

Marina de Almeida Magalhães

Direito e saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

São Paulo

2022

Marina de Almeida Magalhães

Direito e saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

São Paulo

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP)**

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Magalhães, Marina de Almeida
Direito e saúde na pandemia de COVID-19 no
Brasil / Marina de Almeida Magalhães. -- São Paulo,
2022.
Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: Mário César Scheffer.

Descritores: 1.Direito sanitário 2.Declaração de
emergência 3.Pandemias 4.COVID-19 5.Sistema Único de
Saúde 6.Gestão em saúde

USP/FM/DBD-491/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Aos colegas, funcionários e professores que compõem o Departamento de Medicina Preventiva, pela oportunidade de participar dessa construção coletiva e, neste processo, me acolherem tão bem. Em especial, agradeço às incansáveis Lilian e Goreti, pelas ajudas de sempre, e à Professora Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani, por me mostrar o melhor que a docência pode ser.

Aos Professores Lilia Blima Schraiber, Fernando Mussa Abujamra Aith, Maria Paula Dallari Bucci e Miriam Ventura da Silva, pelas gentis e valiosas contribuições ao trabalho.

À Daniela Trettel, por semear em mim a paixão pela Saúde Coletiva.

Aos amigos Lucas Andrietta, Juliana Kozan, Karina Grou, Rafael Robba, Caio Fernandes, Letícia Caboatan e Joana Cruz, do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS-USP), por toda a parceria, apoio e aprendizado ao longo desses anos. Também, aos amigos-irmãos do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento em Saúde (GPDES-UFRJ).

À Professora Ligia Bahia, pelos inesgotáveis e apaixonantes ensinamentos.

Ao Professor Mário César Scheffer, pela orientação, paciência, confiança, seriedade, inspiração e, principalmente, irrestrita generosidade. É muito gratificante e um enorme privilégio aprender e trabalhar com você.

A todos os meus queridos amigos pelas risadas, encorajamento e cuidado, especialmente Eduardo, Jéssica, Juliana, Jorge, Leon, Mariana, Gabriela, Livia, Bel e Isabella.

À minha família, pelo carinho e torcida. Aos meus pais, Flávio e Anelisa, por me apoiarem tanto e sempre. À minha irmã, Carolina, por ser a melhor pessoa do mundo e pela ajuda na revisão deste trabalho.

Por fim, ao meu amor, Alexandre, por tudo e mais um pouco.

Esta dissertação contou, para sua execução, com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação do Brasil.

A dissertação está de acordo com a versão mais atualizada, no momento da sua publicação, do Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. **Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias** / elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. – São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação – SBD/FMUSP, 2005.

SUMÁRIO

SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

INTRODUÇÃO	1
I. O DIREITO E AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	6
1.1 Direito, excepcionalidade e emergências de saúde pública	8
1.2 O Regulamento Sanitário Internacional.....	9
1.3 As emergências de saúde pública no ordenamento brasileiro	11
1.3.1 Regimes constitucionais de emergência e poderes emergenciais pontuais....	12
1.3.2 Emergências antes do SUS: as infrações sanitárias e a Lei de Vigilância Epidemiológica.....	14
1.3.3 Emergências no ordenamento atual: a Constituição, o SUS e a regulamentação das emergências de saúde pública.....	17
1.3.4 Caracterização do regulamento jurídico das emergências no Brasil.....	22
1.3.5 Adequação, pertinência e eficácia do regulamento jurídico de emergências.	26
II. MÉTODOLOGIA DE ESTUDO DAS NORMAS EXCEPCIONAIS NO CONTEXTO DA COVID-19	31
2.1 Fontes de dados e seleção das normas.....	32
2.2 Tipologia descritiva das normas coletadas	35
2.3 Limitações do estudo	41
2.4 Ética em pesquisa.....	42
III. O REGULAMENTO JURÍDICO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DA COVID-19	44
3.1 Origem e espécie normativa.....	45
3.2 Vigência.....	52
3.2.1 Data de publicação	52
3.2.2 Prazo de vigência e revogação	57
3.3 Função no sistema de saúde	63
3.3.1 Gestão.....	65
3.3.2 Financiamento	73
3.3.3 Serviços de assistência à saúde	84

Gestão excepcional dos serviços assistenciais: a Força Tarefa de Fundamentação	87
Expansão da rede de média e alta complexidade	88
Expansão da rede de atenção primária à saúde.....	94
Continuidade de serviços ordinários	97
3.3.4 Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos.....	100
Intervenções não-farmacológicas	102
Campanha de vacinação	106
3.3.5 Produtos e tecnologias de saúde.....	109
Aumento de oferta	112
Viabilização e manejo da demanda	114
3.3.6 Recursos humanos.....	116
Provimento e capacitação de profissionais.....	117
Segurança dos profissionais.....	121
3.3.7 Vigilância em saúde	124
Vigilância epidemiológica.....	126
Monitoramento de serviços emergenciais	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
REFERÊNCIAS NORMATIVAS.....	159
APÊNDICE I	
APÊNDICE II	

SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária à Saúde

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Coes – Centro de Operações de Emergência em Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FN-SUS – Força Nacional do Sistema Único de Saúde

GEI-ESPII – Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional

HPP – Hospital de Pequeno Porte

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LVE – Lei de Vigilância Epidemiológica

MAC – Média e Alta Complexidade

MEC – Ministério da Educação

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunizações

OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RHS – Recursos Humanos em Saúde
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SAES – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVP – Suporte Ventilatório Pulmonar
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Poderes e prerrogativas acionáveis em emergências de saúde pública previstos no ordenamento federal – Brasil, janeiro de 2020	22
Figura 2 – Órgãos e estruturas do Poder Executivo Federal relacionados ao enfrentamento de emergências de saúde pública – Brasil, janeiro de 2020.....	23
Figura 3 – Competências relacionadas ao enfrentamento de emergências de saúde pública previstas no ordenamento federal – Brasil, janeiro de 2020	24
Figura 4 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (excetuadas normas de alocação de recursos), por órgão de origem e espécie normativa – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	47
Figura 5 – Esquema de anterioridade das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19	49
Figura 6 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 e de casos de COVID-19, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	53
Figura 7 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 e de óbitos por COVID-19, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	53
Figura 8 – Órgãos e estruturas do Poder Executivo Federal relacionados à saúde envolvidos no enfrentamento da COVID-19 – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021.....	66
Figura 9– Leitos emergenciais para tratamento da COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde e óbitos por COVID-19 confirmados, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia descritiva das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 no Brasil	40
Quadro 2 – Vetos presidenciais a normas excepcionais relacionadas à saúde publicadas a nível federal em razão da pandemia de COVID-19 – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	50
Quadro 3 – Normas federais de abertura de crédito extraordinário destinado à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (fev/20-jun/21).....	77
Quadro 4 – Normas federais de flexibilização sanitária publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por tipo de produto a que se aplicam (fev/20-jun/21).....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por órgão de origem e espécie normativa – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	46
Tabela 2 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por prazo de vigência e status de revogação – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	57
Tabela 3 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por função cumprida no sistema de saúde – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	64
Tabela 4 – Normas federais de repasse de recursos excepcionais à saúde publicadas pelo Ministério da Saúde em razão da pandemia de COVID-19 e quantias repassadas, por função a que se destinam – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	78
Tabela 5 – Normas federais de repasse de recursos excepcionais pelo Ministério da Saúde a serviços de assistência à saúde em razão da pandemia de COVID-19 e quantias repassadas, por nível de atenção a que se destinam – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021	81

RESUMO

MAGALHÃES, Marina de A. *Direito e saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

A pandemia de COVID-19 requereu dos países legislação excepcional para enfrentamento da crise sanitária e da emergência de saúde pública. Este trabalho sistematiza o conjunto de normas federais relacionadas à saúde editadas em resposta à COVID-19 no Brasil. Por meio de revisão de literatura e análise documental buscou-se interpretar o fenômeno das emergências de saúde pública no ordenamento jurídico brasileiro. Para a seleção e extração das normas, foi consultado o Diário Oficial da União. Foram incluídas no estudo 1.117 normas, publicadas de fevereiro de 2020 a junho de 2021. As normas foram classificadas segundo tipologia descritiva composta de três dimensões: origem e espécie normativa; período de vigência; e relação com as principais funções definidoras do sistema de saúde. Conclui-se que a maior parte das normas excepcionais foram publicadas pelo Ministério da Saúde, guardando relação com o regime fiscal extraordinário e/ou o financiamento do sistema de saúde. Foi verificado intenso movimento de descentralização da gestão da emergência e o compartilhamento de competências e responsabilidades para os entes subnacionais, sem as devidas coordenação e responsabilização federal. O trabalho busca contribuir com a crescente literatura que investiga as relações entre as emergências de saúde pública e o direito, e os eventuais impactos das regras excepcionais na resiliência e na sustentabilidade dos sistemas de saúde em momentos de crise.

Descritores: Direito Sanitário, Declaração de Emergência, Pandemias, COVID-19, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde

SUMMARY

MAGALHÃES, Marina de A. *Law and health in the COVID-19 pandemic in Brazil*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

The COVID-19 pandemic required, in most countries, exceptional legislation to face the sanitary crisis and the public health emergency. This study systematizes the set of federal health legislation enacted in response to COVID-19 in Brazil. Through literature review and document analysis, we aimed to interpret the public health emergency phenomena under the Brazilian Law. Norms were selected and collected from the Official Federal Gazette. 1.117 norms were included in the study, enacted from February 2020 to June 2021. These norms were classified under a descriptive typology comprising three dimensions: origin and norm type; period of validity; and its relations to the main health system functions. From a systematic analysis of the collected legislation, this study identifies some relevant tendencies to comprehend the results of COVID-19 mitigation policies in Brazil. We concluded that most of the norms were enacted through the Brazilian Ministry of Health, relating to the exceptional fiscal regime and/or health system financing. We found an intense movement of emergency governance decentralization and competency and responsibility sharing amongst the federative unities, without adequate federal coordination or accountability. The study aims to contribute to the growing literature on relations between public health and law, and the prospective impacts of exceptional legislation in health systems resiliency and sustainability in times of crisis.

Descriptors: Health Law, Declaration of Emergency, Pandemics, COVID-19, Unified Health System, Health Management

INTRODUÇÃO

No dia 7 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada por autoridades chinesas sobre o surgimento de um novo vírus, responsável pelo aumento de casos incomuns de pneumonia na cidade de Wuhan. Tratava-se de um novo coronavírus, nomeado SARS-CoV-2, que causava a doença infecciosa denominada COVID-19. A alta transmissibilidade do novo vírus fez com que, no dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarasse a constituição de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Pouco mais de um mês depois, no dia 11 de março, o organismo elevou este status para o de pandemia.

Até novembro de 2022, momento da conclusão deste trabalho, a pandemia de COVID-19 havia causado mais de 6,5 milhões de mortes e 600 milhões de infecções em todo o mundo¹. No Brasil, que ocupou a posição de um dos principais epicentros mundiais da crise sanitária durante, pelo menos, seus dois primeiros anos, as mortes e infecções chegaram a mais de 688 mil e 34,8 milhões². As necessidades de saúde absolutamente excepcionais causadas pela doença, com altos e simultâneos contingentes de pacientes afetados por quadros sindrômicos graves, desencadearam diversos tipos de resposta emergencial.

No plano internacional, a OMS capitaneou a organização de esforços internacionais para o enfrentamento da pandemia, incluindo a centralização de recomendações técnicas para informar respostas excepcionais, o oferecimento de auxílio financeiro e material a países que o necessitassem e a coordenação de iniciativas transnacionais para o desenvolvimento e distribuição equitativa de vacinas³. No plano nacional, governos tiveram de conceber e implementar políticas públicas emergenciais para, no âmbito de seus respectivos territórios, aumentar as capacidades

¹ Dados da OMS, disponíveis em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

² Dados do Ministério da Saúde, disponíveis em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

³ Para dados oficiais da OMS sobre, respectivamente, as recomendações técnicas publicadas, doação de insumos essenciais, doação de recursos financeiros e iniciativas de desenvolvimento e distribuição de vacinas, ver: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>>; <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-operations>>; <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/donors-and-partners/funding>>, e; <<https://www.act-a.org/>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

de absorção dos sistemas de saúde, mitigar a disseminação da doença e atenuar os seus desdobramentos sociais e econômicos.

Nos momentos iniciais da crise sanitária, as incertezas a respeito da etiologia da infecção, das formas de sua transmissão e da eficácia de diferentes tipos de medidas preventivas levaram a um cenário de grande variabilidade entre as respostas adotadas por cada país. Para isso, foram criados uma série de projetos voltados a acompanhar e documentar a variedade de medidas adotadas nacionalmente e a potencial eficácia associada a cada uma delas e ao seu conjunto⁴. Dentre eles, alguns projetos se voltaram, especificamente, ao monitoramento das inovações jurídicas justificadas pela pandemia⁵.

