

## OS REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

TOMAZI, Leandro Affonso<sup>1</sup>

### RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui condições estabelecidas na Constituição Federal de 1988. No entanto, grande parte do texto constitucional não são devidamente cumpridos, dentre eles os princípios da eficiência e da transparência, e isso é determinante em relação ao comportamento do sistema ao enfrentamento de crises sanitárias, como por exemplo a pandemia de COVID-19. Nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo desenvolver um levantamento bibliográfico sobre os efeitos dessa pandemia na gestão do sistema público de saúde brasileiro. Considerando a atualidade e complexidade deste tema, um levantamento bibliográfico foi realizado em sites da internet, periódicos e livros visando identificar e selecionar publicações relevantes da área. As publicações analisadas mostram que muitos hospitais tanto da rede pública quanto da privada estão funcionando no limite de sua capacidade. Esse aumento desordenado na demanda de atendimento faz com que o SUS, ferramenta base da gestão pública de saúde, não consiga prestar adequadamente seus serviços a quem mais precisa: a população.

**Palavras-chave:** Crise. Pandemia. COVID-19. Saúde Pública. Gestão Pública.

### ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) has established in the Federal Constitution of 1988. However, much of the constitutional text is not properly complied with, among the principles of efficiency and transparency, and this is decisive in relation to the behavior of the system when coping with health crises, such as the COVID-19 pandemic. In this context, the present article aims to develop a bibliographic survey on the effects of this pandemic on the management of the Brazilian public health system. Considering the complexity of this topic, the bibliographic survey was carried out on internet sites, journals and books in order to identify and select relevant publications in the area. The analyzed publications show that many public and private hospitals are operating at the limit of their capacity. This disorderly increase in the demand for care means that SUS, a basic tool of public health management, is unable to adequately provide its services to those who need it most: the population.

---

<sup>1</sup> Advogado e Sociólogo, Professor Universitário nas áreas de Direito Tributário e Direito do Trabalho da UNISEPE/UNIFIA Amparo/SP, Presidente da 147ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil de Serra Negra/SP, Graduando do Curso de Preparação para o Doutorado da Universidad de Buenos Aires na área de Direito Constitucional, letomazi@yahoo.com.br;

## INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe um terrível impacto na vida da população mundial. O contágio chamou atenção pelo alcance e velocidade com a qual se disseminou em todos os cantos do planeta, sem fronteiras ou barreiras que pudessem conter. Alguns dados, em que pese ainda muito recentes para uma análise rigorosa, tendo em vista o início da pandemia no final do ano de 2019, revelam essa dinâmica espaço-temporal da doença. Conforme analisado, Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu, em 31 de dezembro de 2019, a notificação pelo Governo Chinês da ocorrência de casos de pneumonia na cidade de Wuhan com suspeita de serem provocados por um novo tipo de Coronavírus, o que posteriormente foi confirmado, recebendo o nome de SARS-CoV-2 (ZHU et al., 2020).

Com a emissão de alerta de emergência de Saúde Pública de importância internacional pela OMS, devido à velocidade e dinâmica de transmissão do vírus, na data de 11 de março, a situação foi classificada oficialmente como uma pandemia, e iniciou-se um colapso do sistema de saúde em muitos locais (ZHU et al., 2020).

No atual cenário, cabe uma análise técnica do sistema de saúde brasileiro que é centrado na posição dos hospitais, tanto da rede pública quanto da privada. Sabe-se que a maioria desses hospitais têm operado no limite de sua capacidade de atendimento, ou seja, alguns próximos a estarem de portas fechadas por sua capacidade de ocupação máxima. Outros com pacientes à espera de uma vaga em leito de unidade de terapia intensiva (UTI), sem possibilidade de conseguir respirar sem auxílio de equipamentos (ZHU et al., 2020).

Destaca-se, ainda, a situação dramática de vários municípios onde não há leitos de UTI (ou não são suficientes) para atender a alta demanda. Há também falta de profissionais especializados em emergência e casos de alta complexidade. Uma consequência direta disso é a sobrecarga de trabalho, com jornadas exaustivas, para os profissionais de saúde alocados. Nota-se que tais profissionais são vítimas constantes da Covid-19, pois estando na linha de frente estão mais expostos às situações de risco (MADEIRO, 2020).

Uma das estratégias adotadas para amenizar o problema da falta de leitos e de pessoal foi implementar alguns modelos de hospitais de campanha e contratar profissionais para atender neles. Por meio de operações temporárias, esses departamentos podem cuidar de pessoas afetadas por emergências e desastres públicos, como a pandemia COVID-19, e garantir que seus pacientes possam ser transferidos para centros médicos mais completos, quando necessário. A fim de desafogar o sistema de saúde tradicional nas áreas afetadas pelo coronavírus, esses hospitais recebem e tratam pacientes com sintomas mais leves e com menor complexidade na maioria dos casos.

