



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
RELAÇÕES INTERNACIONAIS
MONOGRAFIA

**PERSPECTIVAS GLOBAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE
AS ATUAÇÕES DO SUS E DA OMS FRENTE À CRISE
SANITÁRIA DA COVID-19**

ORIENTANDO (A): DANILO MELO MENDANHA
ORIENTADOR (A): LEANDRO BERNARDES BORGES

**GOIÂNIA
2023**

DANILO MELO MENDANHA

**PERSPECTIVAS GLOBAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE
AS ATUAÇÕES DO SUS E DA OMS FRENTE À CRISE
SANITÁRIA DA COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola de Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel(a) em Relações Internacionais. Orientador(a): Prof. Me. Leandro Bernardes Borges

GOIÂNIA

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANILO MELO MENDANHA

PERSPECTIVAS GLOBAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE AS ATUAÇÕES DO SUS E DA OMS FRENTE À CRISE SANITÁRIA DA COVID-19

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola de Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel(a) em Relações Internacionais. Orientador(a): Prof. Me. Leandro Bernardes Borges

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Leandro Bernardes Borges

Alessandro Leonardo Álvares Magalhães

Prof. Dr. Rafael Henrique Dias Manzi

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, pois ELE é aquele que possibilita todas as coisas, sem o querer DELE nada do que foi feito se poderia fazer. Deus tem estado comigo dentro de mim e fora das coisas que não estão no meu controle.

Quero agradecer aos meus pais, Liosmar Evaristo Mendanha, que já não se encontra entre nós vítima da covid-19, e a Sonia Melo Mendanha que foram os meus maiores incentivadores, parceiros e colaboradores desse sonho.

Agradeço também ao Prof. Me. Leandro Bernardes Borges por ter ressuscitado em mim a esperança de uma vida acadêmica, pois a verdade é que essa luz já havia se apagado em mim.

Quero agradecer aos meus professores, amigos e colegas nessa longa jornada, e a todos que direta e indiretamente contribuíram nesse processo de minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as perspectivas de saúdes globais trazendo o foco a Organização Mundial de Saúde e ao Sistema Único de Saúde. Buscando entender a resposta dada a Pandemia do covid-19 pelas instituições supramencionadas este trabalho traz uma pesquisa quanto a história dessas instituições, a atuação, o posicionamento e principais linhas de ações diante da pandemia do covid-19. A investigação feita nesse trabalho parte da primícia de que em momentos de crise sanitária o Estado é essencial ao combate a processos anticíclicos, da mesma forma que um organismo multilateral se apresenta como palco essencial de debates e decisões para as ações comunitárias e cooperativistas entre as nações que lidam com problemas comuns. Assim sendo este trabalho encontrou elementos substanciais para apontar tanto acertos como erros e fragilidades da OMS e do SUS diante da pandemia do covid-19.

Palavras chaves : Pandemia, SUS, OMS, Estado e Covid-19

ABSTRACT

The present work aims to analyze the perspectives of global health, focusing on the World Health Organization and Unified Health System. Seeking to understand the response given to Covid-19 pandemic by the institutions mentioned above, this work presents research into the history, acting and position of Unified Health System and the World Health Organization in face of the covid-19 pandemic. The investigation is based on the fact that in times of health crisis the state proved to be essential in combating these countercyclical processes, in the same way that a multilateral organization presents itself as a stage for debate and decisions for community actions between nations that deal with common problems.

Key Words: Pandemic, SUS, WHO, State, Covid-19

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 SAÚDE PARA TODOS: DESVENDANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
1.1 Trajetória das políticas de Saúde Pública no Brasil: da colônia à República Velha	11
1.2 Políticas de Saúde na Era Vargas e no Regime militar	15
1.3 O Caminho da Reforma Sanitária	18
1.4 O Sistema Único De Saúde: O Cenário da Saúde Pública no Brasil à Luz da Constituição	21
2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	26
2.1 Organização Mundial da Saúde: do surgimento à estruturação	26
2.2 Importância da OMS como agência especializada da ONU para questões de saúde global	31
3 SUS E OMS DIANTE DO CENÁRIO DA PANDEMIA DO COVID -19	34
3.1 A pandemia do coronavírus	34
3.2 Desafios enfrentados pelo SUS durante a pandemia	37
3.3 Avaliação da eficácia das medidas implementadas pelo SUS	41
3.4 Atuação da OMS no combate ao covid-19	43
3.5 Desafios enfrentados pela OMS durante a pandemia	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	53

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-88), a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Antes dessa legislação, o sistema público de saúde atendia exclusivamente os trabalhadores vinculados à Previdência Social. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública em todo o mundo, abrangendo desde a atenção básica até serviços altamente especializados, como transplantes de órgãos, proporcionando acesso integral, universal e gratuito a toda a população, tanto residente quanto estrangeira. Significa dizer que, por meio de sua abordagem universal, o SUS oferece assistência abrangente à saúde, considerando o indivíduo como um todo. Logo, a saúde tornou-se um direito para todos os cidadãos brasileiros, garantindo apoio em todas as fases da vida, com foco na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2013).

A estrutura do SUS é mantida em conformidade com a Constituição Federal, pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. O SUS segue princípios doutrinários e organizativos. Em termos doutrinários, destaca-se a universalização, equidade e integralidade, conceitos que orientam e norteiam todas as ações de saúde. Quanto aos princípios organizativos, incluem-se a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular, elementos que organizam e estruturam a rede de atenção, proporcionando o melhor cuidado, qualidade e efetividade à população (BRASIL, 2013).

Desde sua criação, o SUS alcançou várias conquistas, a ponto de ver muitos de seus programas serem transferidos e difundidos para outros países. Destaca-se sua política de vacinação e imunização, alinhada às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), a disponibilidade de uma lista abrangente de medicamentos sem custos e a realização de transplantes de órgãos, considerado o maior sistema mundo (BAHIA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e enfermidades" (OMS, 1946). Atualmente, a OMS desempenha um papel central na formulação e implementação de políticas de saúde, bem como no monitoramento e avaliação dos progressos. De acordo com Villa (1999), o

crescimento e fortalecimento das organizações não governamentais com temáticas específicas estão relacionados principalmente a quatro fatores: a quantidade de recursos necessários, a necessidade de coordenação de programas de atuação e cooperação, a capacidade de resposta a emergências e a intensidade e extensão do problema proposto.

As diretrizes da OMS estão voltadas para a promoção do Cobertura Universal de Saúde (CUS) e para a equidade na prestação de serviços de saúde, princípios presentes principalmente o objetivo Saúde e bem-estar (ODS). Envolvendo a formulação de políticas que compartilhem os custos internos dos gastos com saúde, assegurando que todas as pessoas tenham acesso, desde condições aprimoradas de saneamento até sistemas de saúde de qualidade e medicamentos (LATKO et al., 2010).

A inequidade, conforme Whitehead (1991) "possui uma dimensão moral e ética, referindo-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, consideradas injustas e indesejáveis". As desigualdades, tanto na prestação de serviços de saúde quanto na qualidade dos serviços fornecidos, podem ser observadas globalmente, nas disparidades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (com seus diferentes níveis de renda), bem como na distribuição interna de saúde por estratos sociais, renda e urbanização (WHITEHEAD, 1991).

A COVID-19, o contexto analítico da presente pesquisa, é uma enfermidade originada pelo novo coronavírus, conhecido pela abreviação em inglês "*coronavirus disease 2019*". Seu quadro clínico varia de sintomas leves a graves, assemelhando-se a uma gripe. Originada em Wuhan, na China, na província de Hubei, a doença é causada por uma cepa viral pertencente à família Coronaviridae (SARS-COV-2), propagando-se rapidamente por todos os continentes. Em 11 de março de 2020, dois meses após o início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de emergência global de saúde, após ultrapassar mais de 800 mil casos confirmados e, em 1º de abril de 2020, já se havia registrado mais de 40 mil mortes relacionadas à infecção pelo SARS-COV-2 (GENEBRA, 2020). Naquela época, os Estados Unidos, Itália, Espanha e China apresentavam os maiores números de casos confirmados, destacando a significativa disseminação em regiões com características sociais e econômicas diversas (SARTI et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) agiu prontamente ao detectar indícios da doença. Diversos serviços foram mobilizados para coordenar e articular ações orientadas pelo Ministério da Saúde, visando ampliar a cobertura do Sistema Único de Saúde, contratar mais profissionais da saúde, adquirir equipamentos e insumos, construir unidades hospitalares, expandir a capacidade de unidades já existentes, contratar leitos em hospitais privados ou do setor suplementar, além de apoiar a instalação de hospitais de campanha (OLIVEIRA, 2020).

A saúde pública é um elemento crucial para o bem-estar das sociedades, e sua gestão eficaz torna-se ainda mais crucial em situações de crise, como a pandemia de COVID-19 que assolou o mundo. Neste contexto, a presente monografia propõe uma análise aprofundada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e da Organização Mundial da Saúde (OMS) diante dos desafios impostos pela pandemia.

O objetivo principal desta pesquisa consiste em examinar como o SUS e a OMS responderam à pandemia de COVID-19, avaliando suas estratégias, ações implementadas e os desafios enfrentados. Pretende-se compreender o papel desempenhado por essas instituições na proteção da saúde pública, identificando pontos de eficácia e possíveis áreas de aprimoramento.

A escolha deste tema justifica-se pela relevância do papel desempenhado pelo SUS e pela OMS no enfrentamento de crises de saúde pública, em especial diante da complexidade e alcance global da pandemia de COVID-19. O estudo dessas instituições permite uma análise crítica das políticas de saúde implementadas, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes em situações similares no futuro.

A partir do escopo definido, torna-se necessário realizar uma análise aprofundada do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) diante do cenário desafiador imposto pela pandemia do COVID-19. Sendo assim, o primeiro capítulo visa compreender a trajetória histórica do SUS, desde a Colônia até a República Velha, passando pelas políticas de saúde na Era Vargas e no Regime Militar, até alcançar o caminho da Reforma Sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde, delineado pela Constituição de 1988. Cada etapa desse percurso será minuciosamente

abordada, evidenciando a evolução e os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro.

O segundo capítulo dedica-se ao contexto internacional e multilateral, destacando a Organização Mundial da Saúde como uma entidade vital na promoção da saúde global. O estudo compreenderá o contexto de criação e de institucionalização da OMS, enfocando sua importância como agência especializada da ONU para questões de saúde em escala global. A análise aprofundada desses dois pilares – SUS e OMS – proporciona nuances abrangentes para compreender as dinâmicas e desafios em meio à pandemia.

O último capítulo concentra-se no enfrentamento dessas duas entidades frente à pandemia do COVID-19. O surgimento do coronavírus e sua rápida disseminação desencadearam desafios sem precedentes para o SUS e a OMS. Avalia-se os obstáculos enfrentados pelo SUS durante a pandemia, destacando a eficácia das medidas implementadas para enfrentar a crise. Paralelamente, explora-se a atuação da OMS no combate ao COVID-19, analisando os desafios que a organização internacional enfrentou e suas estratégias para lidar com a emergência global de saúde.

Enfim, a pesquisa busca contribuir para uma compreensão mais aprofundada dos sistemas de saúde, nacional e global, diante de uma crise de proporções inéditas. Ao final deste estudo, espera-se fornecer percepções valiosas que possam orientar futuras políticas de saúde e aprimorar a capacidade de resposta a pandemias, considerando a experiência acumulada pelo SUS e a expertise da OMS.

1 SAÚDE PARA TODOS: DESVENDANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste primeiro capítulo, perfaz-se uma jornada através da história da saúde pública no Brasil, traçando suas origens de período colonial até a República Velha (1930). Nesse contexto, explora-se como a saúde era percebida e administrada, destacando os desafios e avanços ocorridos ao longo desse período. Além disso, examina-se as políticas de saúde implementadas durante a Era Vargas e o Regime Militar, ressaltando as influências políticas e sociais que moldaram o sistema de saúde brasileiro.