Em junho de 2020, quando foi iniciado o presente estudo, estes esforços de mapeamento e monitoramento ainda estavam em fase de estruturação – muitos dos quais sequer ainda publicizados –, mas as evidências produzidas até então apontavam para um movimento já em curso de “inflação normativa” (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-a, p. 2) no Brasil, iniciada a partir da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Até aquele momento, já haviam sido publicadas mais de 1.200 normas extraordinárias apenas a nível federal (ibid.).

Este trabalho foi concebido, neste contexto, como um esforço de mapeamento e sistematização do conjunto de normas federais direta ou indiretamente relacionadas à saúde publicadas em razão da eclosão da pandemia de COVID-19 no Brasil. No

⁴ Considerando apenas projetos que trabalham com dados primários, podem ser citados: *COVID-19 Government Response Tracker*, organizado pela Universidade de Oxford, compreendendo 187 países; *COVID-19 Health System Response Monitor*, organizado conjuntamente pelos Escritório Regional da OMS na Europa, Comissão Europeia e o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, compreendendo todos os países europeus e alguns países asiáticos, e; *Corononet*, organizado por pesquisadores de diversas instituições internacionais, compreendendo 199 países. Estes projetos podem ser acompanhados em, respectivamente: <<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>>; <<https://www.covid19healthsystem.org/>>, e; <<https://www.corononet-project.org/>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

⁵ A nível internacional, cite-se o *Oxford Compendium of National Legal Responses to COVID-19*, coordenado pela Universidade de Oxford, voltado a acompanhar medidas legais de resposta à pandemia em diferentes jurisdições nacionais. A nível nacional, cite-se o projeto *Direitos na Pandemia*, coordenado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, voltado a mapear as medidas normativas excepcionais adotadas no Brasil e avaliar o seu impacto sobre os direitos humanos. Estes projetos podem ser acompanhados em, respectivamente: <<https://oxcon.ouplaw.com/home/OCC19>> e <<https://cepedisa.org.br/publicacoes>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

mesmo sentido dos demais projetos de monitoramento, a motivação primordial do estudo foi a de organizar informações, até então divulgadas apenas de forma segmentada e pouco transparentes, segundo elementos que permitissem uma aproximação inicial dos impactos da inovação normativa relacionada à pandemia sobre o sistema de saúde brasileiro.

Parte-se da premissa de que os temas regulados e a forma da sua regulação no ordenamento afetam os determinantes de saúde como um todo e, mais especificamente, as capacidades estatais de resposta a emergências de saúde pública (De Ville, 2007; Kamoie, Pestronk e Baldrige et al., 2008; Matthews, Abbott e Hoffman et al., 2007; Moulton, Gottfried e Goodman et al., 2003; Gostin, Monahan e Kaldor et al., 2019). Apesar de haver dúvidas sobre o peso relativo do direito em relação a outros determinantes de saúde⁶, a existência de relação concreta entre ambos, ainda que dificilmente mensurável, sugeriria uma conseqüente influência das normas excepcionais publicadas sobre os maus resultados obtidos pelo Brasil no enfrentamento da pandemia. A natureza exploratória e qualitativa deste trabalho não permita traçar relações de causalidade, mas o esforço de mapeamento descritivo permite uma aproximação inicial desta hipótese.

A segunda hipótese do estudo era a de que as normas excepcionais poderiam acabar definitivamente incorporadas no ordenamento, gerando efeitos estruturais sobre a organização da administração pública, na esteira do que se verificou ao longo da história do sistema de saúde do Brasil.

A própria institucionalização das medidas de saúde pública no país foi um desdobramento das reformas jurídicas relacionadas ao enfrentamento das endemias rurais no início do século XX (Hochman, 2012). A epidemia de AIDS motivou a publicação da Lei nº 9.313/1996, determinando a obrigatoriedade de fornecimento de antirretrovirais a todos os cidadãos vivendo com HIV no país, o que teve impacto

⁶ Jacobson, Wasserman e Botosaneanu et al. (2012), por exemplo, argumentam que a mera existência de normas que regulem a operação excepcional do sistema de saúde na emergência não implica sua devida implementação. Fatores como a escassez de recursos, o conhecimento dos agentes de saúde pública sobre a lei ou a contrariedade de lideranças políticas à legislação podem diminuir substancialmente a eficácia e efetividade do direito. Por outro lado, há autores que sugerem ser possível a mensuração de correlação positiva entre o “nível de legalidade” de um país e os resultados de saúde no seu território (Pinzon-Rondon, Attaran e Botero et al., 2015).

significativo sobre a organização dos serviços de assistência farmacêutica a partir de então (Scheffer, 2008; Loyola, 2008). Na epidemia de zika, a prolífica atividade legislativa empreendida (Barbosa e Bem, 2018) resultou na criação de um regime extraordinário de vigilância sanitária, aplicável a situações de surtos iminentes de arboviroses (Lei nº 13.301/2016).

Além desta demonstrada permeabilidade do ordenamento, nossa hipótese é reforçada, também, pelo fato de que a “inflação normativa” (op. cit.) motivada pela COVID-19 representou importante quebra nos padrões prévios de resposta a emergências. Ao longo do desdobramento de diversas emergências de saúde na história recente do país, compreendendo desde a epidemia de cólera de 1991, até a pandemia de H1N1, em 2009, o Congresso Nacional não editou qualquer lei relevante para a organização de estratégias nacionais de resposta emergencial (Romero e Delduque, 2017).

Mesmo considerando-se momentos de atuação proeminente do Poder Executivo na produção normativa excepcional, como no caso da epidemia de microcefalia colateral à infecção de gestantes pelo vírus zika (Ventura, Aith e Rached, 2021), as normas excepcionais criadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 excedem em muito os registros anteriores. Trata-se, também por isso, de um fenômeno *sui generis*, a ser estudado especificamente em maior detalhe, para contribuir com a literatura ainda incipiente sobre a atuação normativa do Brasil diante de emergências (Ventura, Ribeiro e Di Giulio et al., 2020).

O trabalho foi desenvolvido em duas etapas.

A primeira delas teve como objetivo descrever o regulamento jurídico das emergências de saúde pública estabelecido no ordenamento brasileiro previamente à COVID-19, para esclarecer os parâmetros a partir dos quais poderia se dar a produção normativa excepcional. Foram realizados, para isso, revisão da literatura sobre as interfaces entre direito e emergências e levantamento da legislação prévia. Os resultados destes esforços são relatados no Capítulo I, que foi submetido para publicação como produto parcial desta dissertação.

A segunda etapa consistiu na coleta das normas de interesse e da sua categorização segundo tipologia descritiva, com a intenção de reduzir a complexidade do conjunto e de facilitar a sua caracterização (Collier, LaPorte e Seawright, 2012). A coleta resultou na formação de um banco de dados composto por 1.117 normas, replicado nos Apêndices I e II. Todas elas foram categorizadas segundo a tipologia desenvolvida, composta por três dimensões: origem e espécie normativa; vigência, e; finalidade em relação às funções do sistema de saúde. O Capítulo II detalha a metodologia do estudo e as categorias que compõem cada uma das dimensões da tipologia. O Capítulo III apresenta e discute os resultados da coleta e categorização das normas.

Este estudo foi desenvolvido de junho de 2020 a novembro de 2022, majoritariamente durante o desenrolar da pandemia, mas tendo captado, também, efeitos imediatos do encerramento da ESPIN no Brasil, declarado em abril de 2022. Os resultados aqui apresentados buscaram, na maior medida possível, captar as constantes mudanças e impermanências que permearam (e, em alguma medida, caracterizam) o objeto do estudo ao longo deste período, buscando contribuir com a crescente literatura sobre os desdobramentos jurídicos da COVID-19 no Brasil (e.g., CEPEDISA-USP, 2021-a; Duarte, Santos e Andrade et al., 2021; Ventura, Rached e Aith, 2021; Terrazas, 2021, e; Patiño-Escarcina e Medina, 2022).

I. O DIREITO E AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

O termo *emergência* é polissêmico, podendo designar situações factuais distintas a depender do contexto e do campo do conhecimento em que utilizado.

No campo das ciências biomédicas, as *emergências* são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato” (Resolução CFM nº 1.451/1995). Pela mesma norma, as *urgências* demandam, igualmente, assistência médica imediata, mas podem implicar ou não risco de vida. Essa caracterização é baseada na perspectiva do usuário do sistema de saúde; contudo, existem outras definições, baseadas nas concepções de prestadores, legisladores ou pagadores, que têm efeitos distintos sobre o acesso à assistência (Vieira da Motta, Mena e Piacsek, 2017).

As definições adotadas na estruturação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, por exemplo, são menos específicas do que aquelas fixadas pelo CFM: abrangem todos os “casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos” (art. 2º, I do Anexo III da Portaria de Consolidação MS nº 3/2017). A saúde suplementar, de outro lado, emprega definições baseadas no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis, no caso das emergências, ou na ocorrência de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, no caso das urgências (art. 35-C, I e II da Lei nº 9.656/1998). Tanto no sistema público quanto no privado, a indeterminação do conceito acaba por condicionar a possibilidade de acesso, o tempo em que será fornecido o atendimento e os parâmetros de remuneração a serem utilizados às valorações subjetivas de profissionais de saúde a respeito do quadro clínico do usuário (Vieira da Motta, Mena e Piacsek, 2017).

No campo da saúde pública, o termo *emergência* designa “perigos ou vulnerabilidades cujas escala, rápido estabelecimento ou imprevisibilidade ameacem sobrecarregar as capacidades rotineiras [do sistema de saúde]” (Gostin e Wiley, 2016, p. 392, tradução livre), levando a uma “alta probabilidade de morbimortalidade em grande escala ou de risco de dano futuro” (Katz e Banaski, 2019, p. 5, tradução livre). A lista de *emergências* reconhecidas pela OMS, por exemplo, inclui surtos de doenças,

desastres naturais e crises humanitárias⁷. No mesmo sentido, a conceituação de *emergências de saúde pública* no Brasil (Decreto nº 7.616/2011) abrange situações epidemiológicas que apresentem alto risco de disseminação ou gravidade, desastres naturais e situações de desassistência à população. São circunstâncias relacionadas ao risco de ou efetivo dano à saúde de uma dada coletividade (Carmo, Penna e Oliveira, 2008), mas que, diferentemente das emergências biomédicas, não são definidas estritamente pela probabilidade dos desfechos de morte ou de desenvolvimento de complicações de saúde individual graves.

Ainda que o conceito de *emergência* tenha acepções muito distintas nos contextos dos serviços assistenciais e da saúde pública, em ambos o seu significado não conta com “caracteres intrínsecos próprios e diferenciadores” (Giglio-Jacquemot, 2005, p. 20). As *emergências de saúde pública* são, no Brasil, um conceito aberto, aplicável a diversas situações fáticas, caracterizando-se apenas quando declaradas por autoridade sanitária competente – no nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) (Decreto nº 7.616/2011, art. 4º). Esta conceituação das *emergências*, já que condicionada ao reconhecimento formal da sua ocorrência – e, implicitamente, da necessidade de adaptação do sistema de saúde para responder a elas –, qualifica-as também como conceito jurídico (Carmo, Penna e Oliveira, 2008).

O uso do termo *emergência(s)*, no presente trabalho, designará especificamente as *emergências de saúde pública*, compreendendo as situações factuais que possam ser enquanto tal reconhecidas por autoridade sanitária competente na jurisdição considerada. Pontue-se, contudo, que em razão de o objeto da pesquisa ser a pandemia de COVID-19, uma *emergência* de natureza epidemiológica, os demais tipos de *emergências de saúde pública*, relacionadas a desastres ou situações de desassistência, serão tratadas apenas lateralmente.

Este capítulo trata da construção do conceito jurídico de *emergências de saúde pública*, e foi submetido para publicação como resultado parcial desta dissertação.

⁷ Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/situations>>. Acesso em 12 maio 2022.

1.1 Direito, excepcionalidade e emergências de saúde pública

O ordenamento jurídico (ou “o direito”) pode ser definido como um sistema de normas articuladas que regulam a conduta humana (o *dever ser*) diante de determinadas circunstâncias fáticas (o *ser*) (Kelsen, 1999). As regras que recaem sobre os cidadãos devem ser, de forma geral, por eles observadas, e as regras de organização administrativa do Estado devem ser aceitas “como padrões públicos e comuns de comportamento oficial pelos seus funcionários” (Hart, 2001, p. 128). Ao determinarem o *dever ser*, as normas preveem, conseqüentemente, o padrão de comportamento de cidadãos e autoridades investidas de poderes públicos diante de situações de “regularidade empírica” no mundo natural ou na sociedade (Ferejohn e Pasquino, 2004, p. 221).

Situações de excepcionalidade, que fogem à “regularidade empírica” presumida, como é o caso das *emergências*, por vezes exigem mudanças nas normas vigentes para que sejam mitigadas com maior rapidez e eficácia. Em geral, ordenamentos jurídicos nacionais democráticos têm regulamentos específicos para lidar com necessidades excepcionais de derrogação de regras ordinárias. Os casos em que é priorizada a compatibilização da excepcionalidade com as normas ordinárias são classificados como modelos de *acomodação* (Gross e Aoláin, 2006). Alternativas a eles são modelos em que não se admite a atuação estatal excepcional sob qualquer circunstância – *absolutismo normativo* – ou em que não são fixados parâmetros prévios para a atuação excepcional da administração, admitindo-se apenas o controle posterior sobre as decisões tomadas – *extra-legalidade* (ibid., p. 110, tradução livre).