Em uma grande campanha global para combater o novo coronavírus (SARS-CoV-2), países de diferentes continentes e culturas estabeleceram hospitais de campanha em seus territórios. Esses prédios chegaram às manchetes em todo o mundo, como o prédio gigante construído pela China em Wuhan em 10 dias, a instalação erguida no Central Park de Nova York ou o Estádio do Pacaembu, em São Paulo (ZHU et al., 2020).

O reflexo da pandemia também se dá em relação a realização de cirurgias eletivas. Após a OMS declarar estado de pandemia, foi recomendado às unidades de saúde cancelarem temporariamente os procedimentos cirúrgicos eletivos. Desde então, além do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cirurgia eletiva durante a pandemia de COVID-19, um acordo de cuidados foi formulado para retomar gradualmente as atividades cirúrgicas para alcançar a sustentabilidade econômica e a saúde de pacientes e cirurgiões (LOPES, 2020).

Atualmente, alguns critérios de exclusão são considerados, tais como: recusa do paciente / família, pacientes com sintomas gripais ou casos COVID-19 positivos com menos de 14 dias. Esse novo comportamento avalia a recuperação da cirurgia eletiva na epidemiologia local e regional, o número seguro de leitos hospitalares disponíveis, a presença de equipamentos de suporte de vida de EPIs e uma equipe bem treinada para atender os pacientes. Para médicos, pacientes e outros funcionários do hospital, uma série de novos protocolos foi criada para prevenir a contaminação e disseminação do COVID-19 (LOPES, 2020).

Com o novo coronavírus, cerca de 28 milhões de cirurgias eletivas em todo o mundo podem ser canceladas, o que obriga os pacientes a aumentar o tempo de espera para solucionar seus problemas de saúde. Os dados vêm de um novo estudo publicado no *British Journal of Surgery*. O plano, denominado *CovidSurg Collaborative*, prevê que o período de pico do serviço hospitalar devido ao covid-19 será de 12 semanas. Em 2020, 28,4 milhões de cirurgias eletivas foram canceladas ou pelo menos adiadas globalmente (COVIDSurg Collaborative 2020).

Na maioria das vezes, diversas cirurgias, como as plásticas, foram canceladas. Estima-se que globalmente, 6,3 milhões de procedimentos cirúrgicos foram cancelados por um período de 12 semanas. Também se espera que 2,3 milhões de operações de câncer sejam adiadas globalmente. Devido à nova pandemia de coronavírus no Brasil, o número de cirurgias eletivas foi reduzido em pelo menos 40%: 706.077 procedimentos foram executados de janeiro a julho de 2020, sendo que 1.175.018 procedimentos foram executados no mesmo período de 2019. Os dados são do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (LOPES, 2020). De acordo com Mauro Junqueira, secretário executivo do Conasems (Comitê Nacional da Secretaria Municipal de Saúde) esclareceu que os hospitais deixaram de realizar cirurgias eletivas para estabelecerem um foco na organização de uma rede de hospitais para receber pacientes de covid-19:

*“A realização de cirurgias demanda equipamentos de proteção, anestésicos, tudo isso foi direcionado para a covid-19. Nesse período de pandemia, tivemos a falta de medicamentos para intubação, foi necessário suspender todas os procedimentos para que houvesse remédio suficiente”*

Neste sentido, uma das maiores dificuldades de retomada do setor será justamente a absorção da demanda reprimida frente ao número acumulado de casos. Como consequência, continuará trazendo superlotação para as unidades, que deverão suprir além das dificuldades de gastos com os tratamentos da COVID-19, também as questões relativas as cirurgias eletivas não realizadas.

Esse aumento repentino na demanda de atendimento faz com que o Sistema Único de Saúde (SUS) bem como as redes particulares e credenciadas, tenham de ampliar a sua rede de modo emergencial. Esta ampliação traz o objeto de análise, que foca o aumento das despesas das unidades, quando requer um reforço de caixa para as instituições de saúde por parte dos órgãos públicos e conveniados, sob pena de agravamento da situação frente a falta de material técnico, insumos e medicamentos.

Diante do exposto, este artigo apresenta uma revisão das reflexões sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na gestão pública de saúde. Além desta introdução, este artigo está estruturado em outras cinco seções: referencial teórico, metodologia, resultados, análise dos resultados e considerações finais.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Bem difundido entre os teóricos, a saúde pública brasileira é uma área cujo estudo busca aproximar o embasamento estabelecido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e a realidade das instituições públicas e particulares de saúde por todo o país (RONCALLI, 2003; SOUSA, 2012).