Posteriormente, adentra-se no movimento da Reforma Sanitária, um marco crucial na transformação da saúde pública no Brasil. Nesse contexto, discute-se os principais atores e ideias que contribuíram para a reforma, bem como os desafios enfrentados durante esse processo de mudança. Por fim, analisa-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando como a Constituição de 1988 desempenhou um papel fundamental na reestruturação do sistema de saúde e como o SUS se tornou a principal referência na prestação de serviços de saúde no Brasil. Esse capítulo fornece uma base sólida para compreender o atual cenário da saúde pública no país e suas implicações sociais e políticas.

1.1 Trajetória das políticas de Saúde Pública no Brasil: da colônia à República Velha

Durante o período em que o Brasil estava sob domínio colonial, não há registros de qualquer preocupação por parte das classes dirigentes colonizadoras com o bem-estar da população. O conceito de saúde pública simplesmente não fazia parte da equação, e a responsabilidade pela saúde recaía estritamente sobre cada indivíduo, não havendo uma abordagem coletiva. Nesse cenário, cada pessoa se protegia contra doenças da maneira que considerasse apropriada, frequentemente recorrendo ao uso de plantas medicinais, bem como aos conhecimentos dos curandeiros e pajés locais.

Assim, a assistência à saúde se limitava aos recursos naturais disponíveis na terra, como plantas e ervas medicinais, e àqueles que, por meio da

experiência empírica, adquiriam habilidades na arte da cura, ou seja, os curandeiros (POLIGNANO, 2001).

Somente com a chegada da família real, em 1808, quando o Brasil deixou de ser uma colônia e foi elevado ao status de Reino, percebeu-se a necessidade de criar uma infraestrutura mínima de saúde para atender às demandas das classes dominantes que se estabelecia no Rio de Janeiro. Até o ano de 1850, as iniciativas relacionadas à saúde pública se restringiam principalmente ao controle de navios e à supervisão da saúde nos portos, além da delegação das responsabilidades sanitárias para as juntas municipais. Fica evidente, portanto, que o foco principal estava na manutenção do controle sanitário básico na capital do império, conforme o autor Polignano (2001).

Verifica-se também, que com a chegada da família real, surgiu a necessidade de estabelecer escolas de medicina no Brasil. No entanto, mesmo depois da criação dessas instituições, a falta de médicos em todo o país. Durante o período imperial, os médicos existentes se concentravam na então capital, o Rio de Janeiro, deixando as demais regiões completamente desprovidas desse serviço. Isso resultou no surgimento generalizado de boticários, ou seja, farmacêuticos, que não apenas desempenhavam sua função original de preparar as fórmulas medicinais prescritas pelos médicos, mas também se viam obrigados a fazer as próprias prescrições de medicamentos, devido à carência de profissionais médicos (WESTIN, 2019).

Durante a República Velha, um período marcado pela transição do regime monárquico para o republicano (1889), a atenção principal dos governantes estava voltada para questões políticas e o Brasil ainda não possuía um sistema de saúde pública estruturado. Isso deixou o país suscetível a várias doenças.

Nesse momento, o Rio de Janeiro enfrentava condições de higiene extremamente precárias, com a presença de várias doenças infecciosas, incluindo cólera, febre amarela, varíola, tuberculose e peste bubônica. Essa epidemia de doenças teve sérias consequências, tanto para a saúde pública quanto para a economia do país, uma vez que os navios estrangeiros passaram a evitar atracar na cidade com medo de que suas tripulações fossem infectadas. Nesse contexto, tornou-se imperativo "sanear para exportar" (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1903, o presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou o médico Oswaldo Cruz, especialista em saúde pública e pioneiro na pesquisa de doenças contagiosas e parasitárias, como o Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que gradualmente implementou instituições governamentais de saneamento e saúde em todo o território brasileiro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com o objetivo de combater as epidemias urbanas que assolavam o Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz desenvolveu o conceito de medicina higienista, cuja aplicação prática envolvia isolar os doentes, erradicar mosquitos e ratos, e higienizar as residências em áreas afetadas por surtos.

Um contingente de 1.500 indivíduos foi mobilizado para realizar tarefas de desinfecção, com o objetivo de combater o mosquito transmissor da febre amarela. A ausência de esclarecimentos e os excessos praticados pelos "guardas-sanitários" provocaram indignação na população. Esse método de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi concebido sob uma abordagem militar, em que os resultados justificavam os meios, utilizando a força e a autoridade como principais instrumentos de ação (POLIGNANO, 2001).

A desinfecção das cidades era conduzida de maneira arbitrária pelos "guardas-sanitários" e gerava revolta na população devido à sua natureza coercitiva e autoritária. Durante a época da República Velha (1889-1930), a medicina higienista ganhou destaque no Brasil e começou a influenciar o planejamento urbano das grandes cidades. Diante do receio dos estrangeiros de desembarcar nos portos brasileiros devido à propagação de várias doenças, o saneamento foi adotado como medida para melhorar a imagem do país no exterior (BRASIL, 2005).

Outra ação de Oswaldo Cruz que causou grande revolta e insatisfação popular foi a implementação da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que tornou a vacinação obrigatória. Essa medida resultou em um movimento na sociedade conhecido como a Revolta da Vacina.

Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor geral de Saúde Pública, ocupando um cargo equivalente ao atual Ministro da Saúde. Em 1904, ele enfrentou um dos maiores desafios de sua carreira como sanitarista: devido a uma alta incidência de surtos de varíola, ele tentou promover a vacinação em massa da população. A vacinação era realizada pela brigada sanitária, que entrava nas residências e vacinava todos os presentes. No entanto, essa

abordagem indignou a população e ficou conhecida como a Revolta da Vacina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O modelo de intervenção liderado por Oswaldo Cruz, apesar de ter sido marcado por uma atuação enérgica, alcançou resultados positivos, como a erradicação da febre amarela, por exemplo. Esses sucessos obtidos por meio das medidas propostas pelo Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública serviram para justificar as ações arbitrárias realizadas e para dar continuidade ao processo de desinfecção e higienização que persistiu por muitas décadas.

Em 1920, ocorreu uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, que até então estava subordinado ao Ministério da Justiça, sob a liderança de Carlos Chagas, que sucedeu a Oswaldo Cruz. Nessa reorganização, a promoção da saúde e a educação sanitária foram integradas como atividades regulares, marcando uma mudança em relação ao modelo anterior, que se concentrava na fiscalização e na abordagem policial. Gradualmente, a responsabilidade pelo controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras foi transferida para outros estados e áreas rurais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Durante esse período, o país também passou por um processo de industrialização, deixando de depender exclusivamente da produção de café. Esse processo resultou em um significativo crescimento da urbanização e no aumento da classe trabalhadora. No entanto, os trabalhadores enfrentavam condições de trabalho precárias e não tinham proteções trabalhistas, o que levou o movimento operário a organizar duas greves gerais, uma em 1917 e outra em 1919. Através dessas greves, alguns direitos sociais foram conquistados (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Dessa forma, como resultado das ações do movimento operário e das greves de 1917 e 1919, a Lei Eloy Chaves foi promulgada em 24 de janeiro de 1923. Essa lei estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), marcando o início das políticas de previdência social no Brasil. Em 1923, foi também promulgada uma lei federal que concedeu aos trabalhadores ferroviários do setor privado o direito a um benefício mensal durante a aposentadoria. Essa legislação é considerada o ponto de partida da Previdência Social no Brasil. A partir desse alicerce, o sistema previdenciário evoluiu até o

modelo atual, que atende a 35 milhões de brasileiros nos setores público e privado (WESTIN, 2019).

As CAPs ofereciam assistência médica e previdência com enfoque no cuidado da saúde dos trabalhadores ferroviários. Embora inicialmente limitada a esse grupo, essa lei é reconhecida como a primeira política de saúde no Brasil e o embrião da Previdência Social.

1.2 Políticas de Saúde na Era Vargas e no Regime militar

Após o fim da República Velha, na gestão de Getúlio Vargas, centralizou-se as funções e aumentou o controle do governo, adotando uma abordagem completamente oposta ao modelo anterior. Nomeado Presidente da República pela revolução de 1930, Getúlio Vargas imediatamente procurou libertar o Estado do domínio político das oligarquias regionais. Para alcançar esse objetivo, implementou uma ampla reforma política e administrativa, o que incluiu a suspensão da Constituição de 1891 e governou por meio de decretos até 1934, quando uma nova Constituição foi aprovada pelo Congresso Constituinte (WESTIN, 2019).

As dificuldades enfrentadas na governança democrática levaram Vargas a lançar uma intensa repressão policial contra seus oponentes e líderes sindicais proeminentes no país, especialmente a partir de 1937, quando o Estado Novo foi estabelecido como regime ditatorial. Durante seu governo, que durou até 1945, Vargas procurou consolidar o aparato estatal e suprimir reivindicações sociais. Para justificar essa abordagem autoritária, ele recorreu a políticas populistas em que o Estado se apresentava como provedor e protetor da sociedade, fornecendo o que considerava essencial para os cidadãos. Essas políticas sociais eram usadas pelo ditador para legitimar o sistema autoritário, muitas vezes sob o disfarce da "bondade" do presidente (BERTOLLI FILHO, 1996).

O Brasil iniciou um processo de industrialização e modernização do Estado para superar os impactos da crise de 1929 e se inserir na economia global. Até então, a economia brasileira era predominantemente baseada na produção de café, tornando crucial a criação de condições para o desenvolvimento da industrialização e o fortalecimento do país. Com o

surgimento da classe trabalhadora industrial, surgiram novas demandas a serem atendidas pelo Estado, incluindo a seguridade social. No entanto, o crescimento da classe trabalhadora não foi acompanhado por avanços significativos nas políticas de saúde; durante o Estado Novo, houve investimentos limitados na saúde pública.

Em 1930, foi estabelecido o Ministério da Educação e Saúde Pública, encerrando as atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública anterior, que estava subordinado ao Ministério da Justiça. Em 1933, com o governo populista de Getúlio Vargas, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituíram as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Os IAPs foram organizados por categoria profissional e estavam sob controle estatal. A criação desses institutos beneficiou os trabalhadores e expandiu a cobertura previdenciária para categorias essenciais em um contexto de crescente industrialização no país (WESTIN, 2019).

Em 1953, o Ministério da Saúde foi estabelecido, no entanto, sua criação não representou um compromisso eficaz para resolver os problemas de saúde pública. Em vez disso, foi mais um desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública. Durante esse período, também testemunhou-se o processo de interiorização da saúde, que incluiu a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) (WESTIN, 2019).

O período subsequente refere-se a duas décadas de domínio militar, caracterizadas por certos problemas específicos também no contexto da saúde pública. Em 1964, logo após o Brasil passar por um período de governo democrático, o golpe militar deu origem a um regime que prometia restaurar a ordem pública e estimular a economia. Esse governo autoritário se destacou pela repressão e pela supressão da participação social, buscando cada vez mais eliminar todas as manifestações sociais contrárias às inspirações do regime.

No aspecto econômico, esse período foi marcado pela abertura da economia ao investimento estrangeiro, juntamente com a contenção de salários e a proibição de greves. No campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram anulados, e o sistema político foi reformulado com a introdução do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, por meio da promulgação de atos institucionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Quanto à saúde pública, a política predominante durante o governo militar tinha como objetivo expandir a iniciativa privada, facilitando a participação deste setor por meio de contratos com empresas privadas e cooperativas médicas.