Os modelos de acomodação pressupõem certo nível de flexibilidade; não sendo possível tipificar todos os cenários de excepcionalidade, opta-se pelo estabelecimento de parâmetros gerais que conciliem o necessário aumento da margem de discricionariedade na administração pública com o maior nível possível de manutenção dos princípios da legalidade e de “valores democráticos fundamentais” (ibid., p. 9). Por admitirem a coexistência do ordenamento ordinário com um ordenamento excepcional, são modelos dualistas. Nesse modelo, o ordenamento excepcional representa uma derrogação da ordem democraticamente estabelecida, com prazo de vigência (idealmente) restrito ao período em que a emergência estiver

formalmente reconhecida, e a sua finalidade precípua é a conservação: seu objetivo central é o de reconduzir as circunstâncias à normalidade (Ferejohn e Pasquino, 2004).

Geralmente, as sistemáticas de acomodação são estabelecidas nos textos constitucionais de cada país através de disposições básicas: a competência para decretar a ocorrência da excepcionalidade; o termo de sua duração, e; a criação e atribuição de prerrogativas excepcionais, bem como a fixação de seus limites (ibid.). Contudo, tais previsões frequentemente são muito vagas e flexíveis, deixando de suprir necessidades emergenciais mais específicas. Por isso, além dos instrumentos *constitucionais*, ordenamentos nacionais também podem contar com instrumentos *legislativos* (modificações parciais, substituições ou suplementações de normas ordinárias por normas excepcionais) ou *interpretativos* (alteração do escopo de normas ordinárias através da sua interpretação judicial) de acomodação.

A grande variedade entre as circunstâncias que podem ser caracterizadas como excepcionais, bem como dos seus respectivos graus de gravidade, geram necessidades variadas de resposta, suscitando níveis muito distintos de derrogação do ordenamento. Especialmente em se tratando de excepcionalidades não violentas, como as emergências de saúde pública, o afastamento de prerrogativas constitucionais pode não ser necessário, bastando a adaptação da legislação infraconstitucional, com a ampliação e modificação de poderes administrativos do governante ou gestor (ibid., p. 4-7). Nesses casos, tende a prevalecer o acionamento das vias de acomodação legislativa.

1.2 O Regulamento Sanitário Internacional

Segundo sua própria constituição, a OMS é o órgão competente para dirigir e coordenar “trabalhos internacionais no domínio da saúde” (art. 2, alínea a da Constituição da OMS). Nesta condição, é responsável por “propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde” (art. 2, alínea k). Tal competência lhe confere autoridade central na normatização internacional do enfrentamento de emergências de saúde pública. Como consequência disso, diversos dos instrumentos e definições estabelecidos pela OMS,

particularmente através do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), foram internalizados no ordenamento brasileiro (Carmo, Penna e Oliveira, 2008).

O RSI de 2005, do qual são parte 196 Estados, é o principal tratado relacionado ao enfrentamento de emergências de saúde pública no âmbito internacional. Aprovado em 23 de maio 2005, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, entrou em vigor, para os países que não o rejeitaram naquela ocasião, em 15 de junho de 2007. O Brasil aderiu ao RSI na ocasião, embora o Congresso nacional o tenha aprovado somente em 2009, por meio do Decreto Legislativo nº 395. Ademais, foi apenas em 2020, pouco antes do reconhecimento da emergência sanitária relativa à Covid-19, que o RSI passou a integrar formalmente o ordenamento jurídico nacional, através do Decreto nº 10.212.

As Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) são definidas no tratado como manifestações de doença, ou ocorrências que apresentem potencial de causar doença, que constituam riscos de saúde pública a outros Estados devido à propagação internacional, potencialmente exigindo respostas internacionais coordenadas (art. 1.1, segundo tradução aprovada pelo Congresso Nacional no Decreto Legislativo nº 395/2009). O conceito não se limita à ocorrência de dano, compreendendo também fatores de risco, e tampouco se restringe às doenças transmissíveis, contemplando outros riscos à saúde, como aqueles de natureza acidental (Carmo, Penna e Oliveira, 2008, p. 21). Os modelos de resposta à emergência previstos no Regulamento variam de acordo com a sua natureza.

Mesmo antes da ocorrência de um evento que possa ser caracterizado como uma ESPII, exige-se que os sistemas de saúde nacionais dos Estados-parte sejam adaptados, de forma a garantir que haja *capacidades* domésticas suficientes de detecção e resposta, quando e caso necessárias. Para isso, os sistemas de saúde nacionais devem estruturar um sistema de vigilância epidemiológica que permita “detectar, avaliar, notificar e informar eventos” (art. 5.1), bem como desenvolver “capacidades para responder pronta e eficazmente a riscos (...) e a emergências em saúde pública” (art. 13.1). Tais exigências são enunciadas em termos de objetivos em abstrato, e não de políticas específicas, pois o RSI reconhece expressamente o “direito

soberano [dos Estados] de legislar e implementar a legislação a fim de cumprir suas próprias políticas de saúde” (art. 3.4).

Segundo o Regulamento, os Estados-parte são os responsáveis por monitorar eventos “que possam se constituir numa emergência” (art. 6.1) – que, caso detectados, devem ser avaliados segundo a sua gravidade e, em sendo o caso, notificados à OMS. Uma vez feita a notificação, caberá ao Diretor-Geral da Organização o poder de decisão para declarar ou não a ocorrência de ESPII (arts. 12.3 e 12.4), que só será encerrada mediante nova declaração (12.5). Declarada a emergência, devem ser acionadas as *capacidades* de vigilância e resposta dos sistemas de saúde de cada país, que devem estar aptos a (Anexo 1): detectar eventos com padrões de morbimortalidade desviantes e repassar eficazmente informações sobre eles aos órgãos internos competentes e à OMS; garantir que as *capacidades* estejam implementadas em todo o território e; “estabelecer, operar e manter um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública”.

No Brasil a adesão ao RSI teve grande relevância na conformação do regulamento jurídico nacional de resposta a emergências, evidenciando a “permeabilidade” do ordenamento sanitário em relação à regulação internacional (Ventura, 2013, p. 103). A definição de emergência de saúde pública, os fluxos e os critérios para a sua declaração foram quase integralmente replicados nas normas nacionais. Reproduziu-se, também, a lógica de regulamentação em termos abstratos, com maior foco na distribuição de competências do que na determinação de políticas específicas. Ainda, a importância atribuída ao fortalecimento das *capacidades* sistêmicas foi determinante para a reestruturação dos serviços de vigilância epidemiológica, tendo resultado em fortalecimento de estruturas de monitoramento, criação de órgãos especialmente designados para acompanhar e planejar respostas a potenciais emergências e adoção de fluxos fixos de monitoramento e notificação de doenças infecciosas (Carmo, Penna e Oliveira, 2008; Costa e Merchan-Hamann, 2016).

1.3 As emergências de saúde pública no ordenamento brasileiro

1.3.1 Regimes constitucionais de emergência e poderes emergenciais pontuais

O ordenamento jurídico brasileiro contempla grande variedade de poderes emergenciais, tanto gerais quanto especificamente sanitários, que estão pulverizados ao longo de múltiplos atos normativos, fragmentados e não necessariamente relacionados entre si. A composição destes diferentes poderes e prerrogativas constitui o ponto de partida para a criação e articulação de novas normas no contexto de emergência, estabelecendo princípios gerais a serem observados durante a excepcionalidade. Com isso, asseguram alguma previsibilidade e garantem que a acomodação legislativa preserve, no maior grau possível, as disposições ordinárias.

O Brasil é uma república federativa constitucional e, enquanto tal, tem por norma fundamental a Constituição Federal (CF), que estabelece os princípios e regras que regem o sentido e estabelecem o limite das normas infraconstitucionais. Caso não estejam de acordo com a Constituição, tais normas serão inválidas e não poderão gerar efeitos (Kelsen, 1999). Por este motivo, ainda que os poderes excepcionais permitam derrogações distintas daquelas expressamente previstas no texto constitucional, elas devem ser necessariamente compatíveis com os seus limites.

Na Constituição, são previstos tanto regimes constitucionais excepcionais quanto poderes excepcionais pontuais. Sob a primeira modalidade, encontram-se os instrumentos de estado de defesa e estado de sítio (arts. 136 e 137), que permitem a suspensão parcial de garantias e liberdades fundamentais, dentre outras normas constitucionais, em determinadas circunstâncias que representem ameaças à ordem institucional. Sob a segunda modalidade, encontram-se uma série de previsões que permitem a flexibilização temporária de normas administrativas: possibilidade de intervenção estatal unilateral na propriedade privada em casos de “imminente perigo público” (art. 5º, XXV); autorização de emissão de créditos orçamentários extraordinários em situações de calamidade pública (art. 167, §3º), e; afastamento das regras de contratação de pessoal na administração pública, permitindo contratações por tempo determinado em regime simplificado (art. 37, IX).

Uma das principais diferenças entre estas duas formas de acomodação constitucional está no nível de derrogação do ordenamento decorrente da aplicação de cada uma delas. Os regimes constitucionais, quando acionados, estabelecem um

regulamento jurídico que permite o afastamento de garantias fundamentais de liberdade e cidadania, definidoras do próprio regime democrático, nos termos do preâmbulo e do art. 1º da CF. Os poderes pontuais, por outro lado, ocasionam derrogação apenas parcial, recaindo principalmente sobre normas que regem o funcionamento administrativo do Estado. Direitos e garantias fundamentais são, neste caso, afetados apenas tangencialmente – como, por exemplo, no caso do poder de requisição administrativa de propriedade e serviços privados mediante indenização. Essa diferença denota a existência de hierarquia entre os tipos de excepcionalidade aos quais cada uma das formas de acomodação se aplica:

Pode também ser o caso de classificações constitucionais estabelecerem uma ordem hierárquica entre as possíveis declarações de emergência. Embora cada declaração possa ser feita no contexto de uma ampla variedade de perigos e ameaças, os poderes disponíveis ao Poder Executivo aumentam e a proteção de direitos individuais e liberdades civis diminuem conforme se sobe na escada [de gravidade] da emergência. (Gross e Aoláin, 2006, p. 45, tradução livre)

A despeito de haver, neste sentido, diferenciação valorativa entre as situações às quais se aplicam cada modalidade de poder excepcional, não há tipificação que as distinga claramente. À exceção da previsão de declaração de estado de sítio em caso de guerra ou de agressão armada estrangeira (art. 137, II), circunstâncias bem definidas, as demais hipóteses de aplicação dos instrumentos constitucionais excepcionais são enunciadas em termos vagos: são feitas referências a “calamidade” (art. 136, caput; art. 167, §3º), “comoção grave” (art. 137, caput), “iminente perigo público” (art. 5º, XXV) e “necessidade temporária excepcional” (art. 37, IX).

Esta indefinição das circunstâncias autorizadoras cria a necessidade de que, para a maior parte dos poderes emergenciais, haja algum tipo de chancela prévia à sua aplicação. Para a declaração de estado de defesa ou de sítio, é necessária a autorização prévia do Congresso Nacional. A contratação emergencial por tempo determinado pode apenas ser feita em situações fáticas específicas, enumeradas no art. 2º na Lei nº 8.745/1993, caracterizadas como “necessidade[s] temporária[s] de excepcional interesse público”. Por fim, a abertura unilateral de crédito extraordinário pelo Poder Executivo é condicionada ao reconhecimento prévio da situação de calamidade pelo Congresso Nacional (art. 65). Há discricionariedade do poder executor apenas no caso da requisição de propriedade privada, já que não há regulamentação

infraconstitucional a respeito do que caracterizaria a condição de “imminente perigo público”.

A abstração generalizada que condiciona a aplicação de poderes emergenciais permite que diversos deles sejam acionados em casos de emergências de saúde pública. Contudo, a natureza não-violenta das crises sanitárias, somada à particularidade de que atos administrativos compõem a maior parte das normas no direito sanitário brasileiro (Aith, 2017, p. 100), fazem dos poderes pontuais respostas mais adequadas a elas. De fato, até a finalização deste trabalho, os instrumentos do estado de defesa ou de sítio nunca haviam sido invocados em resposta a emergências de saúde pública, prevalecendo o acionamento de poderes pontuais e outras estruturas excepcionais de resposta previstas no ordenamento sanitário (Carmo, Penna e Oliveira, 2008; Romero e Delduque, 2017; Costa e Merchan-Hamann, 2016; Ventura, 2016).