Conforme estabelecido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) o Estado tem deveres permanentes junto à sociedade, conforme estabelecido nos Art. 196 e seguinte da referida carta.

Apesar de uma bela teoria, a realidade encontrada é bem diferente da realidade determinada pelos legisladores, pois ao longo dos anos, mesmo sob o maior orçamento do governo, a saúde pública enfrentou sérios problemas de gestão e de direção de longo prazo. Longe de atingir o nível que deveria estar (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Para entender um pouco o papel da vigilância à saúde, é importante destacar que se analisarmos a história do desejo de defesa da saúde pública, então temos que a “vigilância à saúde” é uma espécie de mecanismo de participação popular desde a fonte, que é uma espécie de garantia direta a qualidade dos

serviços médicos para salvar o direito dos cidadãos à saúde. Após um longo período colonial, o monitoramento de saúde surgiu internacionalmente com a reflexão global da necessidade de um entendimento em conjunto sobre o papel da vigilância em saúde (FUNASA).

Os problemas atuais do setor de saúde estão relacionados à própria implantação de um sistema único, como no caso do Brasil. Na prática, indo contra as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996), os governos têm investido pouco em políticas públicas de medidas básicas de saúde. Embora, essas medidas requeiram pouco investimento econômico e sejam eficazes.

Entende-se por políticas públicas, as ações e atividades promovidos pelo Estado, direta ou indiretamente, e mesmo através de parceria público-privadas, que têm por objetivo a atenção de desenvolvimento de determinado segmento social. As políticas públicas são direitos assegurados pela legislação constitucional e ordinária, que visam assegurar atendimento básicos escolhidos pela população através de seu desenho social estabelecido em lei (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Na data de 31 de dezembro de 2019, a OMS foi notificada sobre os casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, na qualidade de doença atípica, pois verificou-se tratar-se de um novo tipo de coronavírus. Até aquele momento, os cientistas tinham identificados aproximadamente seis tipos de coronavírus humanos, mas não o então visto nos casos de pneumonia relatados em Wuhan (ZHU et al., 2020).

Apesar de ser ainda pouco conhecida, a COVID-19 tem um alto potencial de contaminação porque pode ser facilmente transmitida através de contato pessoal com secreções ou contato físico com gotículas contaminadas. Os dados da Organização Mundial da Saúde demonstram que, entre os contaminados, cerca de 15% dos casos podem evoluir para um quadro mais grave. Esses casos eventualmente levam à necessidade de leitos de UTI e de ventilação mecânica, o que impacta diretamente hospitais e outras unidades de saúde, especialmente os vinculados ao Sistema único de Saúde.

Os estudos relatam que as pessoas podem estar infectadas com ou sem sintomas, ou mesmo em manifestação por até 14 dias do contágio. Nesse período, a pessoa contaminada pode levar a moléstia para várias partes das cidades e para as mais diversas regiões do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Os primeiros meses da pandemia mostraram que os hospitais e governos não estão preparados para uma demanda superior de recursos e em curto espaço de tempo. Por esta razão vimos a curva de contágio e morte subirem exponencialmente, em especial no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel COVID-19).

Frente ao desconhecido protocolo de propagação da doença, a OMS recomendou uma série de medidas e estratégia de isolamentos sociais pautados em uma análise da situação e progressão da

epidemia em um determinado contexto e localidade, e outras medidas paliativas buscaram evitar o colapso do sistema de saúde. As adotadas restrições ao contato social e o estímulo ao isolamento, bem como as quarentenas e medidas restritivas à locomoção, trouxeram uma estagnação da atividade econômica (OMS, 2020).

Sem prejuízo de alguns serviços de saúde e atividades essenciais, o reflexo provocado pela pandemia de COVID-19 sobre as mais diversas relações sociais e serviços está sendo devastador. Verificou-se que durante o período os hospitais passaram por um período especialmente difícil por conta da nova realidade trazida pela pandemia. As taxas de ocupação de leitos gerais, em muitas unidades do país passaram a patamares abaixo de 60%, por conta do adiamento e cancelamento de procedimentos eletivos, que em muitos hospitais são a pouca fonte de renda obtida para complementação dos valores defasados pagos pelas tabelas padronizadas pelo Sistema Único de Saúde. Desta forma, enfrentam o desafio do alto custo fixo de uma organização hospitalar e em contrapartida a queda no faturamento ordinário (KOIKE, 2020)

De imediato as unidades de todos o país vinculados ao Sistema Único, viram-se compelidos à necessidade de contratação de profissionais adicionais para gerenciar recursos críticos e altamente caros como leitos de UTI, sem prejuízo da necessidade de aquisição de novos e adaptados equipamentos de proteção individual, insumos e ventiladores mecânicos; cenário este de aumento de despesas atrelado à alta queda de receita.