No que se refere ao sistema de saúde público propriamente dito, o país operava com dois sistemas distintos: a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor concentrava-se na saúde individual dos trabalhadores formais, principalmente nas áreas urbanas, e estava sob a responsabilidade dos institutos de pensão. A saúde pública, gerida pelo Ministério da Saúde (MS), tinha como foco principalmente as áreas rurais e as camadas mais pobres da população, enfocando principalmente ações de prevenção (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O regime militar promoveu mudanças significativas na estrutura da previdência social do Brasil. Antes de abordar as reformas na área da saúde em si, é crucial compreender os efeitos dessas modificações.

Após um longo processo legislativo, em 26 de agosto de 1960, foi promulgada a Lei 3.807, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social. Essa lei estabeleceu a unificação do regime geral da previdência, abrangendo todos os trabalhadores com contratos de trabalho, com exceção dos trabalhadores rurais (que foram incluídos três anos depois pela Lei 4.214, de 2 de março de 1963, que criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL), empregados domésticos e outros trabalhadores com regimes previdenciários próprios, como servidores públicos e funcionários de autarquias (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A consolidação da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões Sociais (IAPS) ocorreu apenas em 2 de janeiro de 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse instituto absorveu o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Como todos os trabalhadores urbanos passaram a ser contribuintes e beneficiários desse novo sistema, os recursos financeiros capitalizados aumentaram substancialmente. No entanto, o aumento proporcional de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários, sobrecarregou o sistema de saúde previdenciário, levando o governo a buscar apoio do setor privado.

Para enfrentar esta situação, o governo estabeleceu acordos e parcerias com numerosos médicos e hospitais em todo o território nacional, resultando na criação de um intrincado sistema médico industrial. A crescente complexidade desse sistema culminou na formação de uma estrutura administrativa autônoma em 1978, denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que mais tarde foi extinto pela Lei Federal 8.689/93.

Em 1967, foi promulgado o Decreto Lei 200, que delineou as responsabilidades do Ministério da Saúde e a formulação e coordenação da política de saúde nacional. Em 1970, foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o propósito de erradicar e controlar doenças endêmicas. Em 1974, o sistema de previdência foi desvinculado do Ministério do Trabalho e passou a ser gerido pelo seu próprio ministério, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1975, o Sistema Nacional de Saúde foi estabelecido de maneira metódica, delineando os papéis dos setores público e privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apesar da criação dessas estruturas para a saúde pública, o Governo Federal alocou escassos recursos para o Ministério da Saúde, o que limitou sua capacidade de implementar propostas de reforma. Isso resultou em insuficiência para modificar a trajetória da política de saúde brasileira que, na prática, dava preferência à medicina de tratamento.

Diante do caos que o país enfrentava e do autoritarismo do regime, surgiram condições propícias para o surgimento de grupos na sociedade em busca da recuperação dos direitos perdidos no golpe de 1964. Foi nesse contexto, por volta da metade da década de 1970, que um movimento mais sistematizado de saúde no Brasil teve sua origem.

1.3 O Caminho da Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária surgiu como uma reação à insatisfação de partes da sociedade diante da grave situação e da autoridade decorrentes do golpe de 1964. O regime militar, apoiado pela classe dominante e financiado por investimentos estrangeiros, implementou um novo modelo de economia,

sociedade e política por meio de um governo autocrático. Para obter apoio e legitimidade, o governo militar recorreu à repressão e à assistência.

Entretanto, esse novo modelo estatal não trouxe benefícios para os trabalhadores, que enfrentaram condições precárias de vida e a falta de acesso a bens essenciais. A ausência de políticas públicas eficazes resultou em sérios problemas de saúde na população.

As mudanças realizadas durante o período ditatorial não foram suficientes para transformar o sistema de saúde no Brasil. Pelo contrário, houve uma comercialização dos serviços de saúde, com vantagens concedidas ao setor privado, refletindo uma abordagem extremamente capitalista, similar ao que ocorria em outros países.

O aumento da pobreza e das condições precárias afetou diretamente a saúde dos trabalhadores, tornando-os suscetíveis a diversas doenças. Diante dessa realidade, grupos da sociedade começaram a exigir os direitos perdidos durante a ditadura e a defender a restauração da democracia. Foi nesse período de agitação que o movimento de reforma sanitária começou a se consolidar na década de 1970.

Os princípios de reforma na saúde brasileira ganharam força durante o movimento pela redemocratização do país. Médicos, sanitaristas e especialistas em saúde pública se uniram no movimento pela Reforma Sanitária, cujo marco inicial foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essa conferência, que se estendeu por cinco dias e contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, teve como objetivo contribuir para a criação de um novo sistema de saúde, desempenhando um papel fundamental no movimento de reforma sanitária e na saúde pública do Brasil. Além disso, resultou em vários documentos que apresentavam propostas para a futura Constituição de 1988.

Pela primeira vez na história do país, a sociedade civil organizada teve a oportunidade de desempenhar um papel ativo na formulação das políticas de saúde, baseando-se no princípio fundamental de "saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado" (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2011). As principais decisões tomadas nessa conferência serviram de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, sob o lema "saúde como direito", apresentou propostas progressistas com o objetivo de garantir um acesso

igualitário e universal aos serviços de saúde. Ela estabeleceu a ideia de saúde como um direito de cidadania e defendeu a intervenção do Estado na criação do SUS.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram na incorporação do direito à saúde para todos na Constituição de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas reformas estruturais, organizacionais e de financiamento da saúde foram implementadas em quatro fases distintas ao longo das décadas de 1980 e 1990, com destaque para a universalidade do acesso à saúde como princípio central do sistema.

Os autores previamente citados La Forgia e Couttolenc, (2011) assinalam que o início de uma nova fase de reformas se destaca pela recente promulgação de regulamentações que têm como objetivo aprimorar o foco nos resultados das relações entre o governo federal e as entidades subnacionais.

Em 1987, o Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS) foi estabelecido enquanto as conversas sobre o financiamento e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) estavam em andamento. Em julho de 1987, o SUDS foi instituído, incorporando princípios essenciais como universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária (BRASIL, 2011).

Adicionalmente, de acordo com Viana e Dal Poz (2005), a reforma do sistema de saúde brasileiro em 1988, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou uma transformação radical, introduzindo mudanças profundas no funcionamento do sistema de saúde público do Brasil. Os princípios constitucionais, como universalidade, integralidade no acesso à saúde pública, regionalização, hierarquização e descentralização com direção única em cada nível de governo, enfatizam a magnitude desse sistema. "A descentralização foi o traço distintivo da reforma sanitária que resultou na criação do SUS" (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2011).

A implementação do SUS teve início na década de 1990, quando as disposições constitucionais relativas ao sistema de saúde brasileiro foram concretizadas por meio da Lei nº 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica de Saúde. Outros instrumentos regulamentares do sistema incluíram várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Dada a complexidade e abrangência de um sistema de saúde abrangente e universal, a implementação do SUS enfrentou uma série de desafios. Como observado por Viana e Dal Poz (2005):

[...] desde o início da implementação do SUS, várias questões surgiram em relação à sua operacionalização, incluindo o financiamento das ações de saúde, a definição clara das funções dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), as formas de colaboração entre os setores público e privado no novo modelo de organização dos serviços e a resistência do antigo modelo de assistência, baseado na doença e em ações curativas individuais, a uma mudança mais substancial nas práticas assistenciais.

Além disso, a Lei nº 8.142 foi promulgada para estabelecer os mecanismos de participação da comunidade e regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como tratar de outras questões relacionadas.

Portanto, a Reforma Sanitária no Brasil representou um passo crucial em direção a uma saúde pública mais inclusiva e equitativa, embora os desafios persistentes evidenciem que ainda há muito trabalho a ser realizado para alcançar completamente os princípios estabelecidos no SUS. A contínua evolução e aprimoramento do sistema são fundamentais para assegurar que a saúde seja verdadeiramente um direito de todos os brasileiros.

1.4 O Sistema Único De Saúde: O Cenário da Saúde Pública no Brasil à Luz da Constituição

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou das batalhas e reivindicações do movimento sanitário e de grupos que lutaram pelo processo de democratização do país. Logo, o SUS se torna a estrutura estatal responsável por apoiar a implementação da política de saúde no Brasil, bem como pela distribuição de medicamentos de acordo com a política nacional de medicamentos, como mencionado por Coêlho (2020).

Na década de 2000, o SUS passou por reformas para fortalecer sua operação e a atenção primária, atualmente representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM & TEIXEIRA, 2008). A busca por aprimoramentos

continuou, mas desafios como a falta de recursos adequados persistiram. Na busca contínua por aprimoramentos e pela tentativa de fortalecer os princípios originais do SUS, o país se esforçou para expandir e consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família, agora conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Essa abordagem enfatiza a atenção primária, com equipes de saúde atuando diretamente nas comunidades para fornecer cuidados preventivos e tratamento básico. Isso teve um impacto positivo na melhoria do acesso aos serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e urbanas desfavorecidas. Nesse período, também ocorreu uma série de reformas na gestão do SUS, visando melhorar a eficiência e a transparência.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxe regulamentações para planos de saúde privados, buscando garantir maior qualidade e proteção aos usuários. Além disso, foram implementados mecanismos para aprimorar o financiamento do SUS, como a Emenda Constitucional 29, que estabeleceu percentuais mínimos de investimento em saúde por parte dos governos. Entretanto, desafios significativos também surgiram durante esse período. A falta de recursos adequados, a desigualdade regional e a capacidade limitada de atendimento continuaram a ser obstáculos para a efetividade do sistema. A burocracia e a fragmentação do sistema de saúde em diferentes níveis de governo e esferas administrativas também dificultaram a coordenação e a entrega de serviços de qualidade de maneira consistente.

A seção relativa à saúde na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e nº 8.112/1990) estabelecem as bases legais que institucionalizam e regulam o SUS, representando um marco importante na estruturação do sistema de saúde no Brasil.

Além desses elementos, existem várias outras normas, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, revisam ou modificam aspectos funcionais e organizacionais do sistema, como as Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96. No entanto, a estrutura formal do SUS é composta pelos três elementos mencionados anteriormente.

O texto constitucional na seção de saúde enfatiza a importância de criar um sistema de saúde voltado para atender às necessidades da população e reflete o processo de democratização do país, que estava saindo de um período autoritário em direção à construção de um Estado de Bem-Estar Social, conforme preconizado pela Constituição de 1988.

A definição do SUS está contida no artigo 198 da Constituição Federal, que afirma que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...". Esse é, portanto, o conceito fundamental do SUS.

Apesar de ter sido criado e definido na Constituição de 1988, o SUS só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 com a promulgação da Lei 8.080/1990. Araújo e Nunes Júnior (2009, p. 487) explicam os três princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, conforme descrito no artigo 198 da Constituição: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A descentralização implica que o atendimento básico à população deve ser realizado principalmente pelos municípios, enquanto os estados cuidam de questões mais complexas e a União gerencia o sistema. A rede pública de saúde deve fornecer atendimento integral, incluindo prevenção, cuidados médicos e hospitalares, bem como assistência farmacêutica. A participação da comunidade foi fortalecida com a criação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis federativos, órgãos com poder deliberativo de acordo com a Lei n. 8.142/90.

Conforme apontado por Ricardo de Oliveira (2018), que atuou como Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo de 2015 a 2018, é importante destacar que, apesar de todos os desafios, "o SUS funciona". As realizações do SUS superam em muito as dificuldades que ele enfrenta. Apenas no Espírito Santo, em 2017, foram realizadas 8,5 milhões de consultas, mais do que o dobro da população do estado, foram administradas 7 milhões de doses de vacinas, distribuídas 38 milhões de unidades de medicamentos e registradas 252 mil internações.