1.3.2 Emergências antes do SUS: as infrações sanitárias e a Lei de Vigilância Epidemiológica

O direito sanitário regula, por definição, dois temas principais: a redução de riscos e a organização de serviços de saúde (Aith, 2007, p. 127-141), ambos essenciais para responder eficazmente a emergências de saúde pública. No âmbito da redução de riscos, a possibilidade de atuação excepcional é determinante para que, por exemplo, sejam decretadas medidas que mitiguem a disseminação de doenças infecciosas. A estruturação ordinária do sistema de saúde e as suas possibilidades de adaptação excepcional, por sua vez, são determinantes para garantir *capacidades* estruturais de resposta às emergências. Assim, consideraremos nesta reconstrução da sistemática emergencial jurídico-sanitária, além de poderes emergenciais, algumas normas ordinárias.

O ordenamento sanitário brasileiro vigente, apesar de ter seus fundamentos na Constituição Federal de 1988 (CF), incorporou diversas normas anteriores à atual ordem constitucional. Dentre aquelas relacionadas à contenção de riscos de ocorrência de emergências de saúde pública, as previsões mais antigas ainda vigentes, publicadas antes de sequer haver um Ministério da Saúde centralizado, são as dos crimes contra a saúde pública, introduzidos pelo Código Penal de 1940:

Epidemia

Art. 267 - Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos:
(...)

Infração de medida sanitária preventiva

Art. 268 - Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:
(...)

Omissão de notificação de doença

Art. 269 - Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória (...)

Apesar dessa tipificação inicial, o Brasil ainda não tinha, naquele momento, uma estrutura centralizada para o monitoramento e controle dos agravos que poderiam originar potenciais emergências. A organização desses serviços ocorreu apenas em 1975, com a promulgação da Lei de Vigilância Epidemiológica (LVE) (Lei nº 6.259/1975), que estruturou os serviços de vigilância epidemiológica no sistema de saúde, firmando as bases das atividades de prevenção, detecção e controle de doenças infecciosas no país (Teixeira, Costa e Carmo et al., 2018).

Quanto à prevenção, a LVE instituiu o Programa Nacional de Imunizações (PNI), conferindo ao MS o poder de implementar a aplicação obrigatória de vacinas, desde que oferecidas “de modo sistemático e gratuito” (art. 3º). A competência de coordenar a campanha e fornecer apoio (técnico, material e/ou financeiro) aos entes subnacionais é atribuída genericamente ao MS, cabendo às secretarias estaduais e municipais a execução das ações de vacinação (art. 4º, caput e §1º). A participação excepcional do Ministério na execução das ações é admitida em casos de emergência, em caráter supletivo (art. 4º, §2º).

Com relação à detecção, a LVE estabelece a lista de doenças de notificação compulsória (atualmente regulamentada no Anexo V, Capítulo I da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017), que inclui agravos elencados no RSI, doenças endêmicas e, também, o tipo aberto de “agravo[s] inusitado[s] à saúde” (art. 7º, §1º), que abarca doenças emergentes, mesmo antes de terem diagnóstico próprio. As autoridades sanitárias locais, ao receberem notificação de potenciais casos, ficam obrigadas “a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população” (art. 11). Caso confirmada a ocorrência, é também obrigatório que a autoridade sanitária adote, “prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença” (art. 12).

Por fim, quanto ao controle de doenças infecciosas, a LVE não estabelece medidas específicas de controle, mas prevê que pessoas físicas e entidades públicas ou privadas devem sujeitar-se às providências determinadas (art. 13), sob pena de cometerem infração sanitária (art. 14). No geral, o órgão responsável pela coordenação de ações de controle de doenças transmissíveis é o próprio Ministério da Saúde (art. 1º). No desempenho dessa função, o MS é especificamente responsável por ordenar a utilização de recursos médicos e hospitalares, públicos ou privados – podendo, contudo, delegar essa competência às secretarias estaduais de saúde (art. 1º, p. ú.).

Pouco tempo após a promulgação da LVE, foi editado o Decreto nº 78.231/1976, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) no âmbito do MS. Organizado na forma de uma rede de serviços e equipamentos verticalmente articulados, ao SNVE são atribuídas as funções de: coleta de informações necessárias ao controle de doenças; diagnóstico de doenças de notificação compulsória; averiguação da disseminação de doenças notificadas; determinação da população sob risco de disseminação, e; proposição e execução de medidas de controle (art. 5º, incisos).

A Lei nº 6.437/1977, promulgada pouco depois da LVE e da subsequente estruturação do SNVE, tipificou as infrações sanitárias e as penalidades a elas aplicáveis. Dentre as infrações especificamente relacionadas a potenciais emergências de saúde pública de natureza infecciosa, estão (art. 10, incisos): deixar de observar a notificação obrigatória de doenças; impedir ou dificultar medidas de controle de doenças transmissíveis; “deixar de executar, dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação”, e; oposição “à exigência de provas imunológicas ou à sua execução pelas autoridades sanitárias.

Consideradas em conjunto, as normas até aqui discutidas introduziram no ordenamento brasileiro as principais garantias do princípio da segurança sanitária (Aith, 2007, p. 229-255) quanto a eventos epidemiológicos e, com isso, estabeleceram as bases da sistemática emergencial jurídico-sanitária. Com a criação do Sistema Único de Saúde, as competências e algumas das estruturas prévias foram reestruturadas, mas inovações por elas introduzidas, como a notificação compulsória

e o PNI, seguem sendo aspectos centrais da prevenção, controle e resposta a emergências no Brasil.

1.3.3 Emergências no ordenamento atual: a Constituição, o SUS e a regulamentação das emergências de saúde pública

Em 1988, a partir do reestabelecimento da ordem democrática, a Constituição Federal fixou novas bases para a atuação excepcional do Estado brasileiro em casos de emergências. Além da reformulação dos regimes constitucionais de emergência e da criação de novos poderes emergenciais, já discutidos, com a criação do SUS, foram introduzidas no ordenamento diversas novas disposições especificamente aplicáveis a emergências de saúde pública.

A CF formalizou, em seu art. 200, a atribuição do sistema público de saúde para “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica”, conjuntamente com a previsão, no art. 21, XVIII, de que cabe à União o planejamento e promoção de defesa permanente contra calamidades públicas. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8.080/1990), por sua vez, introduziu nova divisão de competências relacionadas às ações de vigilância epidemiológica: a coordenação do SNVE passou a ser compartilhada entre União e Estados e, a execução, entre Estados e Municípios (arts. 16 e 17), admitida, em circunstâncias “de agravos inusitados à saúde (...) que representem risco de disseminação nacional” (art. 16, p. ú.), a participação excepcional da União.

Além de reestruturar as ações de vigilância em saúde, a LOS introduziu, ainda, disposições especificamente relacionadas a potenciais emergências de saúde pública. O art. 15, XIII prevê a possibilidade de requisição de bens e serviços privados em situações de emergência, replicando as disposições constitucionais no mesmo sentido. O art. 36, §2º permite que sejam feitos repasses excepcionais, não previstos no orçamento ou no planejamento de saúde, em casos de “situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde” (art. 36, §2º).

A partir da aprovação do RSI de 2005, foi publicada uma nova leva de normas voltadas à adaptação do ordenamento e do sistema de saúde brasileiros às exigências do tratado. Ainda em 2005, a Portaria nº 30 da Secretaria de Vigilância em Saúde

(SVS) do Ministério da Saúde criou o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), uma estrutura voltada à coleta e monitoramento de dados potencialmente relacionados a emergências epidemiológicas e ao desenvolvimento de estratégias de controle e resposta (art. 2º, incisos). O modelo foi replicado pelos governos estaduais, com a implementação de Centros próprios em cada uma das capitais do país, que passaram a constituir a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs) (Carmo, Penna e Oliveira, 2008). Concomitantemente ao esforço de expandir as capacidades de vigilância epidemiológica, operava-se a reformulação das políticas de vigilância em saúde como um todo, processo que culminou, em 2006, na substituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) (Teixeira, Costa e Carmo et al., 2018).

Já em um contexto de capacidades sistêmicas de vigilância mais desenvolvidas, foi publicada, em 2010, a Portaria MS nº 2.472, que introduziu no ordenamento a terminologia do RSI (ponto em que foi, posteriormente, substituída pelo Decreto nº 7.616/2011, a ser apresentado adiante) e adaptou algumas das políticas de notificação vigentes. Poucos meses depois, foi publicado o Decreto (sem número) de 6 de dezembro de 2010, que instituiu o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), composto por diversos Ministérios e agências governamentais, muitos dos quais não exclusivamente relacionados à área da saúde. As competências originais atribuídas ao Grupo no momento da sua criação eram as de acompanhar e promover medidas de detecção e prevenção de emergências de saúde pública e de acompanhar e propor medidas de resposta em caso de sua ocorrência. Contudo, em janeiro de 2020, foi publicado o Decreto nº 10.211, que revogou o texto antigo e manteve sob sua responsabilidade apenas as ações relacionadas imediatamente ao desenrolar da emergência, retirando da sua alçada ações de monitoramento ou prevenção.

Em 2011, seis anos após a aprovação do RSI, foi publicado o Decreto nº 7.616, que introduziu no ordenamento brasileiro a figura jurídica das Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional, definidas como “situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e

agravos à saúde pública” (art. 2º), que podem ser de natureza epidemiológica, de desastres ou de desassistência à população (art. 3º).

Encaixam-se na definição de situações epidemiológicas os surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional e que: sejam produzidos por agentes infecciosos desconhecidos; representem reintrodução de doença erradicada; tenham gravidade elevada, e/ou; extrapolem a capacidade de resposta das direções local e regional do SUS (art. 3º, §1º). Os desastres são situações de “emergência” ou de “calamidade pública”⁸, assim reconhecidas pelo Poder Executivo, que impliquem necessidade de atuação direta na área da saúde (art. 3º, §2º). Situações de desassistência, por fim, são aquelas que colocam em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento de saúde, extrapolando as possibilidades de resposta das direções local e regional do SUS (art. 3º, §3º). Note-se que, apesar da similaridade ao conceito de ESPIN adotado pela OMS, a norma expande a sua definição para abarcar, além de circunstâncias exógenas ao sistema de saúde, também situações endógenas a ele.

A declaração de ocorrência de ESPIN é atribuição pessoal do Ministro da Saúde para emergências de quaisquer naturezas (art. 4º, caput), mas os procedimentos de declaração variam de acordo com as circunstâncias fáticas. Apenas no caso de emergências de natureza epidemiológica a declaração pode ser feita de forma unilateral e não provocada; nos demais casos, deve ser precedida por solicitações ou declarações prévias dos entes subnacionais (arts. 5º a 7º). A depender da intensidade da situação emergencial, contudo, os requisitos formais da declaração de ESPIN podem ser afastados (art. 8º).

O ato declaratório deve delimitar a circunscrição territorial sobre a qual recairá, as “diretrizes e medidas que nortearão o desenvolvimento das ações voltadas à solução” e a designação de um representante do Ministério da Saúde responsável por coordenar as respostas à emergência (art. 10, incisos). Na prática, a figura do

⁸ Conceitos regidos, neste caso, pelas regras do Sistema Nacional de Defesa Civil, em que situações de “emergência” ou de “calamidade pública” se referem à ocorrência de desastres que afetem a capacidade de resposta do poder público, distinguindo-se de acordo com o grau de interrupção causada (definições originalmente estabelecidas no art. 2º do Decreto nº 7.257/2010, recentemente revogado pelo art. 44 do Decreto nº 10.593/2020, mas cuja redação foi integralmente mantida).

representante do Ministério da Saúde nas ESPINs foi incorporada à organização da pasta sob a estrutura do chamado Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes).

Antes da pandemia de COVID-19, o Coes não era previsto em normas jurídicas, mas era mencionado no Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde de 2014, que atribuía a ele as mesmas funções de coordenação e articulação de respostas a emergências elencadas no art. 10 do Decreto nº 7.616/2011 (Brasil, 2014, p. 14-16 e 21-22). Segundo este documento, o Coes é uma estrutura organizada na forma de um sistema de coordenação que envolve todos “os setores que podem estar envolvidos em uma emergência de saúde pública” no âmbito do MS (ibid., p. 19), podendo ser ativada a qualquer momento por decisão do Secretário de Vigilância em Saúde.

Apesar de a coordenação de fato da resposta a emergências ficar a cargo do Coes, os poderes emergenciais previstos no Decreto nº 7.616 são especificamente conferidos ao Ministro da Saúde. Enquanto durar a emergência, o MS pode requisitar administrativamente bens e serviços de pessoas privadas, contratar excepcionalmente profissionais de saúde por tempo determinado e convocar a Força Nacional do SUS (FN-SUS) (art. 11). As duas primeiras prerrogativas replicam os poderes emergenciais já previstos na própria Constituição; a possibilidade de mobilização da FN-SUS, por outro lado, é específica ao sistema de saúde.