Segundo informações da UNIDAS – Autogestão em Saúde, (KOIKE, 2020), é possível estimar aumento de custo, em média, de pelo menos 6% da receita dos hospitais de todos o país, o que equivaleria a R\$ 1,4 bilhão, considerando a receita das autogestões de 2019.

Segundo o levantamento em análise de relatório da Credit Suisse em parceria com a empresa UNIDAS – Autogestão em Saúde, (KOIKE, 2020), juntamente com outras empresas e planos de saúde, verifica-se uma drástica situação em relação aos usuários específicos do segmento:

*“A Credit Suisse não calculou os reflexos da crise nos planos de autogestão, mas ponderando valores intermediários entre a Prevent Sênior e as demais operadoras de mercado, podemos aferir esse custo extra estimado. Além disso, apesar de o futuro ainda ser incerto quanto aos impactos, alguns fatores já permitem uma análise mais macro. Enquanto cirurgias eletivas estão sendo postergadas, há de imediato uma redução da despesa assistencial. Porém, ela será fatalmente superada pelo custo do tratamento para a Covid-19, no qual os idosos, mais afetados pelo vírus, consumirão mais recursos hospitalares, inclusive diárias de UTI”.*

No mesmo estudo, verifica-se um desequilíbrio financeiro dos hospitais por esses reflexos. Segundo a ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados, as autogestões são responsáveis por 50,74% da receita bruta, oriundas de planos de saúde, nos hospitais do Nordeste. Nas regiões Norte e Centro-Oeste este percentual é de 41,17%, 26,34% no Sudeste e 17,86% no Sul (KOIKE, 2020).

Desta forma, o impacto tem se demonstrado brutal, considerando ainda as características pertinentes às unidades de saúde do país vinculadas ao SUS (STARFIELD, B. 2020). Essas unidades normalmente não têm fins lucrativos, trabalham com o atendimento de um alto número de pacientes, e claro tem dificuldades de ampliação de receita por diversos fatores, tais como a não correção periódica da tabela SUS, o sistemático aumento de preços de insumos e medicamentos, a escassez de profissionais médicos especializados, dentre outros.

Os hospitais das redes públicas e particulares conveniados ao SUS, são grandes engrenagens de um complexo sistema de prestação de serviços de saúde, em especial por sua larga participação no Brasil. As unidades são responsáveis por praticamente todas as internações clínicas e especializadas do gênero, quando empregam cerca 56% dos profissionais de saúde no país, consumindo 67% do gasto total do setor, e aproximadamente 70% dos gastos em saúde pública (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Neste sentido, a estruturação do sistema hospitalar engloba instalações, instrumentos, equipamentos, profissionais médicos diretos e terceirizados, além de recursos financeiros dirigidos aos atendimentos dos usuários do sistema. Assim, para a eficácia desta gestão, é necessário não somente a profissionalização dos gestores públicos e das unidades de saúde. Uma atenção especial deve ser dada ao entendimento do setor de forma regionalizada para diminuição dos custos e para um processo decisório com foco na empregabilidade plena de recursos financeiros e tecnologia.

Estima-se que, atualmente, o setor hospitalar brasileiro possua cerca de 7.400 hospitais e 471 mil leitos, que podem ser subdivididos em setores e categorias com características próprias (FORGIA; COUTTOLENC, 2009):

- Hospitais públicos: vinculados as esferas públicas de governo federal, estadual ou municipais, financiados pelo poder público, em sua maior parte, cerca de 71%, são hospitais municipais ou estaduais.

- Hospitais privados conveniados ao SUS: abrange cerca de 70% das unidades privadas do país que recebem financiamento público através do Sistema Único de Saúde. Incluindo as instituições sem fins lucrativos (filantrópicas) que respondem pela maioria parte dos atendimentos no país. Referidas instituições operam por meio de convênios ou contratos públicos, devendo para serem reconhecidas na

qualidade de instituições filantrópicas (detentoras de CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) devem oferecer pelo menos 60% de seus leitos a pacientes do SUS.

- Hospitais particulares com fins lucrativos: instituições de saúde que administradas e custeadas de forma privada, com objetivo de lucro, são referenciadas e contratadas para serviços médico-hospitalares em regime contratual com as esferas de governo, e que respondem com cerca de 30% de todas as unidades hospitalares em operação junto ao Sistema Único de Saúde.