Ricardo de Oliveira (2018) enfatiza de forma clara que, ao considerar a vasta estrutura de saúde pública no Brasil, os desafios parecem relativamente pequenos em comparação com as realizações. Ele também observa que a mídia tende a dar mais ênfase às falhas do Sistema Único de Saúde (SUS) do que aos

seus aspectos positivos, o que acaba impactando negativamente a percepção pública.

É um erro afirmar que estamos imersos no caos. Caos seria conceber a população brasileira sem os milhões de atendimentos diários providos pelo SUS. No entanto, não nego que há espaço para melhorias e muitos aspectos a serem corrigidos.

O autor mencionado também ressalta que um fator crítico a ser considerado ao celebrar contratos de gestão, seja com organizações do terceiro setor ou com o setor privado, é a competência e a capacidade do órgão público em supervisionar o parceiro contratado.

De acordo com Francisco Figueiredo (2018), que atuou como Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, de 2016 a 2020, o sistema de saúde brasileiro é colossal e não possui equivalente global. Segundo os dados fornecidos por Figueiredo, o SUS realiza anualmente 1,3 bilhão de consultas/atendimentos, 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 11 milhões de internações. Em junho de 2018, cerca de 160 milhões de brasileiros dependiam do SUS, o que representa mais de 70% da população do país.

Outro aspecto notável do SUS, também destacado por Francisco Figueiredo (2018), é sua extensa abrangência territorial, abrangendo 27 unidades federativas, 5.568 municípios e uma estrutura tripartite envolvendo a União, estados e municípios. Além disso, o Brasil alocou aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto (PIB) em despesas de saúde, divididas entre financiamento público (43%) e privado (57%). Em 2016, os três níveis de governo gastaram conjuntamente R\$ 246 bilhões na área da saúde. Esses fatos tornam evidente que a implementação de qualquer política dentro desse sistema requer um esforço substancial e dedicação.

O sistema de saúde, conforme observado por Francisco Figueiredo (2018), enfrenta desafios em diversos países, não se limitando ao Brasil. Apesar de ser o maior sistema público de saúde global e singular em sua magnitude, sistemas semelhantes, como os da Dinamarca, Portugal e Inglaterra, também têm experimentado obstáculos.

Ao longo de sua história, o SUS tem lidado com questões recorrentes, tais como escassez de recursos, disparidades regionais e desafios de gestão. No entanto, é crucial destacar que, apesar dessas dificuldades, o sistema alcançou

progressos notáveis na ampliação do acesso à saúde para milhões de brasileiros.

Ao longo dos anos, o SUS continuou a ser a principal referência de atendimento médico para a maioria da população brasileira, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde e na garantia de direitos no campo da saúde pública. Suas reformas e adaptações ao longo das décadas são reflexo do compromisso do Brasil em proporcionar atendimento médico acessível e de qualidade para todos os seus cidadãos.

2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

O capítulo 2 do trabalho aborda a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma instituição de grande relevância no cenário internacional. Primeiramente, exploraremos a história da OMS, desde o seu surgimento até a sua formação institucional atual. Compreender a evolução da OMS ao longo dos anos ajuda a aferir sua importância e seu impacto na saúde global.

Além disso, discute-se sobre a significativa função desempenhada pela OMS como uma agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), voltada para questões de saúde em âmbito global. Isso inclui uma análise de seu papel na promoção da saúde, prevenção de doenças, resposta a crises de sanitárias e na melhoria dos sistemas de saúde em todo o mundo.

Através desses tópicos, espera-se proporcionar uma compreensão mais profunda de uma organização multilateral voltada à saúde coletiva, destacando seu papel crucial na promoção do bem-estar global e na coordenação de esforços internacionais para enfrentar desafios humanitários que transcendem fronteiras.

2.1 Organização Mundial da Saúde: do surgimento à estruturação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é a entidade especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) encarregada de elaborar normas e diretrizes que visam promover melhorias na saúde global. Foi estabelecida em 7 de abril de 1948, em Genebra, Suíça, e foi a primeira instituição a receber a ratificação de todos os 194 países signatários da ONU. Atualmente, a OMS opera com um orçamento que ultrapassa os 4 bilhões de dólares para o período de 2016/2017 (OMS, 2015). Em seus quase 70 anos de existência, a organização tem se dedicado a diversas causas, desde aprimorar os sistemas de saúde e as condições sanitárias nacionais até combater graves epidemias.

Os esforços iniciais para cooperação em saúde no mundo tiveram início oficialmente em 1851, com a realização da primeira Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em Paris, com a participação de doze países. De acordo

com Prentzas (2009), as transformações ocorridas no século XIX foram fundamentais para dar início a uma maior integração e sistematização na área. Embora preocupações relacionadas a epidemias já existissem desde o século XIV, especialmente devido ao início das grandes navegações, a Revolução Industrial e as subseqüentes mudanças sociais e tecnológicas deram ainda mais relevância a esse assunto. O processo de urbanização e o aumento do tráfego de pessoas e mercadorias entre os países tiveram um impacto direto na propagação de doenças, que passaram a se disseminar mais rapidamente e intensamente pelo continente europeu, preocupando os líderes políticos da região (PRENTZAS, 2009).

Durante as décadas de 1830 e 1840, a Europa enfrentou surtos de cólera que, embora a doença não fosse desconhecida, nunca haviam alcançado proporções tão devastadoras, resultando em milhares de mortes. Em um esforço para compreender o modo de propagação da doença e desenvolver estratégias eficazes para combatê-la, vários países, tanto na Europa quanto na América do Norte, estabeleceram comissões e juntas sanitárias nacionais com o objetivo de encontrar os melhores métodos para conter o contágio. Isso ocorreu porque as quarentenas a que os navios eram submetidos não haviam produzido os resultados esperados (SANTOS, 1994).

Esse movimento culminou na realização da primeira Conferência Internacional, cujos principais objetivos incluíam a discussão das políticas de quarentena e a busca por meios de prevenir novas epidemias de cólera. Ao longo do século XIX, outras nove conferências foram organizadas na tentativa de controlar a entrada de ameaças, especialmente das colônias, e estabelecer regulamentações seguras e economicamente viáveis (HOWARD-JONES, 1975).

Na primeira Conferência Sanitária Internacional do século XX, realizada em 1903, os países concordaram com a necessidade de criar uma organização permanente que pudesse acompanhar os avanços científicos. A recém-formulada teoria dos germes trouxe a ideia de que as doenças eram causadas por microrganismos com diferentes meios de propagação, o que alterou a abordagem da saúde pública. Como resultado, os esforços nacionais passaram a se concentrar no fornecimento de água potável, na construção de sistemas de esgoto e em programas de vacinação, exigindo um maior investimento por parte dos Estados. Para atender a essas necessidades, foi criado em 1907 o *Office*

International d'Hygiène Publique (OIHP)¹ por meio do Acordo de Roma. Inicialmente, o acordo foi ratificado por nove países europeus, além do Brasil, Egito e Estados Unidos, mas esse número aumentou para 60 em apenas sete anos.

A Organização tinha como principais metas inspecionar e aprimorar as quarentenas internacionais, administrar acordos de saúde e estabelecer um sistema de alerta em que as nações deveriam comunicar a ocorrência de epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica. Com o início da Primeira Guerra Mundial e a deterioração das condições de vida da população, a Europa passou a enfrentar múltiplas epidemias que causaram a morte de uma parcela significativa de seus habitantes. A influenza, em apenas dois anos, ceifou a vida de aproximadamente 15 a 20 milhões de pessoas, e mais de dois milhões de casos de tifo foram reportados na Polônia e na União Soviética. O elevado número de casos e a rápida propagação tornaram difícil a ação da Organização Internacional de Higiene Pública (OIHP), que naquela época carecia dos recursos necessários para empreender ações eficazes (PRENTZAS, 2009).

A Segunda Guerra Mundial marcou o fracasso da Liga das Nações e, por conseguinte, da sua Organização de Saúde. Após o término da Segunda Guerra, os Estados fundaram a Organização das Nações Unidas (ONU), uma instituição mais robusta e estruturada do que a Liga das Nações, com o objetivo de evitar a ocorrência de conflitos de grandes proporções. Inicialmente, as preocupações com a propagação de doenças no pós-guerra foram atribuídas à Administração das Nações Unidas para Socorro e Reabilitação (UNRRA) e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criados em 1943 e 1946, respectivamente. Entretanto, durante a Conferência da ONU em São Francisco, em 1945, o Brasil e a China ressaltaram a necessidade de criar uma organização dedicada exclusivamente à saúde, considerando-a um dos pilares para a paz, e apresentaram uma declaração conjunta recomendando que os países se unissem para estabelecer uma organização de saúde vinculada à ONU. Isso foi apoiado por todos os países presentes (LEE, 2009).

1 O Escritório Internacional de Higiene Pública, também conhecido pelo nome francês como Office International d'Hygiène Publique, foi uma organização internacional fundada em 9 de dezembro de 1907 e com sede em Paris, França. Fundiu-se na Organização Mundial da Saúde após a Segunda Guerra Mundial.

Em 1946, a primeira Conferência Internacional de Saúde foi realizada em Nova York, com a participação dos 51 membros fundadores da ONU, além de 13 países não membros e várias organizações internacionais de saúde, como a OIHP e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Um Comitê Técnico Preparatório, composto por 16 especialistas na área designados em 1945, apresentou uma proposta de constituição e agenda. As discussões da conferência se concentraram na localização da sede da Organização e no grau de envolvimento das organizações já existentes (LEE, 2009).

Embora os membros tenham chegado a um acordo quanto à constituição da OMS e à dissolução da OIHP, levando à criação de comissões temporárias para assumir as responsabilidades anteriores da LNHO, a ratificação da OMS por todos os países demorou dois anos. Isso se deveu ao início da Guerra Fria, que gerou preocupações sobre a formação de organizações internacionais e sobre os ideais defendidos na Conferência de Saúde, como a importância da medicina social. No entanto, um surto de cólera no Egito chamou a atenção para a necessidade de maior cooperação em saúde.² Isso incentivou os países a ratificar a constituição da Organização Mundial da Saúde, que oficializou sua existência em 7 de abril de 1948 (LEE, 2009).

Após sua criação, a OMS enfrentou dois enfoques principais em sua abordagem e agenda: o social e o biomédico. A abordagem social estava focada em ações governamentais para melhorar as condições sociais e de vida da população, sendo vista com cautela devido ao contexto da Guerra Fria e à adoção da perspectiva da medicina social (LEE, 2009). Por outro lado, a abordagem biomédica defendia a atuação em doenças específicas e em áreas anteriormente lideradas pela OIHP e pela LNHO, incluindo medidas sanitárias e regulamentações.

As primeiras ações da OMS foram orientadas pelas necessidades dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial, o que levou à predominância da perspectiva biomédica. Os estragos causados pela guerra, incluindo a destruição de instalações de saúde, postos de atendimento e as péssimas condições habitacionais, resultaram em surtos de malária, cólera, tifo,

² Em apenas um mês, foram registrados 33 mil casos, mobilizando esforços internacionais para a doação e aplicação de vacinas, que vieram de diversos lugares, incluindo os Estados Unidos e a União Soviética.

tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em diversos países europeus (LITSIOS, 2015).

A OMS direcionou seus recursos para o estudo, tratamento e prevenção dessas doenças, bem como para auxiliar na reconstrução dos sistemas de saúde dos países afetados. Além disso, nos primeiros anos, a OMS continuou os esforços iniciados pela OIHP e pela LNHO na criação de regulamentações sanitárias. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), revisado e ratificado em 1951, estabeleceu as condutas a serem adotadas pelos países signatários para o controle de epidemias, a notificação de doenças e o transporte de cargas e passageiros.