A FN-SUS é definida, no art. 12 do Decreto nº 7.616, como um “programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão” a emergências de saúde pública. O seu principal objetivo é o de garantir a disponibilidade e a coordenação de um contingente de profissionais para mobilização imediata em casos de emergência. Os profissionais que compõem a FN-SUS podem ser funcionários públicos que trabalhem no SUS ou no MS, profissionais contratados especificamente para enfrentar a emergência ou voluntários (art. 15). A Portaria nº 2.952/2011, incorporada à Portaria de Consolidação MS nº 1/2017, detalha o funcionamento da FN-SUS, introduzindo uma graduação de diferentes níveis de resposta, a depender da natureza e da gravidade da emergência. Segundo essa escala, a resposta da FN-SUS pode compreender desde o apoio técnico e orientação à distância

até o efetivo destacamento de contingente para atuação direta na circunscrição da emergência, com mobilização de recursos extraordinários e construção de hospitais de campanha (art. 33).

Nos anos seguintes à introdução da figura da ESPIN no ordenamento nacional, algumas normas residuais foram editadas para consolidar e regulamentar pontos em aberto. A Portaria nº 1.378/2013 do Ministério da Saúde, incorporada pela Portaria de Consolidação MS nº 4/2017, atribui à Secretaria de Vigilância em Saúde a competência de “coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional” (art. 6º, IX do Anexo III da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017). A Portaria de Consolidação MS nº 6/2017, por sua vez, consolidou diversas normas sobre o financiamento do sistema de saúde em casos de emergência: permissão para que repasses ordinários sejam extraordinariamente acrescidos (art. 8º); determinação de que a SVS mantenha uma reserva estratégica para financiamento federal do enfrentamento de emergências epidemiológicas, no valor de 5% dos recursos repassados anualmente para a vigilância em saúde (art. 441, proveniente da Portaria MS nº 1.378/2013), e; permissão para que pessoas físicas responsáveis por ações de investigação de “surto, epidemias e outras emergências” sejam remuneradas em dinheiro vivo, caso necessário, de forma a agilizar a execução de trabalhos emergenciais (arts. 1.131 a 1.139, provenientes da Portaria MS nº 2.707/2011).

Por fim, no âmbito específico da vigilância sanitária, em 2008 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 81 já previa a possibilidade de flexibilização de trâmites e fluxos de importação de produtos de saúde “em situações de contexto epidemiológico internacional emergencial” (Seção XI, Procedimento 7). Posteriormente, a RDC nº 203/2017 expandiu essas flexibilizações, passando a prever a possibilidade de importação de produtos de saúde sem registro prévio para uso no sistema público em casos excepcionais, dentre os quais, ESPINs e ESPIIs. Em 2019, na condição de responsável pelo controle sanitário de fronteiras, o órgão aprovou a internalização de uma resolução do Mercosul sobre os requisitos mínimos para elaboração de planos de controle de pontos de entrada em contextos de emergências de saúde pública (RDC nº 307/2019).

1.3.4 Caracterização do regulamento jurídico das emergências no Brasil

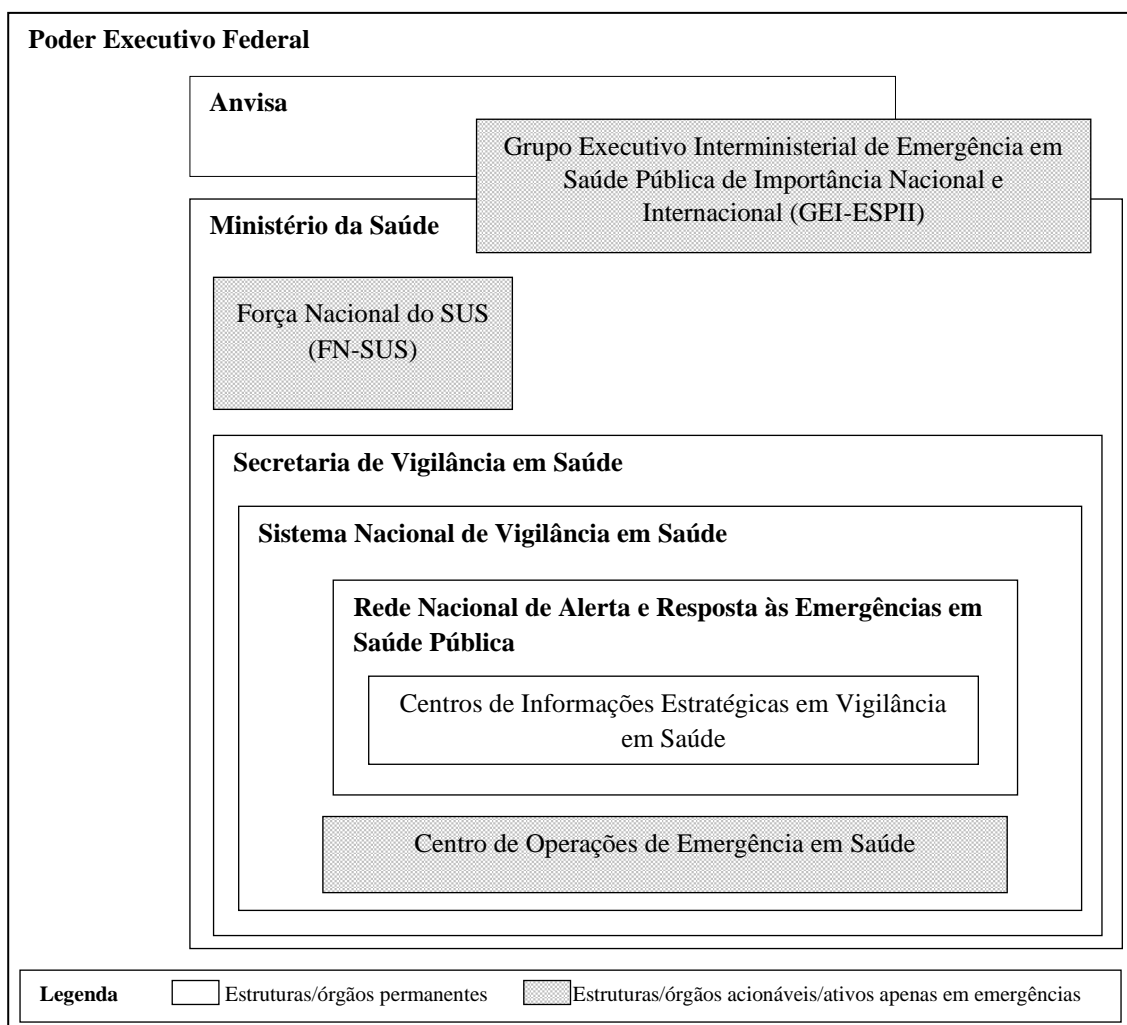
A articulação das normas até aqui descritas constitui um regulamento jurídico próprio de resposta a emergências de saúde pública no ordenamento brasileiro, sumarizada nas Figuras 1 a 3.

Figura 1 – Poderes e prerrogativas acionáveis em emergências de saúde pública previstos no ordenamento federal – Brasil, janeiro de 2020

<p>Constituição federal</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervenção em propriedade privada- Contratação por tempo determinado- Abertura unilateral de crédito extraordinário pelo Executivo
<p>Legislação infraconstitucional</p> <ul style="list-style-type: none">- Abertura unilateral de crédito extraordinário pelo Executivo- Contratação por tempo determinado- Sanções penais
<p>Ordenamento sanitário (infraconstitucional ou infralegal)</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervenção em propriedade privada- Contratação por tempo determinado- Alocação/remanejamento extraordinários de recursos financeiros- Convocação da Força Nacional do SUS- Sanções administrativas- Flexibilização de requisitos e de trâmites de importação de produtos

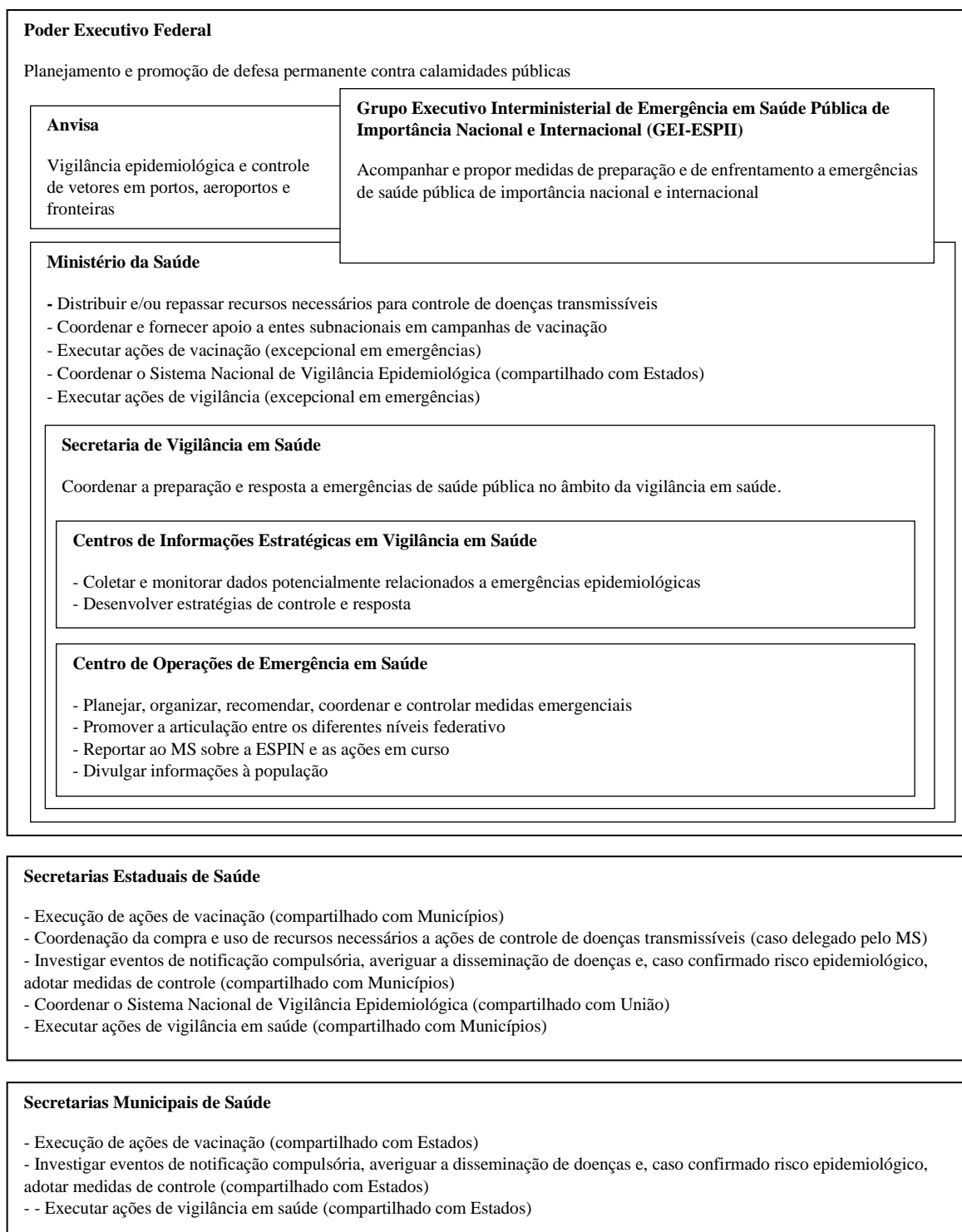
Fonte: Código Penal, Constituição Federal, Decreto nº 7.616/2011, Lei nº 6.437/1977, Lei nº 8.745/1993, Lei nº 6.259/1975, Lei nº 8.080/1990, Lei nº 9.782/1999, Lei Complementar nº 101/2000, Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, RDC nº 81/2008 e 203/2017 da Anvisa. Elaboração própria.

Figura 2 – Órgãos e estruturas do Poder Executivo Federal relacionados ao enfrentamento de emergências de saúde pública – Brasil, janeiro de 2020



Fonte: Carmo (2009), Brasil (2014), Teixeira, Costa e Carmo et al. (2018), Lei nº 9.782/1999, Decreto nº 7.616/2011 e Decreto nº 10.211/2020. Elaboração própria.

Figura 3 – Competências relacionadas ao enfrentamento de emergências de saúde pública previstas no ordenamento federal – Brasil, janeiro de 2020



Fonte: Constituição Federal; Decreto nº 7.616/2011; Decreto nº 10.211/2020; Lei nº 6.259/1975; Lei nº 8.080/1990; Lei nº 9.782/1999; Portaria MS nº 1.378/2013; Portaria SVS/MS nº 30/2005. Elaboração própria.

Relativamente aos poderes e prerrogativas emergenciais, um primeiro ponto a ser notado é a sua articulação transversal. Poderes pontuais previstos na Constituição Federal são parcial ou totalmente replicados no ordenamento sanitário infraconstitucional ou infralegal. Há, dessa perspectiva, uma transição coerente entre os modelos de acomodação constitucional e legislativa, com a adaptação dos instrumentos constitucionais excepcionais às circunstâncias específicas das emergências de saúde pública.

Em sentido similar, foi feita a escolha de conciliar, na ocorrência de emergências, o acionamento de estruturas ordinárias, a exemplo do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, e a derrogação temporária de algumas das demais disposições rotineiras. Não é adequado falar, nesse sentido, em um modelo de derrogação total do ordenamento. Ainda que admita a incorporação de novas estruturas, o modelo emergencial é centrado especialmente na introdução de novas formas de articulação das estruturas e normas pré-existentes no contexto da excepcionalidade.