Na realidade brasileira, o setor privado responde por 65% dos hospitais e instituições de internação, com cerca de 70% dos leitos existentes no país. Isso torna o setor o principal prestador de serviços médico-hospitalares no país, sendo que, em referência ao setor público, a maioria dos hospitais é operada por municípios, quando o governo federal é responsável por apenas 147 hospitais, praticamente todos grandes vinculados às instituições de ensino. Este setor possui uma importância única no sistema público de saúde brasileiro.

Apesar da estrutura técnica hospitalar ter se estruturado, bem como o acesso aos tratamentos médico-hospitalares tenham progredido nas últimas décadas, temos ainda grandes desigualdades na distribuição dos recursos hospitalares, em especial os serviços tecnológicos, que hoje são requisitos mínimos para uma qualidade de atendimento. Tais recursos ainda são praticamente inexistentes em algumas regiões do país, principalmente distantes dos grandes centros urbanos. (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Buscar otimizar os padrões de eficiência entre os recursos alocados às atividades e em referência aos custos operacionais do hospital são os novos objetivos impostos pelas condições de mercado. No entanto, algumas organizações hospitalares ainda estão usando métodos de contabilidade, gerenciamento e sistemas de gestão de custos tradicionais, sem informações necessárias para dimensionar e controlar tecnicamente suas atividades e gastos, ou mesmo para se tomar decisões administrativas e gerenciais que impactem na otimização dos investimentos.

As normas que orientam a gestão hospitalar são consideradas como um importante pilar da missão da prestação do serviço de saúde, sendo uma autoridade orientada para o utilizador do serviço, que procura continuamente a excelência e a responsabilidade no âmbito da coordenação e integração da rede. Com esses elementos estratégicos, como participação social, transparência e responsabilidade na formulação de políticas públicas, temos uma importante ferramenta de sustentabilidade social das instituições, no que tange a busca de uma gestão mais efetiva (SCARPI, 2004).



## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo reflexivo que parte de um levantamento bibliográfico da literatura, em especial artigos de jornais e científicos, sobre os impactos da pandemia do novo Coronavírus no sistema de saúde pública. As reflexões trazidas partiram da leitura e análise dos autores, uma vez que esse embasamento auxilia nos debates teórico-científicos e colaborativos.

A metodologia utilizada na elaboração deste artigo foi a pesquisa bibliográfica essencialmente, com consultas a livros, leis, revistas, periódicos, artigos e busca em “sites” da internet que divulgam artigos sobre o assunto tratado.

O método de raciocínio utilizado foi o dedutivo, a partir da interpretação dos princípios da saúde pública, em relação aos impactos causados pela pandemia de Coronavírus, COVID-19 no sistema de saúde brasileiro.

Os critérios utilizados para a Análise dos Resultados estão baseados na relevância do tema no contexto atual da Gestão Pública ou da Gestão Pública Municipal fornecendo ideias e reflexões de diferentes autores. Segundo Demo:

*Refletir é também avaliar, e avaliar é também planejar, estabelecer objetivos etc. Daí os critérios de avaliação, que condicionam seus resultados estejam sempre subordinados a finalidades e objetivos previamente estabelecidos para qualquer prática, seja ela educativa, social, política ou outra. (Demo, 1999, p.01)*

Por meio dos temas, das questões de pesquisa, da definição dos objetivos gerais e dos objetivos específicos e da forma de explicar o trabalho científico, o processo de análise dos resultados e consideração final é estabelecido e definido previamente.

Neste sentido, foram utilizados pensamentos teóricos de vários autores sobre as novas ferramentas da gestão e administração pública, com uma pesquisa de práticas administrativas relacionadas e verificadas entre por diferentes esferas da federação, bem como dados científicos e práticos dos sistemas de saúde impactados.

## **RESULTADOS**

A pandemia trouxe mudanças não somente de aspectos econômicos, como sociais e de rotina no que tange ao fluxo dos serviços públicos de saúde nas unidades públicas e credenciadas.

Observa-se que no que tange a rede privada, as operadoras de saúde possuem cerca de 14% de idosos, isto é, acima de 60 anos, e este grupo, que representa um dos principais grupos de risco, impacta diretamente a rede (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2020).

A demanda de leitos de UTI causada pela pandemia de COVID-19 tem poderio para esgotar toda a oferta de leitos públicos e privados. Em outras palavras, os hospitais obtiveram superlotação em diversas unidades, respaldando a falta destes leitos para o atendimento de doenças comuns do período.