A história da OMS também reaviva o desafio da competição por recursos e espaço no cenário internacional. Na década de 1960, houve uma expansão notável das entidades relacionadas à saúde. O entendimento sobre a conexão entre saúde, bem-estar e desenvolvimento levou a uma integração das preocupações de saúde nos objetivos e atividades de outros órgãos governamentais, resultando em disputas por recursos e áreas de atuação. Além da Cruz Vermelha, que já estava envolvida em programas técnicos e de assistência, a UNICEF, durante a década de 1960³, intensificou seus esforços em ações humanitárias relacionadas à nutrição e saúde materno-infantil (UNICEF, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está estruturada em três níveis: global, representado pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS); regional, composto por comitês regionais; e nacional, composto por comitês nacionais (LITSIOS, 2015).

A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é o órgão de tomada de decisões da OMS. Seus principais objetivos incluem a seleção do diretor-geral, a supervisão das finanças, a aprovação de orçamentos e a definição das diretrizes políticas da organização. As reuniões da AMS são convocadas pelo Conselho Executivo e geralmente ocorrem em maio. A aprovação de resoluções requer a concordância de pelo menos dois terços dos membros, embora seja comum a aprovação por consenso. O Conselho Executivo é composto por 34 membros com mandatos de três anos, com a renovação de um terço de seus membros a

³ considerada a primeira Década do Desenvolvimento)

cada ano. A escolha dos Estados que compõem o Conselho é realizada pela AMS, e cada país membro tem o direito de nomear um representante com base em sua capacidade técnica, não com o objetivo de representar o país em si (WHO, 2015).

Os comitês regionais têm a responsabilidade de implementar as decisões e ações da OMS e monitorar dados e eventos em suas respectivas áreas geográficas. Além disso, eles mantêm relações próximas com os países sob sua jurisdição, especialmente com os Ministérios da Saúde, que geralmente são encarregados de executar as atividades. Os comitês regionais desfrutam de um alto grau de autonomia dentro da OMS e têm a responsabilidade de desenvolver e aplicar programas e iniciativas que se adequem melhor às suas regiões. Eles também têm autoridade para administrar e aprovar seus próprios orçamentos. De acordo com Lee (2009), essa autonomia se deve a dois fatores: a crença de que as subdivisões regionais promovem a cooperação e as dificuldades associadas à incorporação de organizações regionais que já existiam antes da OMS, principalmente no que diz respeito à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Os escritórios nacionais (ou locais) da OMS atuam como pontos de apoio da organização em cada país. Eles desempenham três funções principais: colaborar com o governo central na realização de campanhas e na implementação de programas recomendados pela OMS; coletar dados e informar o comitê regional sobre epidemias e situações de emergência; aconselhar e auxiliar o governo na formulação e implementação de políticas e serviços de saúde. Cada escritório local tem um representante da OMS que atua como chefe técnico e administrativo.

2.2 Importância da OMS como agência especializada da ONU para questões de saúde global

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha um papel fundamental como agência especializada das Nações Unidas no que diz respeito às questões de saúde global. Fundada em 1948, a OMS tem uma influência e

alcance sem precedentes em todo o mundo, e sua importância é evidente em várias áreas críticas.

Primeiramente, a OMS desempenha um papel vital na promoção da saúde em escala global. Ela estabelece diretrizes e normas internacionais para cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de estilos de vida saudáveis. Isso ajuda a orientar os países membros na formulação de políticas de saúde, garantindo que os padrões mais elevados sejam seguidos, independentemente de suas circunstâncias econômicas.

Além disso, a OMS desempenha um papel crucial na resposta a crises de saúde pública em todo o mundo. Quando surtos de doenças ocorrem, como a pandemia de COVID-19, a OMS coordena esforços globais para conter a propagação da doença, fornecer assistência técnica e compartilhar informações críticas entre os países. Sua experiência em epidemiologia, pesquisa médica e resposta a emergências é inestimável em momentos de crise.

A OMS também atua como um mecanismo de solidariedade global. Ela facilita a distribuição equitativa de medicamentos e vacinas, garantindo que os países em desenvolvimento não fiquem para trás. Isso é fundamental para a promoção da justiça global e o combate às desigualdades em saúde.

Além disso, a OMS fornece orientações baseadas em evidências, educa o público sobre questões de saúde e combate informações errôneas, desempenhando assim um papel crucial na promoção da literacia em saúde em todo o mundo.

Em resumo, a OMS é uma pedra angular na arquitetura global de saúde. Sua importância como agência especializada da ONU, pois desempenha um papel vital na promoção da saúde, na resposta a emergências, na solidariedade global e na disseminação de informações confiáveis. Ela desempenha um papel fundamental em garantir que todos os indivíduos, independentemente de onde vivam, tenham acesso ao mais alto padrão possível de saúde e bem-estar.

Além disso, a OMS exerceu influência substancial no cenário global de saúde por meio de suas publicações científicas e diretrizes técnicas. Suas orientações têm sido amplamente adotadas por países membros, destacando seu papel como referência científica confiável (HOFFMAN; RØTTINGEN, 2012).

O apoio financeiro dos Estados-Membros e de organizações parceiras também foi crucial para o crescimento da OMS. Desafios financeiros persistentes

e debates sobre a alocação de recursos continuam a moldar a dinâmica da organização (STUCKLER et al., 2010). A OMS tem buscado construir sua autoridade, trabalhando em estreita colaboração com os países membros e a Organização das Nações Unidas (ONU) para promover a saúde em todo o mundo (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

Desde sua criação, a OMS propõe envolver os países membros em sua governança e nos seus mecanismos de decisão. A Assembleia Mundial da Saúde (AMS), composta por representantes de todos os Estados-Membros, é o órgão máximo da OMS e desempenha um papel crucial na formulação de políticas e na tomada de decisões estratégicas (KICKBUSCH & KÖKENY, 2017).

A influência da OMS também é evidente em sua capacidade de mobilizar recursos financeiros para apoiar iniciativas de saúde global. Isso inclui a obtenção de financiamento de países membros, parceiros internacionais e doações filantrópicas (YAMEY, 2002). A habilidade de arrecadar fundos demonstra a confiança depositada na OMS por atores globais.

A colaboração com a ONU tem sido fundamental para a OMS consolidar sua posição. A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas e, como tal, trabalha em conjunto com outras agências da organização, como o UNICEF e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), para abordar questões complexas de saúde global (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

Um exemplo notável de cooperação entre a OMS e a ONU foi a resposta à epidemia de HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990. A OMS desempenhou um papel de liderança na coordenação da resposta global a essa crise de saúde, trabalhando em estreita colaboração com o UNAIDS e outros parceiros (BARNETT; WHITESIDE, 2002)

A colaboração com organizações parceiras também é uma característica importante da atuação da OMS em pandemias. A OMS trabalha em estreita colaboração com organizações não governamentais, outras agências da ONU, como o UNICEF e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), e parceiros bilaterais e multilaterais (GOSTIN; FRIEDMAN, 2015).

3 SUS E OMS DIANTE DO CENÁRIO DA PANDEMIA DO COVID -19

No terceiro capítulo deste estudo, busca-se explorar o papel fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) diante do cenário desafiador apresentado pela pandemia do COVID-19.

Inicialmente, aborda-se a pandemia do coronavírus, fornecendo uma visão geral dos principais eventos e desdobramentos desde o seu surgimento. Em seguida, discute-se os desafios enfrentados pelo SUS ao lidar com essa crise de saúde pública e como o sistema de saúde brasileiro se mobilizou para enfrentar essa situação sem precedentes.

No subcapítulo 3.3, realiza-se uma avaliação crítica da eficácia das medidas implementadas pelo SUS, destacando os progressos na contenção do vírus e as áreas que se mostraram pouco competentes no enfrentamento. Além disso, no tópico 3.4, analisa-se a atuação da OMS no combate ao COVID-19, examinando o papel desempenhado pela OMS na coordenação de esforços internacionais para conter a propagação do vírus. Por fim, neste último capítulo, explora-se os desafios enfrentados pela OMS durante a pandemia e as lições aprendidas que podem orientar a preparação para futuras crises de saúde em escala global.

Portanto, este capítulo fornecerá uma visão abrangente da resposta do SUS e da OMS diante da pandemia do COVID-19, destacando tanto os êxitos quanto as áreas que precisam de aprimoramento.

3.1 A pandemia do coronavírus

O vírus "*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*" (SARSCoV-2) emergiu no final de 2019 na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na República Popular da China, e se espalhou por várias partes do mundo, resultando em uma pandemia (CHATE et al., 2020).

No entanto, é importante ressaltar que considerar o COVID-19 meramente como uma pandemia é limitado. Richard Horton, editor-chefe da revista científica *The Lancet*, argumentou que o COVID-19 não deve ser encarado apenas como

uma pandemia, mas sim como uma "sindemia" (HORTON, 2020). O termo "sindemia" é um neologismo que combina as palavras "sinergia" e "pandemia" e foi cunhado por Merrill Singer, um médico e antropólogo americano, em 1990 (PLITT, 2020).

Singer, juntamente com Emily Mendenhall e outros colaboradores, escreveu na revista científica *The Lancet* em 2017 que a abordagem sindêmica considera fatores biológicos, ambientais e sociais que desempenham um papel fundamental no prognóstico, tratamento e formulação de políticas de saúde (HORTON, 2020, p.874).

Richard Horton (2020, p.874) destaca a concepção de Singer em relação à sindemia, descrevendo-a como caracterizada por interações entre condições e estados biológicos e sociais dos pacientes que aumentam a suscetibilidade a formas mais graves da doença. No caso do COVID-19, é evidente que a atenção às doenças crônicas pré-existentes e às disparidades socioeconômicas entre os países é crucial para enfrentá-lo com êxito.

Os primeiros casos na China foram associados aos mercados locais de alimentos, nos quais animais vivos eram vendidos, e muitos pacientes haviam estado nesses locais a trabalho ou a passeio. Posteriormente, a disseminação acelerou-se através da transmissão de pessoa para pessoa por via respiratória e por contato com superfícies contaminadas, incluindo os olhos, o nariz e a boca (CHATE et al., 2020).

A pandemia do novo coronavírus apresenta uma capacidade de disseminação geométrica, tem um impacto socioeconômico significativo em todo o mundo e, embora as taxas de letalidade pareçam relativamente baixas em escala global, são consideravelmente mais elevadas entre a população idosa (CORREIA; RAMOS; BATHEN, 2020).

A manifestação clínica da infecção pelo coronavírus é ampla e pode variar desde sintomas leves de resfriado até pneumonia grave, incluindo problemas respiratórios leves e febre persistente, geralmente surgindo de 5 a 6 dias após a infecção (LIMA, 2020).

O diagnóstico pode ser feito identificando o coronavírus nas secreções respiratórias para distingui-lo de bactérias e outros vírus, como o sincicial, influenza, parainfluenza, adenovírus e metapneumovírus, que frequentemente

causam infecções semelhantes no trato respiratório das crianças (CARLOTTI et al., 2020).

O vírus COVID-19, que causa infecção respiratória aguda, consiste em RNA e suas proteínas podem atacar a molécula de heme na cadeia 1-beta da hemoglobina para liberar o ferro e formar a porfirina. Esse ataque reduz a capacidade da hemoglobina de transportar oxigênio e dióxido de carbono, levando a uma reação inflamatória intensa nas células pulmonares devido à incapacidade de realizar a troca regular de gases. Sugere-se que a cloroquina possa interromper esse processo, inibindo as proteínas do vírus COVID-19 responsáveis por atacar o heme⁴ e as porfirinas⁵, aliviando assim os sintomas respiratórios. No entanto, devido aos possíveis efeitos colaterais e reações alérgicas à cloroquina, seu uso deve ser recomendado por um profissional médico, levando em consideração as diferenças individuais na resposta terapêutica (WENZHONG; HUALAN, 2020).