Apesar do caráter inerentemente conservador dos poderes excepcionais, os agentes e órgãos responsáveis pelo enfrentamento da emergência mantêm significativa margem de atuação para determinar a implementação de medidas emergenciais. As normas apenas alocam competências e prerrogativas de forma abstrata, sem quaisquer prescrições acerca da forma como ou das circunstâncias em que devem ser empregadas. Esta escolha abre grande margem para a acomodação pela via da “legislação especial de emergência” (Gross e Aoláin, 2006, p. 67), pela qual são criadas tantas novas normas quanto necessárias, suplementares ou em substituição às disposições ordinárias, para lidar com as exigências particulares da circunstância.

No contexto de eclosão de uma ESPIN no Brasil, articulam-se, então, dois conjuntos distintos de normas: aquelas prévias à emergência, voltadas a disciplinar o proceder excepcional da administração pública em situações emergenciais em geral, e; aquelas criadas no contexto da emergência de fato, destinadas inicialmente apenas a mitigar a situação para a qual foram criadas e, por isso, de natureza idealmente temporária. Trata-se de um modelo de acomodação que, apesar de monista, já que concilia normas ordinárias com a excepcionalidade (Ferejohn e Pasquino, 2004), abre um espaço significativo para a inovação.

Este potencial de inovação normativa é especialmente significativo ao se considerar a particularidade do Direito Sanitário brasileiro, em que prevalecem os atos normativos infralegais (especialmente Portarias e Resoluções), publicados unilateralmente pelo Poder Executivo (Aith, 2017, p. 100). No próprio reconhecimento da ocorrência de uma ESPIN, por exemplo, o Ministro da Saúde é o responsável tanto por declará-la quanto por executar as medidas excepcionais a partir de então autorizadas. Este arranjo acaba por favorecer um protagonismo *sui generis* do Poder Executivo na produção normativa, exacerbado em situações de emergência.

1.3.5 Adequação, pertinência e eficácia do regulamento jurídico de emergências

A literatura que trata da preparação legal para enfrentamento de emergências de saúde pública apresenta alguns consensos sobre quais são os elementos regulatórios mínimos necessários para garantir capacidades adequadas de resposta a nível nacional⁹: (i) a coordenação de autoridades, tanto horizontalmente (coordenação intersetorial) quanto verticalmente (coordenação federativa); (ii) a regulamentação de poderes emergenciais, especialmente quanto à proteção de direitos e liberdades fundamentais, e; (iii) a garantia de recursos ordinários e extraordinários para financiamento de medidas e sistemas de prevenção e resposta (Moulton, Gottfried e Goodman et al., 2003; De Ville, 2007; Matthews, Abbott e Hoffman et al., 2007; Kamoie, Pestronk e Baldrige et al.; 2008; Jacobson, Wasserman e Botosaneanu et al., 2012). É possível, a partir destes grandes temas e da caracterização do regulamento jurídico emergencial brasileiro, fazer alguns apontamentos sobre o estado geral de

⁹ Importa fazer uma ressalva, neste ponto, sobre a literatura referenciada. Grande parte dos autores citados são norte-americanos e filiam-se, mesmo quando não expressamente, a noções securitizantes (Nunes, 2012, 2018) de saúde. Além de estar relacionada ao momento político em que as referências foram escritas, trata-se de uma abordagem diretamente decorrente da organização político-jurídica norte-americana, em que a saúde pública é conceituada, primordialmente, como uma questão de segurança nacional (Gostin e Wiley, 2016, p. 394; Katz e Banaski, 2019). No caso do Brasil, por outro lado, a responsabilidade do Estado em garantir a saúde dos cidadãos deriva da sua construção enquanto direito fundamental, relacionada à garantia da dignidade humana (Aith, 2007). Estas diferentes abordagens implicam concepções valorativas distintas a respeito de como o Estado deve agir em resposta a emergências de saúde pública. Por este motivo, as recomendações aqui tomadas como referência não são e não devem ser consideradas enquanto padrões objetivos para a organização de sistemas de saúde, mas apenas como referenciais utilizados para fazer contraponto à ao regulamento adotado no ordenamento brasileiro.

preparação regulatória do Brasil para lidar com grandes epidemias ou pandemias antes da eclosão da COVID-19.

Sob o ponto (i), quanto à coordenação interfederativa, o ordenamento estabelece algumas hipóteses claras de (re)organização das competências em situações de emergência. O Decreto nº 7.616/2011 fixa explicitamente a competência do Ministério da Saúde para coordenar as estratégias de resposta a ESPINs. Há, também, uma série de previsões que admitem a possibilidade de compartilhamento de competências para contemplar necessidades extraordinárias, como no caso dos dispositivos que admitem que a União participe na implementação de ações de saúde cuja execução era originalmente reservada aos entes subnacionais. Apesar desta clareza regulatória, contudo, o ordenamento parte de um pressuposto de solidariedade entre os entes federados, sem estabelecer obrigação de cooperação de fato entre eles. Em situações de desalinhamento entre os Poderes Executivos dos diferentes entes subnacionais, como no caso da pandemia de COVID-19, esse vácuo abre espaço para disputas sobre competências.

Em relação à coordenação intersetorial, de outro lado, a regulação é menos clara. Verifica-se uma grande pulverização de normas acionáveis em contexto emergenciais, com diferenças relevantes nas tipologias e diretrizes adotadas, a depender do setor de que se trata. Um exemplo disso é a discrepância entre as definições de emergência de saúde pública adotadas no âmbito do SUS (Decreto nº 7.616/2011) e do Sistema Nacional de Defesa Civil (Decreto nº 7.257/2010) (cf. NR 10, p. 23). Não há, tampouco, previsões sobre como devem se articular os diferentes órgãos do governo federal. Para efeitos de comparação, outros países contam com planos emergenciais de integração entre os diferentes órgãos governamentais (Matthews, Abbott e Hoffman et al., 2007) e adotam abordagens menos fracionadas, com normas e definições gerais, aplicáveis a toda a administração pública (Kamoie, Pestronk e Baldrige et al., 2008).

Ainda, cumpre notar que, apesar de o Brasil contar com um Sistema Único de Saúde, com comando centralizado, o que favoreceria, em tese, a articulação intrasetorial, o setor da saúde suplementar não conta com regramentos específicos de emergência. O ordenamento prevê possibilidades de intervenção na e requisição de

propriedade privada, mas não são regulamentadas quaisquer formas de cooperação com o setor público.

A fragmentação é particularmente acentuada no caso da vigilância em saúde. A construção histórica dos serviços de vigilância e a manutenção da previsão deu origem a estruturas diferentes para tratar dos temas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, que são tratadas separadamente no artigo 200 da Constituição e na LOS. Este arranjo acaba levando a, de um lado, competências superpostas na legislação e, de outro, vácuos regulatórios (Aith e Dallari, 2009). Um exemplo deste problema é a superposição de competências entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Anvisa: apesar de a vigilância epidemiológica ser competência da SVS, a Anvisa é especificamente apontada como responsável pelas vigilância epidemiológica e controle de vetores em pontos de entrada no país (ibid, p. 112).

Passando ao ponto (ii), foi possível constatar que, ao passo em que são previstas grande variedade de prerrogativas de flexibilização administrativa abstratas, poucas normas tratam de poderes emergenciais especificamente sanitários. Em diversos níveis do ordenamento, são previstos e reforçados poderes de abertura e alocação extraordinária de recursos, de contratação temporária e de dispensa de licitação. A LVE traz apenas a previsão de que todas as pessoas estarão “sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária” (art. 13), sem, contudo, especificar as medidas aplicáveis, as circunstâncias em que cabíveis, sobre quem poderiam recair, os seus limites ou a possibilidade de responsabilização de agentes que as empregassem erroneamente. Esse vácuo, além de dificultar a implementação de intervenções sanitárias tempestivas (De Ville, 2007), abre espaço para potenciais violações de direitos e liberdades individuais.

Diante disso, alguns autores, antes mesmo da eclosão da pandemia de COVID-19, defendiam a criação de nova regulamentação, que garantisse a proteção de direitos individuais nas respostas a emergências de saúde pública no Brasil (Aith e Dallari, 2009; Ventura, 2013, p. 188; Aith, 2020). Tal posição, contudo, não era unânime: correntes contrárias defendiam que não deveria haver previsão *a priori* de medidas restritivas ou coercitivas, sendo preferível que medidas concretas de

contenção de riscos fossem acordadas e implementadas caso a caso (Teixeira, Costa e Viana et al., 2009).

Em relação ao ponto (iii), as recomendações gerais encontradas na literatura – a garantia de um fluxo de financiamento contínuo, não restrito ao momento da emergência, e a possibilidade de realocação de recursos humanos e financeiros no desenrolar da emergência¹⁰ – estão ambas amparadas no ordenamento (De Ville, 2007; Matthews, Abbott e Hoffman et al., 2007; Barroy, Wang e Pescetto et al., 2020). Quanto à primeira, a Portaria de Consolidação MS nº 6/2017 estabelece a obrigatoriedade da reserva anual de recursos para o enfrentamento de emergências epidemiológicas (art. 441). A permissão de contratação por tempo determinado, as possibilidades de flexibilização orçamentária, seja para facilitar a abertura de recursos ou a sua execução, e a própria FN-SUS são exemplos de instrumentos alinhados à segunda recomendação.

Por fim, cabe um comentário a respeito da forma de regulação aplicável a emergências sanitárias. Fora da esfera constitucional e infraconstitucional, em que poderes e prerrogativas excepcionais são previstos de forma abstrata, aplicáveis a uma série de circunstâncias distintas, as disposições aplicáveis especificamente a emergências de saúde pública são estabelecidas apenas por normas infralegais. O próprio Decreto nº 7.616/2011, que tipifica as ESPINs, é um ato normativo unilateral do Poder Executivo que, enquanto tal, pode ser revogado a qualquer momento. No mesmo sentido, estruturas centrais de resposta às emergências, como o Coes, não estavam sequer previstas em normas positivas. Ainda que se admita que a predominância de normas infralegais seja uma característica do direito sanitário brasileiro, este baixo grau de institucionalização pode representar uma ameaça à sua consolidação no médio e longo prazo no SUS.

Conclusivamente, pode-se dizer que o ordenamento brasileiro articula, ainda que de forma extremamente pulverizada e não exaustiva, uma estrutura de resposta a

¹⁰ MATTHEWS, Gene W.; ABBOTT, Ernest B.; HOFFMAN, Richard E.; *et al.*, 2007, *op. cit.*; DE VILLE, Kenneth, 2007, *op. cit.*; BARROY, Hélène; WANG, Ding; PES CETTO, Claudia; *et al.* **How to budget for Covid-19 response?** A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries. 2020. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/infographics-pdf/health-financing/how-to-budget-for-covid-19-english.pdf?sfvrsn=b653f4ac_2&download=true>.

emergências de saúde pública alinhada com as capacidades mínimas pontuadas na literatura e nas exigências internacionais do RSI. As recomendações relacionadas às capacidades estruturais do sistema (coordenação de autoridades e garantia de recursos para a implementação dos planos de resposta), mesmo que admitam aprimoramento, estão bem estabelecidas. De outro lado, a delimitação dos poderes emergenciais sanitários, apesar de não prevista no ordenamento, pode ser regulamentada circunstancialmente na ocorrência de emergências a partir dos poderes normativos excepcionais, como de fato ocorreu no desenrolar da pandemia de COVID-19. Trata-se, pois, de um regulamento jurídico robusto, caracterizado por bons níveis de preparação e por um modelo de acomodação consideravelmente versátil.

II. MÉTODOLOGIA DE ESTUDO DAS NORMAS EXCEPCIONAIS NO CONTEXTO DA COVID-19

A partir do dia 4 de fevereiro de 2020, quando publicada a Portaria MS nº 188/2020, que declarou a infecção humana pelo SARS-CoV-2 como uma ESPIN, deu-se início a um processo de intensa edição de normas, por diversos órgãos federais, principalmente destinadas a adaptar o aparato administrativo brasileiro às novas necessidades emergenciais (não apenas de saúde) e a mitigar os seus impactos, em um fenômeno de “inflação normativa” (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-a, p. 2) de escala nacional.

Até o final de agosto de 2021, haviam sido publicadas 4.369 novas normas apenas em nível federal (CEPEDISA-USP, 2022). Estas normas, consideradas em conjunto, constituíram o regulamento jurídico a partir do qual a ESPIN foi manejada, especialmente no que diz respeito ao funcionamento da administração pública: ao longo de 2020, mais de 70% de todas as normas excepcionais editadas a nível federal foram publicadas por Ministérios, órgãos administrativos do aparato executivo (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2021).

Fez-se a escolha de delimitar como objeto deste trabalho apenas as normas que tratassem especificamente do tema da saúde. São elas que estabelecem as medidas primordiais para controle da pandemia e que, na medida em que interagem ou alterarem as estruturas ordinárias do sistema, moldam algumas das condições determinantes dos processos de produção de saúde e doença que se dão sob a sua jurisdição (Gostin, Monahan e Kaldor et al., 2019).