Verifica-se que as altas taxas de internações do COVID-19 são acrescentadas às taxas de internações de doenças rotineiras, como mostram as conclusões do Professor Adriel Bianco em seu artigo citado por (KOIKE, 2020):

*“Os dados do CDC-COVID-19 informam que as taxas de internações estimadas são de 20% do público infectado, sendo 5% dos infectados alocados em leitos de UTI, com tempo médio entre 14 e 21 dias (cerca de cinco vezes mais tempo do que a média geral). A título de comparação, a taxa de internação média do setor é de cerca de 17,2% (ANS, 2018) do total de beneficiários por ano. Os dados do observatório da ANAHP de 2019 indicam que o prazo médio de internações de 4,13 dias em seus hospitais. Ou seja, a COVID-19 tem potencial para gerar muito mais internações (com taxa e prazo maiores). Sabendo que a maior parte da população será infectada no médio e longo prazo, as internações do COVID-19 serão acrescentadas ao cenário padrão de internações.”*

Em relação a seus impactos sociais o desemprego reduzirá as receitas públicas e privadas dos serviços de saúde. O aumento do desemprego é um reflexo real decorrente da crise no mundo todo, e no Brasil, já apresentávamos um crescimento em fevereiro para 11,6% atingindo 12,6 milhões de pessoas (PNAD de 31 de março 2020). Com esses impactos observa-se tanto o aumento direto dos serviços públicos de saúde, com a demanda não mais absorvida para a rede privada particular.

Neste aspecto, a receita dos hospitais foi reduzida em 26% nos 4 primeiros meses do ano, comparado com o mesmo período de 2019 (janeiro a abril). A ANAHP desenvolveu, em parceria com a empresa de consultoria Compass, uma projeção do impacto da Covid-19 na receita ao final de 2020.

Por fim, a saúde pública — SUS — é afetado diretamente por esses impactos econômicos e sociais, em especial no que tange à dificuldade de acesso a recursos, considerando as restrições orçamentárias dos governos federal, estadual e municipal pela queda de arrecadação, bem como pela necessidade de acolher um número maior de usuários, que migram diariamente da saúde suplementar para a rede pública pela impossibilidade de arcar com os custos.

Através de pesquisas do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, verificou-se que aproximadamente 254.545 mil beneficiários cancelaram seus planos de saúde entre os meses de abril e julho de 2020. Esta redução, de aproximadamente 0,5%, é reflexo direto da pandemia de Covid-19, em especial pelo aumento direto do desemprego e da perda de rendas familiares, que fazem com este seja um dos primeiros setores a serem atingidos, visto a possibilidade de utilização do SUS (GANDRA 2020).

No ambiente incerto do início de tudo isso, a telemedicina, que há muitos anos é atormentada pela fiscalização brasileira, volta a chamar a atenção. Excepcionalmente, o Ministério da Saúde emitiu um regulamento que permite a atuação médica por meio de telemedicina, consulta remota e diagnóstico remoto, e a partir de então, o mercado deve se desenvolver rapidamente e se estabelecer para identificar potenciais pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020).

Durante o período de quarentena, a demanda por serviços remotos aumentou muito, seja por telefone ou pela Internet. Não só para esclarecer dúvidas relacionadas ao coronavírus, mas também para monitorar outras doenças, pacientes com doenças crônicas, gestantes e até auxiliar outros profissionais.

## **ANÁLISE DE RESULTADOS**

Apesar de todas as limitações, tem ganhado força a impressão que durante a pandemia o Brasil passaria por dificuldades tão difíceis e ainda piores no combate ao COVID-19, caso não tivesse estruturado um sistema de saúde pública, com cobertura gratuita, integrativa, equitativa e universal, como é o Sistema Único de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde vem analisando os reflexos e impactos financeiros e orçamentários do sistema de saúde público para os próximos anos, isso porque há uma demanda em despesas médico-hospitalares que vão sobressaltar como reflexo direto da pandemia do COVID-19, que devem ser observados ainda na programação financeira no exercício de 2020, sob pena de o sistema sofrer consequências ainda piores, e neste sentido citamos a expedição da recente PORTARIA GM Nº 3.017, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2020, que:

*“Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de capital, para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19).”*

Não são poucos os instrumentos legais que vêm sendo discutidos e encaminhados, como a Recomendação nº 28 do CNS para garantir que os recursos para a Saúde em 2021 mantenham ainda um patamar minimamente adequados aos do exercício atual. Para isso recomenda a adoção de uma emenda sobre o tema na Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 10/2020 para assegurar essa demanda.

Neste sentido, e não somente, as medidas adotadas e respostas disponíveis não serão suficientes para tratar da situação. Não se pode em meio de uma calamidade pública com impactos, e tratamentos desconhecidos exigir-se dos sistemas públicos e particulares um total e irrestritas confiança no trabalho, que ainda vem sendo desenvolvido e é desconhecido.

