de dengue e zica. Pergunta-se então se os conhecimentos aprendidos nessa gestão foram aplicados na resposta à pandemia de COVID-19 e como se deu a manutenção desse legado.

Por último, porém não menos importante, estudos comparativos entre a resposta brasileira e a de outros países se faz necessário, para entender como a narrativa política influencia ou não a coordenação da resposta. A comparação entre dois ou mais países, ainda que possua um espaço amostral pequeno, pode ser suficiente para inferir teoria e/ou padrões.

## 5. Referências

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R.. 2018. Burocracia e Ordem Democrática: Desafios Contemporâneos e Experiência Brasileira. Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: interseções analíticas. IPEA, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento\\_Sanitario\\_Internacional\\_versão%20para%20impressão.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento_Sanitario_Internacional_versão%20para%20impressão.pdf)>. Acesso em: 20 de outubro 2021.

ANVISA. Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009.

ARRETCHE, M.. 2004. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo Perspec. 18 (2), Jun 2004.

BBC. 2020. Coronavírus: como foram controladas as epidemias de Sars e Mers (e no que elas se diferenciam da atual). Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52815216>> Acessado em 03 de dezembro de 2021.

BBC, 2020. Coronavírus: morte de médico que havia tentado avisar sobre vírus causa revolta e protestos na China. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51411980>>

BRASIL, 2000. Política Nacional de Defesa Civil. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional.

BRASIL, 2007. Manual para a Decretação de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública. Brasília: DF. Ministério da Integração Nacional.

BRASIL, 2012. Política Nacional de Defesa Civil. Santa Catarina: UFSC.

BRASIL, 2013. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: DF. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2014. Plano de Respostas às Emergências em Saúde Pública. Brasília, DF. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2016. Instrução Normativa nº 2, de 20 de dezembro de 2016. (2016). Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional. 2016.

BRASIL, 2018. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Agentes Químico, Biológico, Radiológico e Nuclear. Brasília, DF. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2020. DECRETO Nº 10.212, DE 30 DE JANEIRO DE 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília, DF, 2020.

BRASIL, 2020. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPIN. Brasília: DF.

BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. 2017. Manual de Proteção e Defesa Civil: A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional.

BRASIL. Lei 12.608, de 10 de abril de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC); dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (Conpdec); autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Decreto Nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Brasília, DF, 1948.

CASTRO, 2021. CPI da Covid é criada pelo Senado. Senado Federal. Disponível em  
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>  
>. Acessado em 18 de setembro de 2021.

CAVALCANTE, P., LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E.. 2018. Do Insulamento Burocrático à Governança Democrática: As Transformações Institucionais e a Burocracia no Brasil. Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: interseções analíticas. IPEA, 2018.

CUNHA, E. S. M.; ARAÚJO, C. E. L.. 2018. Process Tracing nas Ciências Sociais: fundamentos e aplicabilidade. Brasília: Enap, 2018.

DEFESA CIVIL, 2021. A Defesa Civil no Brasil. Disponível em:  
<<https://www.defesacivil.se.gov.br/a-defesa-civil-no-brasil/>>. Acessado em 05 de outubro de 2021.

DOMINGUEZ, 2020. Emergência Internacional. Como o SUS se prepara para enfrentar epidemias como a do novo coronavírus? Revista Radis, ENSP, Fiocruz, nº 210. 2020.

FERREIRA, E. M. S.; *et al.* 2020. SARS-COV-2-ASPECTOS RELACIONADOS A BIOLOGIA, PROPAGAÇÃO E TRANSMISSÃO DA DOENÇA EMERGENTE COVID-19. Revista Desafios. v7, n. Supl. COVID-19, 2020.

FGV. 2021. Governadores despontam como contraponto a Bolsonaro em debate nas redes durante a crise do Covid-19. Disponível em <<https://observademocraciadigital.org/posts/governadores-despontam-como-contraponto-a-bolsonaro-em-debate-nas-redes-durante-crise-do-covid-19/>>

GEHA, Yuri Fadi et al . Análise epidemiológica comparativa entre as pandemias causadas pelos vírus Influenza A(H1N1)pdm09 e SARS-CoV-2 no estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 12, e202100862, 2021 .