Apesar da escassa base científica que respalda a eficácia da cloroquina/hidroxicloroquina no enfrentamento da infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), conforme mencionado anteriormente, uma grande quantidade de informações começou a circular amplamente nas redes sociais, atribuindo a esses medicamentos propriedades que não foram devidamente comprovadas. As esperanças geradas por esse fenômeno levaram muitas pessoas a correrem às farmácias em busca de uma suposta cura ou prevenção da Covid-19, resultando, inclusive, em uma escassez desses medicamentos no mercado. Isso prejudicou pacientes que realmente necessitavam dessas substâncias para o tratamento de outras doenças crônicas, como lúpus ou artrite reumatoide.

Diante desse cenário, em 20 de março de 2020, a Anvisa emitiu a resolução nº 351 (ANVISA, 2020a), que incluiu a cloroquina e a hidroxicloroquina, anteriormente de venda livre, na lista C1. Apenas três dias depois, a ANVISA publicou uma nova resolução, a nº 354, introduzindo duas

⁴ O heme consiste numa estrutura tetrapirrólica, na qual os quatro anéis pirrólicos se encontram ligados por pontes de metano tendo à periferia 4 radicais metilo, 2 radicais vinilo e 2 radicais propionilo em arranjos diferentes, dos quais a protoporfirina IX é um dos isômeros.

⁵ As porfirinas são substâncias precursoras do grupo heme, que está presente na hemoglobina e em outras proteínas e cumpre um importante papel no transporte de oxigênio.

modificações na anterior, indicando uma facilitação na produção e no consumo dessas substâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde (ANVISA, 2020b).

A pandemia de Covid-19 não apenas apresenta desafios clínicos significativos, mas também levanta questões sociais de grande magnitude. A Covid-19 é uma síndrome sistêmica, afetando diferentes órgãos e demandando uma abordagem médica complexa. Um desafio crítico é a SARS, que se manifesta como uma pneumonia viral. A fibrose pulmonar subsequente tem se mostrado de difícil reversão, requerendo o uso prolongado de ventiladores mecânicos e ressaltando a escassez de ferramentas eficazes no combate à doença. Até o momento, não existem evidências científicas de medicamentos específicos e eficazes (DU et al., 2020).

O tratamento adequado envolve a identificação, isolamento, diagnóstico e tratamento precoces. Em casos suspeitos de infecção pelo vírus COVID-19, o paciente deve ser mantido em um quarto individual, seguindo todas as medidas de prevenção e controle de infecções, até que haja confirmação laboratorial. Casos leves podem ser tratados com medicação para aliviar os sintomas, como paracetamol ou dipirona, para controlar a febre (CARLOTTI et al., 2020).

3.2 Desafios enfrentados pelo SUS durante a pandemia

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das últimas três décadas percorreu várias etapas e enfrentou numerosos obstáculos. No entanto, existem ainda muitos desafios a serem superados, especialmente no que se refere a duas questões cruciais: a gestão das políticas e serviços de saúde, e o financiamento do setor.

No âmbito da gestão, é evidente a falta de priorização política da saúde pública nos projetos governamentais, apesar das dificuldades enfrentadas pela população, amplamente documentadas em pesquisas. Problemas como serviços de saúde precários e questões de gestão operacional e estrutural são relativamente comuns, incluindo a falta de condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde. Além disso, a participação da população é frágil, o que prejudica o controle social e sua capacidade de abordar problemas persistentes (SALES et al., 2019).

O controle e avaliação das políticas públicas frequentemente se mostram deficientes, com dificuldades na operacionalização, identificação de resultados diretos e acesso a informações, especialmente em nível municipal. Portanto, é crucial expandir os mecanismos destinados a definir metas de desempenho para os entes federativos, visando aprimorar a eficiência, eficácia e efetividade. O programa Pacto pela Saúde, de 2006, ofereceu exemplos positivos de adoção de uma gestão orientada por resultados, contribuindo para melhorar a governança pública em saúde nos estados e municípios (PRIETO; GUERRA, 2018; KROTH; GUIMARÃES, 2019).

Outro desafio crítico do SUS está relacionado aos problemas de financiamento da saúde. O subfinanciamento do setor é um problema histórico amplamente debatido por acadêmicos e especialistas. Isso resulta em limitações orçamentárias para a implementação de políticas públicas e no aumento das demandas judiciais na área da saúde, considerando os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (MACÊDO et al., 2015).

As mudanças aprovadas pelo Congresso, que impõem um congelamento de investimentos em saúde e educação por vinte anos pelo Governo Federal, tendem a reduzir ainda mais os recursos destinados ao setor, tornando a consolidação do SUS mais difícil e aumentando os desafios operacionais nos serviços de saúde. Na prática, isso agravará o subfinanciamento do sistema de saúde pública (ROSSI; DWECK, 2016).

Entretanto, também existem iniciativas positivas, incluindo a redução da ineficiência no uso dos recursos e a gestão responsável em muitos municípios (SCHUSTER; MULLER; RODRIGUES JUNIOR, 2018). A literatura registra tanto casos bem-sucedidos quanto problemas na gestão dos recursos financeiros. Contudo, é amplamente reconhecido por especialistas que o volume atual de recursos é insuficiente para financiar adequadamente o SUS. Portanto, é fundamental aumentar os investimentos na saúde pública brasileira, bem como na ciência, tecnologia e inovação, com foco na promoção de pesquisas científicas e no estímulo aos pesquisadores, uma vez que a disseminação do conhecimento científico é essencial para o desenvolvimento nacional (AVENI, 2020).

No caso específico do combate à COVID-19, é imperativo que o Estado atue de várias maneiras, investindo fortemente em infraestrutura estratégica e

capacidade produtiva, executando programas de ação coletiva, fornecendo apoio financeiro a setores específicos e ampliando os investimentos em novas capacidades tecnológicas. Esses investimentos devem ser prioritários e envolver esforços conjuntos do setor público e privado, abrangendo a expansão da infraestrutura hospitalar, equipamentos, institutos de pesquisa e instituições de ensino voltadas para o desenvolvimento de vacinas, testes e protocolos de tratamento da doença. Além disso, é crucial expandir o número de leitos de UTI, que tem sido reduzido nos últimos anos e são essenciais para garantir a sobrevivência dos pacientes em estado grave (LAZZARINI; MUSACCHIO, 2020; MEDEIROS, 2018).

A pandemia de COVID-19 representa o mais significativo desafio global do século XXI até o momento, sendo a primeira vez em que um vírus atinge proporções alarmantes, afetando todos os continentes. As consequências da doença, especialmente no que se refere à disponibilidade de leitos e respiradores artificiais, destacam problemas estruturais e de assistência à saúde em todo o mundo, com ênfase no Brasil (BRITO et al., 2020).

Apesar das diversas fragilidades e desafios enfrentados pelo sistema de saúde pública brasileiro, que exigem superação, o Sistema Único de Saúde (SUS) é internacionalmente reconhecido como um dos maiores sistemas universais de saúde, devido à sua natureza universal, à compreensão da saúde como um direito de cidadania e à expressão de uma visão que coloca o bem-estar coletivo, a dignidade e a vida humana como valores fundamentais (LAURELL, 2016).

Desde a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) iniciou esforços para monitorar os casos, controlar o ritmo de contaminação, fortalecer a estrutura do SUS, adquirir equipamentos para os serviços e capacitar as equipes para lidar com o problema emergente. Houve também um investimento considerável em orientações sobre medidas de prevenção, proteção e higienização contra a propagação do novo Coronavírus, incluindo o uso de máscaras, álcool em gel, isolamento e distanciamento social (CARDOSO et al., 2020).

A atuação do Ministério da Saúde (MS) diante da pandemia de COVID-19 tem se concentrado em fortalecer a prestação de cuidados de saúde, enfrentando um dos desafios mais prementes. Esforços têm sido canalizados

para capacitar profissionais de saúde e expandir a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da contratação de profissionais. Além disso, assegurar a proteção dos trabalhadores da saúde tem sido uma prioridade, considerando seu papel crucial na linha de frente do combate ao vírus, desempenhando funções essenciais no diagnóstico e tratamento dos casos (OLIVEIRA et al., 2020).

Outra barreira significativa para a saúde pública durante esta pandemia está relacionada à infodemia, termo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para descrever a sobrecarga de informações, sejam precisas ou não, que dificulta o acesso a fontes e informações confiáveis quando necessário. Nesse contexto, a disseminação de notícias falsas e a produção em larga escala de *fake news* podem ocorrer como uma forma de confirmação, levando as pessoas a buscar informações que confirmem suas crenças. Este problema foi agravado consideravelmente quando líderes de diversos países passaram a divulgar notícias sem fontes confiáveis, além de orientar o uso de medicamentos sem eficácia comprovada no tratamento da COVID-19 (FREIRE et al., 2021).

Entre os diversos desafios já mencionados nesta pesquisa, destacam-se também aqueles relacionados à campanha de vacinação contra a COVID-19. Pode-se citar a organização do plano de vacinação, considerando lacunas no conhecimento, como a faixa etária da população a ser vacinada e a falta de informações sobre a indução de memória imunológica de longa duração, eficácia da vacina em grupos não incluídos nos estudos de fase 3, dificultando a elaboração desse plano. Outras dificuldades incluem o armazenamento de um grande volume de imunizantes, com variações de temperatura, especialmente para vacinas de RNA mensageiro (RNAm) e DNA, que precisam ser mantidas entre -20°C e -70°C , enquanto a rede de frio do Programa Nacional de Imunização (PNI) no Brasil é estruturada para receber produtos entre 2°C e 8°C . O custo dessas novas vacinas e seu impacto no orçamento do PNI também são preocupações, além das dificuldades no acesso às vacinas em diversas regiões do Brasil, entre outros desafios (CASTRO, 2021).

Portanto, apesar dos desafios, o combate à COVID-19 representa uma oportunidade histórica para restabelecer a importância do SUS na política social e da Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema de saúde brasileiro. Os investimentos necessários para enfrentar o vírus, juntamente com a

compreensão mais clara da essencialidade do SUS, tanto por parte da sociedade como dos governantes, podem contribuir para um futuro mais promissor para o sistema de saúde pública brasileiro. A ênfase na atenção básica, os investimentos na estrutura da rede de atenção, a reavaliação das fontes e métodos de financiamento e a necessidade de uma gestão mais profissional devem resultar em uma melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados à população após a pandemia atual (FACCHINI, 2020).

3.3 Avaliação da eficácia das medidas implementadas pelo SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o ponto de entrada mais frequente para os pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o local mais comum para o primeiro atendimento e a alternativa mais próxima e acessível para os pacientes (BRASIL, 2012).

O SUS não apenas desempenhou um papel proeminente no enfrentamento da pandemia, envolvendo o tratamento físico, mas também a disseminação de informações confiáveis, a divulgação de novos casos e a orientação correta sobre medidas de prevenção para a população. Em um contexto geral, a população, tanto usuários quanto não usuários do sistema, não estava preparada para uma resposta tão rápida e de alta qualidade. Graças a profissionais atualizados e estruturalmente preparados, o SUS tem conseguido fornecer atendimento de saúde aos pacientes sintomáticos, acolhendo-os e realizando testes sorológicos para o novo Coronavírus imediatamente, além de orientá-los sobre a importância de se isolar dos outros até que o resultado esteja disponível, a fim de evitar novas infecções (BRASIL, 2020).