Por fim, os impactos financeiros respaldam diretamente nos serviços de saúde, pois além de ser um sistema caro, moroso para atualização e aferição de segurança de suas medidas, demandam um maior investimento de todas as áreas, quando infelizmente os mais afetados, são as pessoas mais carentes, reféns dos serviços públicos de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O levantamento bibliográfico mostrou que, diante de uma pandemia, muitos os hospitais precisarão ajustar e reformular seus modelos internos de gestão administrativa e de custos.

Os recursos financeiros se tornarão escassos, os pacientes terão menos procedimentos e a atenção à prevenção se tornará mais importante. Os hospitais no Brasil precisam reformular seus modelos de gestão, caso contrário não podem ser poupados após a pandemia. O correto funcionamento dos três pilares do SUS (universalidade, equidade e integridade) é a base para que o sistema único de saúde funcione da forma proposta.

Como essa tríade de sustentação do sistema estão intimamente relacionados, o desempenho de um pilar afeta o outro. Por exemplo, o baixo desempenho do patrimônio líquido (ou seja, o investimento mais necessário) afeta a abrangência, em vez de fornecer a assistência médica necessária em todos os níveis. Por sua vez, isso significa que a universalidade não pode ser alcançada: o sistema público de saúde do Brasil não cobre todos os territórios da mesma forma.

A pandemia nos mergulhou em um drama que já aconteceu, mas não podemos ignorar: como lidar com a alocação de recursos escassos em saúde. A partir da pandemia COVID19 a discussão será mais aprofundada e os grupos de risco devem ser considerados.

Além dos critérios econômicos, há de se considerar o respaldo técnico nas unidades hospitalares já existentes, quanto à demanda reprimida causada no adiamento dos procedimentos médicos e hospitalares suspensos. A estrutura hospitalar gera conflitos políticos e sociais que colocam em xeque seu próprio funcionamento e viabilidade de seus serviços. A pandemia COVID-19 nos trouxe a

discussão de temas que há muito eram debatidos, porém, sempre secundarizados, como a regionalização de serviços.

Desde a Constituição de 1988, a regionalização da saúde é prevista como estratégia de organização das operações e serviços de saúde, descentralização e hierarquização, todavia com difícil aplicação em determinadas localidades por suas particularidades políticas e regionais.

Tomando por base situações como o Circuito das Águas Paulistas, especialmente as cidades de Amparo, Serra Negra, Monte Alegre do Sul, Lindóia, Águas de Lindóia e Socorro, temos nestas localizações de população estimada em 178.492 habitantes (IBGE. 2020), a existência de quatro unidades hospitalares essencialmente vinculadas ao SUS, que possuem muitas vezes departamentos ociosos, que poderiam se firmarem em um trabalho regionalizado para não somente o enfrentamento da pandemia, mas também para se otimizar os serviços e a escassez de recurso do pós-pandemia.

No caso em questão, em especial aos serviços básicos necessário para o atendimento hospitalar como Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia/Traumatologia e Cirurgia Geral, temos que a regionalização dos serviços trariam plena redução de custos, um vez que a estrutura já existente em muitos dos hospitais poderiam absorver a demanda regional com pouco investimento para uma semi-especialização da unidade, compensada com a transferência da referência de outros serviços para outras unidades, mobilizando o serviço dentro de uma região na qual as cidade mais distantes entre si (Amparo e Socorro) encontram-se somente à 43 quilômetros de distância uma da outra.

Na construção de uma rede de saúde regionalizada, os cuidados primários desempenham um papel fundamental porque é a primeira exposição do paciente aos cuidados médicos. A primeira consulta se tornará uma ponte para o tratamento profissional e estabelecerá ligações com outros pontos da rede, para garantir a continuidade dos serviços aos pacientes de forma especializada.

Desta forma, a regionalização de serviços em integração das unidades hospitalares, sem prejuízo de outras ações que muitas vezes não demanda de nenhum tipo de custo, como a integração de sistema de prontuários e informações médicas entre as unidades de saúde básica, especializada e hospitalares das esferas de governo do SUS são essenciais para uma reestruturação do serviço que poderá entrar em colapso se não desenvolver um olhar mais técnico do que político.

Além disso, dois fatores também técnicos são necessários para criar uma organização regional de saúde de acordo com a complexidade e complementaridade dos serviços prestados, possibilitando a conectividade a partir das redes: transporte e comunicação. As regiões ainda deveriam criar um único órgão administrativo para coordená-las, mas as visões dos municipalistas relacionadas ao modelo do sistema federal impossibilitam a aplicação aqui no Brasil, limitando, assim, a introdução e institucionalização da regionalização do SUS.