As normas relacionadas à saúde representam, também, parcela muito significativa do conjunto de normas excepcionais publicadas a nível federal; até junho de 2021, representaram, no mínimo, 27,7%¹¹ do total. Portanto, seja pela sua relevância em uma emergência que gera, acima de tudo, necessidades excepcionais relacionadas à saúde, seja pelas evidências da sua importância quantitativa, o trabalho buscou mapear as normas excepcionais relacionadas à saúde e categorizá-las segundo

¹¹ Estimativa calculada a partir dos dados coletados no âmbito desta pesquisa, relativos apenas às normas que tratam de saúde, contrastados com o levantamento do número total de normas excepcionais publicadas, trazido em CEPEDISA-USP, 2021-b.

sua relação com as estruturas do sistema de saúde brasileiro e, conseqüentemente, sobre o ordenamento sanitário ordinário.

A coleta das normas foi feita a partir do Diário Oficial da União, analisadas segundo o método da análise documental (Bowen, 2009) e categorizadas a partir de tipologia descritiva, baseada em seu conteúdo e características formais. A opção de trabalhar com todo o universo de normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas durante quase um ano e meio, em contraposição à possibilidade de tratar apenas de normas relacionadas a um tema específico ou de diminuir o recorte temporal da coleta, resultou em um banco de dados extenso. A elaboração de tipos, neste contexto, foi realizada para reduzir a complexidade do objeto e facilitar a sua descrição segundo as variáveis de interesse eleitas (Bailey, 1994).

Este capítulo detalha a metodologia utilizada nas etapas de coleta e classificação.

2.1 Fontes de dados e seleção das normas

A ausência de repositórios oficiais do governo federal que compilhassem todas as normas relacionadas à emergência de saúde pública da COVID-19¹² criou a

¹² Entre junho (mês em que iniciado o presente estudo) e outubro de 2020, a Imprensa Nacional manteve uma página, em seu sítio virtual, em que eram compiladas normas relacionadas à pandemia de COVID-19, publicadas a partir de fevereiro do mesmo ano (previamente disponível em: <https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao/relacionados-ao-coronavirus>). Contudo, no dia 18 de outubro, a autora enviou ao órgão um pedido de acesso à informação (manifestação nº 00108.000331/2020-01 no Portal Fala.BR da Controladoria Geral da União) inquirindo sobre os critérios e filtros utilizados para a inserção ou não de normas na compilação considerada. Pouco tempo depois, em data imprecisa, o repositório foi tirado do ar, e a pergunta original sobre o critério de inclusão das normas sequer chegou a ser respondida, sob a alegação de que a área técnica responsável pelo repositório, “quando procedeu o trâmites [sic] de encerramento do Link não realizou o depósito histórico dos filtros utilizados na programação (...) prejudicado o resgate histórico de toda a programação para atender a essa informação”. A autora registrou, no dia 11 de novembro de 2020, um segundo pedido de informações (manifestação nº 00108.000402/2020-68) questionando sobre os motivos para a retirada do repositório do ar. Na resposta, a Secretaria-Geral da Presidência da República alegou, em resumo, que a competência de compilação das normas relacionadas à pandemia teria sido transferidas à Presidência e que, diante disso, “não seria razoável que ambas as unidades [Imprensa Nacional e Presidência] continuassem a fazer o mesmo trabalho”. Questionados, no mesmo procedimento, sobre o ato normativo em que a transferência de competências teria sido oficializada, a área informou que “Não houve ato normativo transferindo a competência de publicação de normas para a Presidência da República”. Não foram, tampouco, fornecidas justificativas para a decisão de reorganização das competências. Capturas de tela do antigo repositório datadas de 20 de outubro de 2020, última data de registros contidos no repositório Internet Archive, podem ser consultadas no seguinte endereço:

necessidade de que, para a identificação do objeto empírico do estudo proposto, fosse elaborada uma metodologia específica de coleta e organização das normas de interesse do trabalho.

A escolha pelo recorte apenas sobre a esfera federal se justifica pela sua grande relevância quantitativa e qualitativa. O grande volume de normas editadas em âmbito nacional, somado às limitações materiais e inerentes a um projeto de mestrado, impediram abordagem mais abrangente. Ademais, nos termos do art. 24, XII e §1º da Constituição Federal, apesar de a competência legislativa sobre saúde ser compartilhada entre todos os entes federativos, cabe às normas federais o estabelecimento de regras gerais.

A busca pelas normas foi feita na base de publicações da Seção 1 do Diário Oficial da União, disponível no Portal Brasileiro de Dados Abertos da União¹³, a partir do uso dos parâmetros de busca: “covid”, “coronavírus”, “pandemia”, “sars” ou “emergência”. Foram coletadas normas publicadas desde o início de fevereiro de 2020, quando foi declarada a ESPIN, até o final de junho de 2021. O recorte temporal se justifica pela limitação de tempo e recursos para a continuidade de coleta durante todo o período de realização do estudo.

Resultaram, da aplicação destes parâmetros de busca, 6.432 arquivos resultantes¹⁴, cujas ementas foram todas lidas para a primeira fase de seleção. As normas cujas ementas indicassem pertinência com relação ao objeto do estudo ou não fossem conclusivas foram submetidas a uma segunda fase de leitura integral. Na segunda fase de seleção, foram avaliados três aspectos: a relação explícita entre a norma e a pandemia de covid-19; eficácia *erga omnes*, e; a relação com o tema da saúde. As normas que preenchessem os três critérios foram incluídas no estudo.

<<https://web.archive.org/web/20201020174449/https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao/relacionados-ao-coronavirus>>. Acesso em 11 de setembro de 2021.

¹³ Disponível em: <<https://dados.gov.br/organization/imprensa-nacional-in>>. Acesso em 20 maio 2021.

¹⁴ Aqui, falamos em “arquivos”, e não em normas, pois a base de dados aberta do Diário Oficial da União disponibiliza arquivos de texto no formato .xml. Nos casos de normas muito extensas, a publicação é dividida, por motivos desconhecidos, em mais de um arquivo. Assim, deve-se ter em conta que o número total de normas resultantes da pesquisa foi ligeiramente menor do que os 6.432 registros encontrados na busca.

Foram abarcadas na coleta apenas as normas com efeito vinculante, eficácia nacional e interesse geral, tendo sido descartadas, conseqüentemente, normas: que tratassem de medidas não relacionadas à saúde¹⁵; sem conteúdo vinculante (e.g., normas recomendatórias ou publicadas por órgãos meramente consultivos, como conselhos participativos), ou; com eficácia limitada a um determinado grupo de pessoas ou a uma área delimitada (e.g., normas editadas por coordenadorias distritais do Ministério da Saúde, aplicáveis apenas a uma região geográfica determinada; normas editadas por conselhos profissionais, universidades ou institutos de ensino federais; etc.).

Para determinar se as normas coletadas tratavam do tema da saúde, foram considerados os seguintes critérios: foram incluídas todas as normas exaradas pelo Ministério da Saúde e órgãos a si subordinados ou relacionados, e; dentre as demais normas federais, foram incluídas aquelas que envolvessem ou afetassem diretamente o Ministério da Saúde (e.g., permissão para suspensão de aulas presenciais em instituições de ensino federais) e/ou as suas prerrogativas para implementar as medidas excepcionais de saúde necessárias (e.g., liberação de crédito extraordinário para financiamento das medidas emergenciais, flexibilizações nos procedimentos licitatórios para facilitar aquisições e contratações, etc.).

Não foram incluídas normas que, apesar de guardarem relação com a efetividade potencial das medidas excepcionais de saúde, não tivessem como seu tema central a saúde propriamente dita – ou, de outro lado, que não dissessem respeito às prerrogativas do Ministério para implementá-las. Por este critério, não foram coletadas, por exemplo, as normas que implementaram medidas de assistência socioeconômica, como o auxílio emergencial. Essas medidas, por terem impacto sobre determinantes socioeconômicos da saúde (Gonzalez e Barreira, 2020), poderiam ser epistemologicamente inseridas no campo da saúde (seja no campo do direito sanitário, como sugere Aith (2007, p. 135-137) ou no da saúde pública, como sugere a OPAS (2020, p. 73-74)). No entanto, fez-se a escolha por não as incluir na sistematização proposta devido à dificuldade de compreendê-las a partir, unicamente, das perspectivas

¹⁵ Neste ponto, importa notar que, no caso de normas que tenham dispositivos que estabeleçam ou afetem medidas de saúde, mas cujo tema central fosse outro, foram coletados apenas os dispositivos relevantes ao objeto do trabalho.

do direito sanitário ou da organização dos sistemas de saúde – que constituem, conjuntamente, o objeto que se buscou descrever e discutir neste trabalho.

A partir das normas coletadas, foi construído um banco de dados no software Microsoft Excel, que contém 1.117 normas e os respectivos resultados da sua categorização de acordo com a tipologia descritiva desenvolvida. O banco de dados foi replicado nos Apêndices I (todas as normas, exceto de repasse ou de habilitação) e II (apenas normas de alocação publicadas pelo Ministério da Saúde) deste trabalho.

2.2 Tipologia descritiva das normas coletadas

A tipologia construída para categorização das normas coletadas tem natureza descritiva/conceitual, segundo definida por Collier, LaPorte e Seawright (2012), que as concebem como sistemas analíticos de organização de dados que permitem a mensuração de fenômenos sociais (empíricos ou não) com relação a elementos determinados. Tais elementos, individualmente considerados, correspondem às *categorias*¹⁶: “atributo[s] ou característica[s] presente[s] ou ausente[s]” (ibid., Apêndice, p. 3, tradução livre) no fenômeno em estudo. Por designarem uma série de atributos distintos, as *categorias* podem assumir diversos valores. As *dimensões*, por sua vez, são os agrupamentos dessas *categorias* em torno de um conceito elementar por elas mensurado – ainda que nem sempre uma *dimensão* seja composta por múltiplas *categorias*.

A proposta de tipologia foi construída com a intenção de descrever a função pretendida das normas coletadas na organização do sistema de saúde e, reflexamente, ao ordenamento sanitário ordinário. A escolha por tratar conjuntamente as perspectivas do sistema de saúde e do direito sanitário foi baseada na sua intrínseca interdependência: se, de um lado, as duas principais funções do direito sanitário são a mitigação de riscos e a organização de serviços de saúde (Aith, 2007, p. 127), de outro, a construção de um aparato regulatório robusto que promova e garanta a saúde é

¹⁶ Collier, LaPorte e Seawright (2012) usam mais frequentemente, no lugar de *categoria*, o termo *variável*, mas de forma intercambiável.

considerada um elemento central para a adequada gestão de sistemas de saúde (OMS, 2007; OPAS, 2020).

Ademais, a classificação das normas segundo a função no sistema de saúde, em oposição à descrição segundo sua finalidade imediata na emergência, viabiliza a organização da discussão dos achados em torno das *capacidades do sistema*, aproximando o trabalho da categoria utilizada pela própria OMS em seu RSI. Este mesmo referencial – com algumas adaptações, em certos casos – já foi adotado por uma série de trabalhos para analisar respostas até o momento, o que é um forte indicativo da sua utilidade para o desenvolvimento de análises comparativas futuras (Haldane, Foo e Abdalla et al., 2021; Massuda, Malik e Vecina Neto et al., 2021; Bigoni, Malik e Tasca et al, 2022; Or, Gandré e Wharton, 2022; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021).

A seleção dos atributos que compõem a tipologia, direcionada por estas considerações, incorporou elementos indutivamente identificados como pertinentes, tendo em vista o conjunto das normas coletadas, e outros elementos apontados como relevantes na literatura consultada. A partir destes esforços, foram elaboradas as seguintes dimensões:

1) Origem e espécie normativa

Refere-se ao conjunto de informações a respeito da *origem* (compreendida como o órgão responsável pela publicação da norma) e da *espécie* da norma. Tais categorias foram agrupadas por estarem intrinsecamente relacionadas: as espécies normativas que um certo órgão pode editar estão vinculadas à sua competência (e.g., a aprovação e publicação de leis, em sentido formal, são atribuições exclusivas do Congresso Nacional, nos termos do art. 59 da Constituição Federal).

Esta dimensão permite traçar a hierarquia entre as normas que compõem o ordenamento excepcional, de um lado, e a sua capacidade de gerar efeitos, de outro. No ponto da hierarquia, trata-se de informação relevante na medida em que normas de diferentes hierarquias, que tratem do mesmo tema, devem ser compatíveis entre si para que produzam efeitos. No ponto da produção de efeitos, por sua vez, a espécie de cada norma

determinará os ritos da sua revogação – alguns mais morosos e politicamente custosos do que outros (e.g., atos administrativos são unilateralmente revogáveis; leis em sentido formal dependem de votação no Congresso). A espécie da norma, neste sentido, pode ser determinante para a sua permanência por inércia e eventual incorporação no ordenamento ordinário.