Em um contexto de políticas neoliberais que promovem um Estado mínimo e a privatização, bem como a retirada de direitos sociais ao longo dos anos, o SUS se mantém como a principal política pública de saúde no Brasil, garantindo o direito universal à saúde. Apesar das críticas e ataques por parte do governo, de políticos e de parte da população, devido à falta de compreensão do verdadeiro papel do SUS, em momentos de crises de saúde, ele se torna a estratégia principal para combater a pandemia do SARS-CoV-2 (MARTINS et al., 2020).

É importante destacar que, em 2019, havia aproximadamente 48 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), 31 mil Equipes de Saúde Bucal (ESB) e quase 290 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) prestando cuidados de saúde na atenção primária (PAIM, 2008). Essas equipes incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde/endemias, todos trabalhando na linha de frente do SUS, oferecendo assistência multiprofissional diariamente à população e encaminhando os pacientes para os diferentes níveis de atendimento (PAIM, 2018).

Durante a crise de saúde global atual, os profissionais do SUS estão mobilizados para acolher os pacientes nos serviços de saúde, triar os casos suspeitos, orientá-los sobre o isolamento domiciliar, coletar exames para confirmação laboratorial e gerenciar a disponibilidade de leitos hospitalares. Além disso, os trabalhadores do SUS atuam nas ruas, fazendo visitas domiciliares e promovendo a educação em saúde, o que ajuda a fornecer informações precisas à população (MARTINS et al., 2020).

Os gestores locais de saúde desempenham um papel crucial na coordenação das equipes de saúde da família, planejando e coordenando as decisões a serem tomadas. Eles gerenciam hospitais, unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento, implementando Planos de Contingência da COVID-19, gerenciando o fluxo de atendimento e encaminhamento, controlando o estoque de materiais, como equipamentos de proteção individual (EPIs) e respiradores, e coordenando diversos setores, como limpeza, nutrição e enfermagem (SES, 2020).

O Ministério da Saúde utiliza a internet como principal meio de divulgação de informações, juntamente com os atendimentos presenciais, transportes públicos e redes de televisão. São fornecidas recomendações sobre a importância de lavar as mãos regularmente, usar álcool em gel 70% ao longo do dia e usar máscaras em todos os lugares, com a exigência de que os estabelecimentos cumpram rigorosamente essas recomendações para reduzir o risco de contaminação. No início da pandemia, o protocolo de isolamento social foi implementado para reduzir a exposição à doença e evitar uma sobrecarga do SUS, garantindo que todos os pacientes recebessem assistência sem falta de insumos, leitos e cuidados básicos de saúde (FARIAS et al., 2020).

O Ministério da Saúde incentiva a população a baixar o aplicativo "Conecte SUS", que auxilia no monitoramento da vacinação contra a COVID-19 e serve como uma carteira digital de vacinação. Além disso, o aplicativo registra informações sobre o tipo, lote, fabricação e data das vacinas recebidas, permitindo que os cidadãos saibam quando devem receber a segunda dose. O "Conecte SUS" não monitora apenas as vacinas da COVID-19, mas também todas as vacinas aplicadas nas redes públicas e privadas (PAGNO, 2021).

O tratamento da COVID-19 ainda é um desafio, com muitas pesquisas em andamento sobre medicamentos, embora ainda não haja um medicamento antiviral eficaz. No entanto, o SUS continua a oferecer recursos terapêuticos gratuitos para pessoas infectadas pelo coronavírus, baseando-se em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso a serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Isso é fundamental para combater a pandemia (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2015).

Nesse contexto, o SUS desempenhou um papel vital em várias frentes de trabalho, fornecendo ações e práticas essenciais para manter o cuidado e a saúde da população. Seus princípios e diretrizes têm sido fundamentais para direcionar o cuidado e a assistência, garantindo que o atendimento seja igualitário, integral, equitativo, com participação popular, descentralização e hierarquização, independentemente da localização geográfica dos cidadãos (SES, 2020).

O SUS tem desempenhado um papel fundamental no combate a essa pandemia, oferecendo atendimento gratuito, o que garante que cada cidadão tenha acesso à assistência à saúde no Brasil. O sistema tem atendido os pacientes com sintomas de COVID-19, desde a atenção básica até intervenções complexas, salvando muitas vidas durante a pandemia. Campanhas de conscientização foram realizadas para ensinar à sociedade sobre protocolos de prevenção, como a lavagem das mãos, uso de máscaras e distanciamento social, contribuindo para a redução dos casos (FARIAS et al., 2020).

3.4 Atuação da OMS no combate ao covid-19

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma entidade internacional e suas ações no combate à propagação de doenças são orientadas pelo

Regulamento Sanitário Internacional (RSI), cujo propósito é prevenir, proteger, controlar e responder a emergências de saúde pública relacionadas à disseminação internacional de doenças, buscando fazê-lo de maneira proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública, evitando interferências drásticas desnecessárias no comércio e tráfego internacionais.

Após a confirmação do primeiro caso de uma pneumonia viral misteriosa em Wuhan, em 12 de dezembro de 2019, profissionais de saúde começaram a investigar uma série de pacientes com sintomas semelhantes, posteriormente relacionados ao Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, que era conhecido por comercializar espécies exóticas de vida selvagem. Enquanto o surto avançava na China, a OMS emitiu um alerta em 5 de janeiro, informando sobre 44 casos de pneumonia de causa desconhecida relatados pelas autoridades chinesas.

Em 23 de janeiro, em um estágio mais avançado da epidemia, o comitê de emergência do Regulamento Sanitário Internacional da OMS se reuniu para formalizar a transmissão entre humanos, mas não conseguiu chegar a um consenso sobre a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) para o novo coronavírus. Eles concordaram em se reunir novamente após 10 dias, considerando a falta de evidências suficientes de disseminação fora da China. Somente na reunião subsequente, em 30 de janeiro, a OMS declarou a ESPII para o surto do novo coronavírus, conhecido até então como 2019-nCoV (SANAR MED, 2020).

O vírus já havia se espalhado pela Europa, com a Itália confirmando seus primeiros casos em 30 de janeiro de 2020. Um mês depois, uma epidemia estava em andamento na Itália, e a velocidade de propagação da doença indicava a gravidade da crise. Em 11 de março de 2020, com mais de 118.000 casos confirmados em 114 países e 4.291 mortes registradas, a OMS declarou a crise do coronavírus como uma pandemia, embora tenha sido uma declaração tardia considerando a cronologia desde os primeiros casos em Wuhan, China.

A OMS propôs medidas de contenção e prevenção da pandemia, destacando a importância da higiene das mãos, uso de máscaras, isolamento social e distanciamento social. Em abril, a OMS divulgou critérios específicos para o uso de máscaras, e um estudo financiado por ela em junho do mesmo

ano destacou a eficácia das máscaras tanto para profissionais de saúde quanto para a população em geral.

Isolamento social envolve a separação de pessoas infectadas das não infectadas por meio de testagem, reduzindo as transmissões do vírus, enquanto o distanciamento social implica a redução das interações entre comunidades, incluindo o fechamento de escolas e estabelecimentos comerciais. Em casos extremos, o distanciamento pode se tornar um lockdown, proibindo a circulação entre bairros, cidades ou regiões, com exceções para serviços essenciais.

A OMS atualizou suas recomendações em novembro de 2020, oferecendo diretrizes para a implementação de medidas de saúde pública e sociais com base na situação epidêmica, variando de níveis leves a rigorosas de acordo com o número de casos e a presença de transmissão comunitária.

3.5 Desafios enfrentados pela OMS durante a pandemia

No contexto da crise em Wuhan e do início da disseminação da nova doença em outros países além da Ásia, emerge a necessidade de repatriar cidadãos brasileiros que viviam nas áreas mais afetadas e ameaçadas pelo surto. Por esse motivo, em 9 de fevereiro 2020, o governo brasileiro optou por trazer de volta ao Brasil trinta e quatro brasileiros que residiam na cidade chinesa de Wuhan, onde o novo coronavírus havia se originado, mantendo-os em quarentena por 14 dias na Base Aérea de Anápolis, em Goiás (SANAR MED, 2020).

Em 20 de fevereiro do mesmo ano, o Ministério da Saúde expandiu a lista de países sob alerta para o coronavírus, incluindo agora o Japão, Singapura, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Tailândia, Vietnã, Camboja e China. Apesar da propagação do vírus na Europa, a lista divulgada pelo Ministério da Saúde se restringiu a nações asiáticas (SANAR MED, 2020).

No mesmo dia, as autoridades de saúde investigavam casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus em São Paulo e no Rio de Janeiro. No dia 26 de fevereiro, no entanto, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no Brasil, envolvendo um homem de 61 anos que havia viajado para a Itália (SANAR MED, 2020).

Inicialmente, a promulgação do Regulamento Sanitário Internacional, bem como a aprovação da Lei 13.979 em 6 de fevereiro de 2020, com medidas de contenção à pandemia, como o isolamento social, a quarentena, restrições de locomoção e circulação, e o uso de máscara, ainda que inicialmente não obrigatório, indicavam a intenção de seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A utilização de máscaras, conforme indicado nas diretrizes da OMS, é crucial para conter a propagação comunitária da doença. No entanto, o Brasil não regulamentou o uso de máscaras até julho de 2020, quando se tornou obrigatório, conforme estabelecido pela Lei 14.019, de julho de 2020.

O Brasil não adotou uma política nacional sobre o uso de máscaras para prevenir a propagação da COVID-19 até julho, e as medidas para tornar seu uso obrigatório não foram coordenadas nem controladas pelo governo federal, conforme destacado na nota técnica 21 produzida pela Rede de Pesquisa Solidária⁶. No final de abril 2020, 13 estados já haviam adotado alguma medida para tornar o uso de máscaras em locais públicos obrigatório, e até o final de maio, 24 estados haviam decidido pela obrigatoriedade (JORNAL DA USP, 2020, p.1).

Em 13 de março, o Ministério da Saúde regulamentou os critérios a serem seguidos pelas autoridades no que diz respeito ao isolamento e à quarentena de pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus (SANAR MED, 2020).

Os governos federal, estadual e municipal apresentaram resistência às medidas de distanciamento social, optando por flexibilizá-las de forma descoordenada no final de março e início de abril, como aponta uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Oxford e Imperial College, com informações coletadas pela Confederação Nacional dos Municípios (SANTOS, 2021).

⁶ Rede de Pesquisa Solidária é uma iniciativa de pesquisadores para aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas dos governos federal, estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da covid-19. O alvo é melhorar o debate e o trabalho de gestores públicos, autoridades, congressistas, imprensa, comunidade acadêmica e empresários, todos preocupados com as ações concretas que têm impacto na vida da população.

Em 6 de abril de 2020, o governo federal publicou novas orientações, visando a adoção de medidas de distanciamento social, com o objetivo de reabrir os estabelecimentos fechados e promover o retorno gradual das atividades, contrariando as expectativas em meio à nova crise (SANAR MED, 2020).

Essa decisão foi tomada com base no argumento de que o fechamento do comércio prejudicava o desenvolvimento econômico do país, levando à flexibilização e à reabertura do comércio para aliviar o impacto econômico decorrente da pandemia, mesmo que, em 4 de abril, houvesse indicativos de um aumento contínuo no número de infecções e mortes em todos os estados, como apontado em um estudo realizado por pesquisadores da USP sobre a adesão à política de distanciamento social (JORNAL DA USP, 2020, p.1).

De acordo com Pereira (2020), ele optou por analisar dois países para esta comparação: a Argentina, por ser uma nação de renda média similar ao Brasil, que, apesar dos sérios desafios que enfrenta, conseguiu evitar um considerável número de óbitos; e a França, escolhida pela relevância de incluir um país de alta renda na comparação. Estabeleci critérios específicos para avaliar o êxito ou insucesso no combate à Covid-19, como o número de mortes por cem mil habitantes, o aumento da taxa de desemprego, o crescimento da pobreza ou desigualdade, a diminuição da taxa do PIB e o impacto financeiro resultante do gasto governamental somado à perda de receitas do Estado. Embora os dados obtidos estejam na Tabela 1 e não sejam completamente comparáveis, oferecem uma perspectiva significativa sobre o desempenho de cada país.