É fato que muitas vezes as desculpas veladas de governantes, particularmente em cidades pequenas, onde o contato Gestor-População é direto gera uma insegurança política, como por exemplo a transferência de serviços que até então eram realizados como rotina para outras cidades. Todavia, devido a possibilidade de colapso do sistema, a decisão não pode ser levada ao campo político única e simplesmente, mas sim ao campo social e técnico daquilo que melhor possa ser assegurado de serviço ao usuário, cortando gastos, e muitas vezes melhorando o atendimento com investimento direto no setor especializado.

Desta forma, não somente os esforços públicos sobre a regionalização, mas também o preparo das equipes técnicas e a conscientização da população, através do suporte das unidades de saúde básicas, é um dos caminhos para se trabalhar medidas de prevenção, e gerar uma mudança gradual na cultura principalmente da higienização, em relação íntima com os investimentos em saneamento básico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE CR, IBIAPINA CC, CHAMPS NS, TOLEDO JUNIOR ACC, PICININ IFM. Gripe aviária: a ameaça do século XXI. *J bras pneumol* 2009; 35(5):470-479.

BERLINGUER G. Globalização e saúde global. *Estudos avançados* 1999; 13(35):21-38.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: 1988. disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, p. 63-69, Dez. 2005.

COVID Surg Collaborative (2020) Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *BJS* 10:10. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>

DEMO, P. Avaliação qualitativa (6ª ed.). SP: Autores Associados, 1999, p.01.

FIORAVANTI C. Semelhanças Entre A Gripe Espanhola e a Covid-19: Pandemia Do Início do século XX e a atual levaram à valorização do sistema público de saúde. Pesquisa FAPESP. [Internet]. 2020.

Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/03/26/semelhancas-entre-a-gripe-espanhola-e-a-covid-19/>

FORGIA, G.M.L. & COUTTOLENC, B.F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

FORTES PAC, RIBEIRO H. Saúde Global em tempos de globalização. Saúde Soc 2014; 23(2):366-375.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (FUNASA). Cronologia Histórica da Saúde Pública. [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 01 de novembro de 2020.

GANDRA, Alana. Pandemia provocou saída de 245,5 mil usuários de planos de saúde. Portal Agência Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/pandemia-provocou-saida-de-2545-mil-usuarios-de-planos-de-saude>. Acesso em 12 de outubro de 2020.

GIANESI, Irineu G. N., CORRÊA, Henrique Luiz. Administração Estratégica de Serviços: operações para a satisfação do cliente. Fundação Vanzolini . São Paulo: Atlas, 1994.

KOIKE, Beth. Efeitos distintos para hospital e convênio médico. Jornal VALOR ECONÔMICO, 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/03/30/efeitos-distintos-para-hospital-e-convenio-medico.ghtml>. Acesso em 12 de outubro de 2020.

LOPES, Raquel. Cirurgias eletivas tiveram redução de 40% por causa da covid-19. Portal Poder360, 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/cirurgias-eletivas-tiveram-reducao-de-40-por-causa-da-covid-19/>. Acesso em 26 de outubro de 2020.

MADEIRO, Carlos. Nove em cada 10 cidades do país não têm leito de UTI e "exportam" pacientes. Portal UOL, 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/nove-em-cada-10-cidades-do-pais-nao-tem-leito-de-uti-e-exportam-pacientes.htm> >. Acesso em 26 de outubro de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça, Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel COVID-19. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Coronavírus e novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). ONU diz que medo não pode viralizar após pandemia de novo coronavírus [Internet]. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707031>

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

PILATI, José Isaac. *Vigilância Sanitária: contribuições ao estudo jurídico e político*. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

SCARPI, M. J. *Gestão de Clínicas Médicas*. São Paulo: Futura, 2004.

SOUZA DO. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. *Saúde debate* 2019; 43 (spe. 5):71-81.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos, *Política Pública de Saúde no Brasil: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS*. VII CONNEPI, Palmas, 2012.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. Saúde suplementar: Covid-19 deve gerar impacto de R\$ 1,4 bi nas despesas das autogestões. *Portal Saúde Debate*.



Disponível em: <<http://saudedebate.com.br/noticias/saude-suplementar-covid-19-deve-gerar-impacto-de-rusd-1-4-bi-nas-despesas-das-autogestoes>>. Acesso em 26 de outubro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report. 88. Geneva: WHO; 2020.

ZHU N, ZHANG D, WANG W, LI X, YANG B, SONG J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.