GEORGE, A. L., BENNET, A., Lynn-Jones, S. M., & MILLER, S. E.. 2005. Case studies and theory development in the social sciences. Cambridge, MA: MIT Press.

GHS INDEX, 2019. Global Health Security Index. Disponível em: <<https://www.ghsindex.org/>>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

GUIMARÃES, V. C. & SILVA, G. F.. 2021. COVID-19: Parâmetros Internacionais, Federalismo e a Atuação Internacional dos Estados e Municípios. R. Dir. sanit., São Paulo v.21, e-0001, 2021.

GUZZINI, S.. 2012. The Return of Geopolitics in Europe?: Social Mechanisms and Foreign Policy Identity Crises. Cambridge University Press.

LEMONS, P. H. C., RAMOS, F. M. S., FILHO, F. S. P., 2021. Estudo dos conceitos da burocracia no âmbito do serviço público. Brazilian Journal of Development. Curitiba, v.7, n.9, p. 89130-89148 sep. 2021.

MADUREIRA, C.; RODRIGUES, M.. 2006. A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E GESTÃO, 2006, VOL. 12, N.º 2, 153-171.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. 1998. Glossário de Defesa Civil - Estudos de Riscos e Medicina de Desastre. Brasília: DF. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 367, de 22 de fevereiro de 2010. Inclui o medicamento Fosfato de Oseltamivir no Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, e define os valores de referência para as suas apresentações. Brasília, DF, 2010.

MORAES, A.. 1997. Direito Constitucional. Editora Atlas. São Paulo, 2020.

MORGAN, G, 2010. Imagens da Organização. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

Nassar Junior AP, Mocelin AO, Nunes ALB, Brauer L. 2010. Apresentação clínica e evolução de pacientes com infecção por Influenza A (H1N1) que necessitaram de terapia intensiva durante a pandemia de 2009. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(4):333-338.

NUNES, E. O., 1997. A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático. Zahar, 1997.

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA.(2020). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/masterpage\\_assunto.php?id=210](http://ompv.eceme.eb.mil.br/masterpage_assunto.php?id=210)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA.. (2020a). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 1 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM01\\_31\\_12ate05\\_01.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM01_31_12ate05_01.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA.(2020b). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 2 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM02\\_06\\_01ate12\\_01.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM02_06_01ate12_01.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020c). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 3 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM03\\_13\\_01ate19\\_01.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM03_13_01ate19_01.pdf)



OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020d). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 5 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM05\\_27\\_01ate02\\_02.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM05_27_01ate02_02.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020e). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 11 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM11\\_09\\_03ate15\\_03.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM11_09_03ate15_03.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020f). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 9 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM09\\_24\\_02ate01\\_03.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM09_24_02ate01_03.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020g). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 10 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM10\\_02\\_03ate08\\_03.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM10_02_03ate08_03.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020h). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 12 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM12\\_16\\_03ate22\\_03.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM12_16_03ate22_03.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA.. (2020i). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 14 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM14\\_30\\_03ate05\\_04.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM14_30_03ate05_04.pdf)

OBSERVATÓRIO MILITAR DA PRAIA VERMELHA. (2020j). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 16 Rio de Janeiro, RJ: Autor . Recuperado de [http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM16\\_13\\_04ate19\\_04.pdf](http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM16_13_04ate19_04.pdf)

O GLOBO. 2020. Já mandei cancelar, o presidente sou eu. Diz Bolsonaro sobre compra da vacina Coronavac. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/ja-mandei-cancelar-presidente-sou-eu-diz-bolsonaro-sobre-compra-da-vacina-coronavac-1-24704594>>

OLIVEIRA, P. F.. 2021. Desafios do Direito Internacional Sanitário Durante a Pandemia de COVID-19: Poder Normativo, Retirada e Financiamento da

Organização Mundial da Saúde. Revista de Estudos Institucionais. v. 7, n. 1, p. 73-103, jan./abr. 2021.