Tabela 1 – O Covid-19 no Brasil, Argentina e País Rico

	Brasil	Argentina	França
Mortes por 100 mil habitantes [1]*	52,3	14,2	46,5
Aumento Taxa de Desemprego (pontos percentuais) [2]	2,3	1,5**	-0,5
Aumento da pobreza ou da desigualdade 2020 [3]	-0,9%	11,5%	0,0%
Taxa de diminuição do PIB 2020 [4]	-9,1%	-9,9	-12,5
Gasto mais perda de receita % PIB [5]	11,8***	6,7	6,9

Fonte: Fontes: Dados referentes aos dois primeiros trimestres de 2020, a menos que indicado de outra forma. [1] WHO COVID 19 (Global Data: <https://covid19.who.int/>), e Worldometer para dados populacionais: www.worldometers.info) [2] Brasil, Taxa de Desocupação da PNAD contínua; Instituição Fiscal Independente, Relatório de Acompanhamento Fiscal, <https://bit.ly/3dpQSzT>. Argentina, INDEC: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_1trim20AF03C1677F.pdf. França, OCDE (<https://data.oecd.org/unemp/unemploymentrate.htm>) [3] Poverty headcount ratio at \$3.20/day (%), a partir do Sustainable Development Report (2019 e 2020) :

<https://dashboards.sdgindex.org/explorer> [4] Projeção WEO, Julho FMI: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020> [5] Brasil: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> Argentina e França, FMI mais nossa estimativa de redução da receita: <https://www.imf.org/en/Topics/imfand-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>.

Entre as políticas públicas implementadas para lidar com o desemprego e a fome, o destaque vai para o auxílio emergencial, conforme previsto no artigo 2 da Lei Nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que disponibilizava R\$ 600,00 (seiscentos reais) por um período de 3 meses para uma variedade de trabalhadores, de acordo com os requisitos estabelecidos no artigo. Posteriormente, o auxílio foi prorrogado por meio do Decreto Nº 10.488, de 16 de setembro de 2020, devido à extensão da pandemia e seus efeitos, porém com um valor reduzido de R\$ 300,00 (trezentos reais) a serem pagos em 4 parcelas aos beneficiários.

Uma vez adotadas as medidas para garantir a subsistência das pessoas mais afetadas pelas restrições de circulação, a flexibilização das medidas e a reabertura dos estabelecimentos fechados deveriam ser organizadas de acordo com as diretrizes fornecidas pela OMS, com base no controle do número de contaminados e na taxa de contaminação comunitária em cada região. No entanto, de acordo com Andreza de Souza Santos, diretora do Centro de Estudos sobre o Brasil da Universidade de Oxford, a reabertura foi feita sem respeitar os requisitos básicos, o que inevitavelmente contribuiu para o aumento da contaminação (SANTOS, 2021).

Em 9 de maio, o Brasil ultrapassou a marca de 10 mil mortes pela doença, enquanto o Presidente Jair Bolsonaro defendia o uso da cloroquina no tratamento da COVID-19, embora não houvesse fundamentação médico-científica para tal. Em 5 de junho, o país já registrava três vezes mais mortes do que no mês anterior, com cerca de 35 mil vítimas. Nesse momento, o governo estava testando seu terceiro ministro da saúde após a demissão de Luiz Henrique Mandetta em 16 de abril e a renúncia de Nelson Teich, em 15 de maio, menos de um mês após assumir o cargo (SANAR MED, 2020).

Ao assumir a nova pasta, o novo ministro interino Eduardo Pazuello divulgou protocolos para o uso de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento de casos leves da doença, independentemente da falta de comprovação da

eficácia desse tratamento e do posicionamento contrário da OMS em relação a essas substâncias no combate à COVID-19, enfatizando que seu uso nesse contexto causaria mais efeitos colaterais do que benefícios (SANAR MED, 2020).

Entre o final de julho e o início de agosto, o Brasil já havia superado a marca de 2 milhões de pessoas contaminadas e se aproximava de 100 mil óbitos relacionados à COVID-19 (SANAR MED, 2020). O elevado número de mortes e a rápida disseminação do vírus, juntamente com as mudanças nos ministros da saúde, a falta de um plano de execução condizente com a realidade epidemiológica do país, refletiram a desorganização política e a falta de comprometimento do Estado em garantir os direitos fundamentais.

Desde o início da pesquisa de vacinas, uma corrida para adquirir doses começou entre países de todo o mundo, representando um grande desafio para a OMS na tentativa de garantir uma distribuição equitativa. Países que produzem as vacinas terão acesso prioritário, e aqueles com maior capacidade financeira as terão mais rapidamente. Em 24 de agosto de 2020, os países mais ricos já haviam reservado 2 bilhões de doses de vacinas, mesmo que não tivessem sido aprovadas ou tivessem eficácia comprovada (KAMPS; HOFFMANN, 2021, p.226).

No Brasil, a vacinação começou em 18 de janeiro, com a entrega de 6 milhões de doses da CoronaVac, produzida pelo laboratório chinês Sinovac e aprovada para uso emergencial no país. A primeira fase da vacinação incluiu trabalhadores da saúde, idosos com 60 anos ou mais residentes em asilos, pessoas com deficiência em instituições de longa permanência e a população indígena aldeada (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

No dia 23 de janeiro, antes mesmo de a OMS declarar a pneumonia viral como uma ameaça à saúde global, o governo chinês impôs a quarentena a mais de 10 milhões de pessoas simultaneamente, mesmo sem evidências de eficácia da medida. Menos de 3 semanas após a introdução da quarentena, os casos diários da doença começaram a diminuir (KAMPS; HOFFMANN, 2021).

Devido à pandemia, foi possível observar o papel do direito internacional atual e a atuação das organizações intergovernamentais internacionais em relação aos Estados. Ficou claro que a OMS desempenhou um papel fundamental como órgão encarregado da defesa da saúde global, atuando por

meio do Regulamento Sanitário Internacional, que orienta as medidas esperadas em casos de surtos virais como o SARS-CoV-1, MERS e, mais recentemente, o SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19.

No entanto, no caso do Brasil, a falta de adesão às recomendações internacionais e às orientações da OMS, sob o pretexto de serem sugestões, resultou em um aumento significativo de casos e na falta de controle da contaminação no país, violando diretamente os direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), diante do cenário da pandemia do COVID-19 revela uma complexa interação entre desafios enfrentados, respostas efetivas e oportunidades de aprimoramento. Ambas as instituições desempenharam papéis cruciais na gestão da crise sanitária, mas também evidenciaram limitações e áreas passíveis de aperfeiçoamento.

O SUS, enquanto pilar fundamental do sistema de saúde brasileiro, foi colocado à prova durante a pandemia. A capacidade de resposta do SUS variou entre as diferentes regiões do país, refletindo desigualdades estruturais e socioeconômicas. A falta de investimentos consistentes ao longo dos anos, aliada à falta de coordenação efetiva entre os diferentes níveis de governo, ressaltou vulnerabilidades no sistema. No entanto, é inegável que o SUS demonstrou resiliência ao lidar com um aumento significativo na demanda por serviços de saúde, implementando estratégias como a expansão de leitos e a busca por parcerias com o setor privado.

Já a OMS, enquanto organização global de saúde, desempenhou um papel central na coordenação internacional da resposta à pandemia. No entanto, a eficácia da OMS foi prejudicada por questões políticas, disputas entre nações e a falta de autoridade para impor medidas coercitivas. O sistema internacional de saúde revelou lacunas em termos de preparação para pandemias, comunicação efetiva e distribuição equitativa de recursos, destacando a necessidade de reformas estruturais.

É crucial reconhecer os avanços conquistados pelo SUS e pela OMS, bem como identificar as lições aprendidas para fortalecer essas instituições no futuro. Investimentos contínuos no SUS, com ênfase na descentralização, fortalecimento da atenção primária e promoção de pesquisa e inovação, são fundamentais para enfrentar desafios futuros. Da mesma forma, uma revisão da estrutura e do mandato da OMS, com a criação de mecanismos de resposta mais ágeis e vinculativos, pode ser necessária para fortalecer a cooperação global em saúde.

Em conclusão, a análise do SUS e da OMS diante da pandemia do COVID-19 destaca a necessidade de abordagens integradas e adaptativas para

fortalecer sistemas de saúde nacionais e internacionais. A superação dos desafios identificados requer um compromisso renovado com a saúde como um bem global, investimentos estratégicos e a colaboração entre governos, organizações internacionais, setor privado e sociedade civil.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRITO, S. B. P. et al. Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigil. Sanit. Debate*, v.8, n.2, p. 54-63, 2020.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 1996.

CARDOSO, D. S. A. et al. O direito à saúde, a universalidade e a proteção dos trabalhadores: desafios do SUS na pandemia. *Rev. Humanidades e inovação*, v.8, n. 35, 2020.

CASTRO, R. Vacinas contra Covid-19: o fim da pandemia? *Revista de Saúde Coletiva*, v.3, n.1, e310100, 2021.

CORREIA, Maria Isabel T. D.; RAMOS, Rodrigo Felipe; BATHEN, Luiz Carlos Von. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 47, n. 1, p. 1-6, 2020

DU, R.-H. et al. Predictors of Mortality for Patients with COVID-19 Pneumonia Caused by. *The European respiratory journal*, 8 abr. 2020.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s. l], v. 15, n. 42, p. 1-8, 13 abr. 2020.

HOWARD-JONES, Norman. *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*. Genebra, Suíça. World Health Organization, 1975.

LATKO, Brian; TEMPORÃO, José G.; FRENK, Julio; EVANS, Timothy G.; CHEN, Lincoln C.; PABLOS-MENDEZ, Ariel; LAGOMARSINO, Gina; FERRANTI, David. *The growing movement for universal health coverage*. 2010.

LAURELL, A. E. C. *Competing health policies: insurance against universal public systems*. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 24. 2016.

LEE, Kelley. *The World Health Organization (WHO)*. Nova York, EUA. Routledge, 2009.

OLIVEIRA, W. K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19?. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.29, n.e2020044, 2020.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Brasil: impactos do Covid-19 e recuperação*. *Revista da economia*, UFPR, 2020.

PLITT, Laura; BBC News. 'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. 2020.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Espírito Santo, v. 29, n. 2, p. 1-5, maio 2020.

SALES, O. P. et al. O Sistema Único de Saúde: Desafios, Avanços e Debates em 30 anos de História. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019

Viana AL. e Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis:Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 8 (2):11-48.2005

WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991

WENZHONG, Liu; HUALAN, Li. School of Computer Science and Engineering, Sichuan University of Science & Engineering (China) and School of Life Science and Food Engineering, Yibin University, Yibin. COVID-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. *Chemical Reviews*. Washington: American Chemical Society, v. 6, n. [s.n], p. 1-31, 2020.

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I
APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Davilo Melo Mendonça do Curso de Relações Internacionais matrícula 20131.0043.0023-3 telefone: 62 98589 2707 e-mail davilomendonca@yahoo.com na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Perspectivas Globais de Saúde: Uma Lenda sobre as Situações de Surto de COVID-19 gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 16 de dezembro de 2023.

Assinatura do(s) autor(es):

Davilo Melo Mendonça

Nome completo do(s) autor(es):

Davilo Melo Mendonça

Assinatura do professor orientador:

Leandro Bernardes Borges

Nome completo do professor orientador: LEANDRO BERNARDES BORGES