OPAS. 2021. Líderes mundiais se unem em chamado urgente por tratado internacional na pandemia. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/30-3-2021-lideres-mundiais-se-unem-em-chamado-urgente-por-tratado-internacional-na> Acessado em 05 de dezembro de 2021.

PEREIRA, L. C. B.. 1996. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público. Ano 47, vol. 120, nº1, jan-abr. 1996.

PETERS, B. G; PIERRE, J. 1998. Governance without government? Rethinking public administration. Journal of public administration research and theory, v. 8, n. 2, p. 223-243, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. (2011). Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. (2005). Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Brasília, DF: Ministério da Saúde .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. (2020). Declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. (2020). Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. (2020). Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF.

RAGIN, C. C.; AMOROSO, L. M.. 2010. Constructing Social Research: The Unity and Diversity of Method. Sage Publications, Inc; 2nd ed. 2010.

REZENDE, J. M.. 1998. Epidemia, Endemia, Pandemia. Epidemiologia. Linguagem Médica, vol. 27, 153-155. 1998.

RITTEL, H.W.J., WEBBER, M.M.. 1973. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sci 4, 155–169.

SANTOS, N. R.. 2010. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):8-19. 2010.

SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA CIVIL, 2013. Capacitação Básica em Defesa Civil. 4ª ed. Florianópolis, 2013.

SELL, C. E.. 2011. Máquinas petrificadas: Max Weber e a sociologia da técnica. Scientia Studia. 9(3). 2011.

SIQUEIRA, M. E. T.. OMS, OPAS, SUS - LIMITES DA INFLUÊNCIA DOS PAÍSES EM MAIOR DESENVOLVIMENTO NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE NO BRASIL. IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Santa Catarina, 2019.

SOUZA & FONTANELLI, 2021. Antídotos institucionais no federalismo brasileiro: a covid-19 mudou a dinâmica federativa? em “Governo Bolsonaro: Retrocesso Democrático e Degradação Política”. Editora Autêntica, 1ª ed..

STOKER, G.. 1998. Governance as theory: five propositions. International Social Science Journal, 50, 17-28. 1998.

TEMPORAO, José Gomes. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 18, n. 3, p. 201-204, set. 2009 .

THE INDEPENDENT PANEL FOR PANDEMIC PREPAREDNESS & RESPONSE. 2021. COVID-19: Make it the last pandemic. 2021.

UNISDR. 2009. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. 2009 UNISDR terminology on disaster risk reduction.

VEJA. 2020. Caiado rompe com Bolsonaro após pronunciamento: “Ignorância não é virtude”. Disponível em <[https://veja.abril.com.br/politica/caiado-rompe-com-bolsonaro-apos-pronunciament o-ignorancia-nao-e-virtude/](https://veja.abril.com.br/politica/caiado-rompe-com-bolsonaro-apos-pronunciament-o-ignorancia-nao-e-virtude/)>

VEXCO. 2020. Projeto. Disponível em <<https://sites.google.com/peb.ufjf.br/ventiladorcoppe/projeto>> Acessado em 05 de dezembro de 2021.

VIANA, A. L. A., MACHADO, C. V.. 2008. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 14(3):807-817, 2009.

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2009). UNISDR terminology on disaster risk reduction Disponível em <<https://www.undrr.org/publication/2009-unisdr-terminology-disaster-risk-reduction>>

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Disponível em <[https://www.preventionweb.net/files/43291\\_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf](https://www.preventionweb.net/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf)>

WHO. 2005. WHA58.3, Revision of the International Health Regulations. Geneva: OMS, 2005.

WHO. 2020. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>

WHO. 1946. Constituição Mundial da Saúde. Nova Iorque, 1946.

WHO. 2022. History of WHO. Disponível em <https://www.who.int/about/who-we-are/history> Acesso em 03 de dezembro de 2021.

WORLDOMETER, 2021. Worldometer Brazil cases. Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/brazil/>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

JIAN XIAO, MIN FANG, QIONG CHEN, BIXIU HE, SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review, Journal of Infection and Public Health, Volume 13, Issue 6, 2020, Pages 843-848.