2) Vigência da norma

Refere-se ao conjunto de informações relacionadas à capacidade da norma de gerar efeitos no tempo, composta pela combinação das seguintes categorias: *data de publicação*; *prazo*, e; existência de *revogação* expressa ou não.

No mesmo sentido da dimensão anterior, a vigência permite que seja avaliada a potencial duração dos efeitos das normas excepcionais sobre o ordenamento ordinário, uma vez encerrada a emergência. A ausência de definições claras sobre o prazo de normas não revogadas, por exemplo, pode levar à sua incorporação por inércia. Além disso, a vigência também pode revelar a tempestividade das normas excepcionais com relação às necessidades de saúde em resposta às quais foram criadas, quando considerada conjuntamente com a evolução epidemiológica da COVID-19 no Brasil (ver, p. ex., CEPEDISA-USP, 2021-a).

3) Função no sistema de saúde

Refere-se à finalidade primordial a que se refere a norma no esquema organizacional do sistema de saúde. Por designarem o *dever ser*, e não o *ser*, a categorização das normas sob esta dimensão deve ser interpretada como uma aproximação entre o texto normativo e as funções de fato exercidas no sistema de saúde.

O conceito de *função*, nesta dimensão, designa os elementos básicos necessários a um sistema de saúde para que os objetivos fundamentais de promover, restaurar e manter em patamares elevados os níveis de saúde de uma dada população sejam alcançados (OMS, 2007). As categorias foram elaboradas com base na combinação e adaptação ao contexto da pandemia de

COVID-19 dos referenciais das funções essenciais dos sistemas de saúde, da OMS (ibid.), e das funções essenciais da saúde pública, da OPAS (2020)¹⁷. São elas:

- *Gestão*: engloba ações relacionadas ao “papel do governo na saúde, (...) o que envolve supervisionar e guiar o sistema inteiro, tanto privado quanto público, com o objetivo de proteger o interesse público” (ibid., p. 23, tradução livre). Mais especificamente, a noção de gestão está fundamentalmente ligada ao planejamento das ações do sistema e à coordenação dos atores para atingir seus objetivos. Por envolver, nesse sentido, todas as instâncias de tomada de decisão, a noção de gestão é transversal a todas as funções do sistema de saúde (Rajan, Koch e Rohrer et al., 2022), motivo pelo qual foram classificadas como puramente de gestão apenas as normas que não pudessem ser localizadas sob funções mais específicas. A exceção a esse parâmetro foram as normas que criam novos órgãos, que, além de serem classificadas sob a função particular ao qual o órgão está relacionado, foram incluídas também sob a categoria da gestão. Isso porque tais disposições inserem-se em um contexto maior de articulação das autoridades criadas excepcionalmente, noção intrínseca ao conceito de gestão aqui adotado.

- *Financiamento*: engloba ações relacionadas ao financiamento da saúde, considerando seus dois principais condicionantes: arrecadação e alocação de recursos. Por ser uma função por meio da qual as ações de saúde se concretizam, as normas que aloquem recursos para ações específicas serão

¹⁷ A escolha por combinar os dois referenciais se justifica pelo fato de que as funções essenciais dos sistemas de saúde, segundo descritas pela OMS, não abarcam ações, intervenções ou políticas que não envolvam diretamente a prestação de serviços ou cuidados – como, por exemplo, a quarentena ou isolamento obrigatórios. Além disso, o referencial da OMS não define conceitualmente algumas das funções por si sugeridas, mas apenas nomeia os seus principais atributos operacionais. Diante dessas insuficiências, buscou-se, como complementação, o mais recente referencial de funções essenciais de saúde pública da OPAS (2020). Em alguns casos, a combinação dos referenciais se dá na forma de expansão do escopo das funções essenciais de saúde propostas pela OMS e, em outros, a segmentação de ações, apresentadas originalmente pela OMS sob uma única categoria, em mais de uma função. Nem todas as funções descritas pelos referenciais foram incorporadas no trabalho, seja por superposição entre elas, seja por impertinência com relação às normas categorizadas. Por fim, mencione-se que o referencial da OPAS, apesar de não consensual no âmbito da literatura dos sistemas de saúde (OMS, 2018), foi adotado especificamente por ser baseado nos sistemas de saúde do continente americano, comportando maior afinidade com a organização do sistema de saúde brasileiro.

classificadas, subsidiariamente, segundo a função à qual os recursos se destinam.

- *Serviços de assistência à saúde*: engloba as ações relacionadas à prestação de serviços de assistência à saúde, cujo objeto da intervenção direta é o paciente individual (em oposição à coletividade), em todos os níveis de atenção. As normas sob esta categoria serão, adicionalmente, subcategorizadas segundo os níveis de atenção¹⁸ a que se referem as medidas por si implementadas – *primária, secundária, terciária* ou *assistência farmacêutica*.

- *Promoção da saúde coletiva e prevenção*¹⁹ *de agravos*: engloba ações relacionadas à mitigação de riscos de saúde a nível coletivo ou populacional e à promoção de ambientes e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento de melhores condições de saúde. No contexto da pandemia, são exemplos as intervenções não farmacológicas de mitigação do contágio e campanhas de vacinação²⁰. Nesse sentido, mencione-se que algumas medidas, apesar de recaírem essencialmente sobre indivíduos, como a quarentena ou o isolamento obrigatórios, serão classificadas sob esta categoria por se voltarem, essencialmente, à prevenção de agravos a nível coletivo.

- *Produtos e tecnologias de saúde*: engloba ações relacionadas à regulação de e acesso a produtos e tecnologias de saúde em um dado sistema de saúde, inclusive: avaliação de segurança, qualidade e eficácia (concessão

¹⁸ As definições adotadas se baseiam no nível de densidade tecnológica envolvido no atendimento prestado, conforme o Anexo 1 da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, segundo o qual: a atenção primária corresponde à porta de entrada do sistema de saúde, com oferecimento de cuidados básicos; a atenção secundária corresponde a serviços especializados hospitalares ou ambulatoriais ou a serviços de apoio diagnóstico e terapêutica, de densidade tecnológica intermediária, e; a atenção terciária corresponde aos serviços hospitalares de alta complexidade tecnológica.

¹⁹ Os conceitos de *prevenção* e *promoção* são tratados conjuntamente neste trabalho em razão do nosso enfoque específico sobre a *prevenção primária*, definida como “ações relacionadas aos determinantes de adoecimentos ou agravos que incidem sobre indivíduos e comunidades de modo a buscar impedir os processos patogênicos antes que eles se iniciem” (Ayres, 2016, p. 441). Assim compreendida, a *prevenção primária* subdivide-se “em dois níveis: a promoção da saúde e a proteção específica” (ibid.).

²⁰ As ações de vacinação compartilham, simultaneamente, características típicas das funções de *prevenção e promoção*, dos *serviços assistenciais* ou dos *produtos e tecnologias*. A escolha por enquadrá-las, neste trabalho, sob o primeiro caso se justifica pela compreensão de que, no contexto da COVID-19, a principal finalidade da vacinação é a de promover a imunização coletiva para conter sua transmissão.

de registro); políticas de precificação; regulação da propriedade intelectual; regulação da compra, venda e distribuição; incorporação, e; políticas de racionalização de uso.

- *Recursos humanos*: engloba ações relacionadas à gestão da força de trabalho em saúde, inclusive: educação e treinamento; regulação do exercício da profissão; regulação do mercado, e; gestão da mobilidade e distribuição de profissionais.

- *Vigilância em saúde*: engloba ações que “garantem a disponibilidade, análise e uso de informações” (ibid., p. 40, tradução livre) para orientar a ação em saúde, seja com relação às capacidades e à performance do sistema, ao estado de saúde da população ou aos potenciais riscos à saúde, de natureza epidemiológica ou não (OMS, 2007, p. 18-19).

O Quadro 1 esquematiza a articulação entre as dimensões e categorias que compõem a tipologia proposta, bem como os respectivos valores atribuídos a cada uma delas (quando aplicável).

Quadro 1 – Tipologia descritiva das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 no Brasil

Dimensão	Categoria	Valores
Origem e espécie normativa	Origem	Corresponde ao órgão de origem da norma
	Espécie	Corresponde à espécie da norma
Vigência	Data de publicação	Corresponde à data de publicação da norma
	Prazo	Prazo de vigência determinado objetivamente
		Prazo de vigência determinado em abstrato (não definido a priori e, geralmente, vinculado a termos definidos em abstrato – e.g., à duração da ESPIN)
		Prazo de vigência indeterminado
Revogação	Sim Não	
Função no sistema de saúde	Finalidade primordial cumprida pela norma no esquema organizacional do sistema de saúde	Vigilância em saúde
		Gestão
		Recursos humanos
		Financiamento
		Produtos e tecnologias de saúde
		Serviços de assistência à saúde
		Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos

Legenda: EPIs = equipamentos de proteção individual; NA = não aplicável.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da coleta e categorização das normas são discutidos no Capítulo III.

2.3 Limitações do estudo

O estudo, ao excluir decisões do Poder Judiciário de seu objeto²¹, assume o risco de ignorar decisões que limitem ou condicionem a eficácia das normas estudadas (que foram diversas – ver, p. ex., Wang (2021) e Bucci (2021)). Ainda que a mensuração da eficácia não seja, em si, objetivo do trabalho, tais decisões podem efetivamente interferir no conteúdo das normas descritas. Decisões judiciais podem, além disso, revisitar normas ordinárias com o objetivo específico de adaptá-las à emergência (fenômeno da “acomodação interpretativa”, segundo descrito por Gross e Aoláin (2006, p. 72-79)), potencialmente criando uma nova dimensão do ordenamento emergencial não abarcada pelo trabalho. No mesmo sentido, não foram abarcadas decisões de órgãos administrativos de controle, a exemplo do Tribunal de Contas da União, cujas decisões tiveram, por vezes, efeito definidor sobre as normas editadas pela administração pública federal (Chaves, 2021).

A escolha por abranger apenas normas federais, por sua vez, exclui do estudo toda a produção normativa realizada no âmbito de Estados e Municípios, limitando as conclusões possíveis sobre as medidas excepcionais efetivamente adotadas ou sobre os reais impactos da legislação emergencial no sistema de saúde. Ainda que haja um grau significativo de controle federal sobre o financiamento e a normatização da saúde (Viana e Machado, 2009), a descentralização do sistema brasileiro resulta em significativas variações locais e regionais nas formas de organizar institucionalmente (Dallari, 1994) e executar suas políticas e serviços, determinadas por uma complexa teia de especificidades socioeconômicas, infraestruturais e de incentivos financeiros e políticos (Arretche, 1999).

Também foi um limitador a opção por não coletar normas que, apesar de afetarem os determinantes de saúde, não estabelecem medidas que possam ser classificadas como “políticas de saúde no sentido estrito” (Aith, 2007, p. 135) restringe

²¹ Em alguns casos, decisões significativas, mencionadas na literatura consultada, são ponderadas na discussão, mas não foram coletados dados primários sistemáticos para subsidiar o estudo.

a reconstrução lógica do conjunto de normas excepcionais. Diversas das normas essencialmente sanitárias de mitigação da pandemia, como aquelas relacionadas a intervenções não-farmacológicas, têm sua efetividade profundamente condicionada por políticas que mitiguem seus efeitos econômicos no nível individual (Wright, Sonin e Driscoll et al., 2020; Deiana, Geraci e Mazzarella et al., 2021). Mesmo que o estudo não busque explorar a implementação ou efetividade das normas coletadas, a profunda interdependência entre a saúde e outras áreas de política social limita a apreensão da lógica do regulamento emergencial apenas a partir dela.

Ressalta-se, ainda, o curto horizonte temporal de realização do trabalho, que tornou necessária a fixação de um termo final de coleta anterior ao término da emergência propriamente dita. Este encurtamento cria incertezas quanto ao prazo de vigência e à permanência das normas efetivamente coletadas, já que não serão mapeadas as eventuais alterações ou revogações posteriores ao termo final do estudo.

Finalmente, importa fazer menção a um problema fundamental de compatibilidade entre a coleta empírica de normas e as dimensões e categorias desenvolvidas para classificá-las. Na coleta e organização do banco de dados, foram consideradas como *normas* o texto completo dos atos normativos; a distinção entre *dispositivos* (i.e., artigos, incisos, parágrafos, etc.) individuais não foi considerada, exceto nas situações a que remete a NR 15 (p. 37). A tipologia, por outro lado, foi formulada considerando atributos das normas que são, geralmente, enunciados na forma de dispositivos individuais. Assim, uma mesma norma pode conter dispositivos classificáveis sob diferentes categorias. Por essa razão, apesar de o objetivo máximo, no processo da construção de tipologias, ser a busca da não sobreposição de categorias (Collier, LaPorte e Seawright, 2012), algumas das normas foram classificadas segundo mais de uma categoria.

2.4 Ética em pesquisa

O trabalho foi desenvolvido a partir de dados coletados em bancos de dados públicos disponibilizados pelo Governo Federal. Tratam-se, ademais, de dados que não compreendem informações individuais ou pessoais. O projeto original obteve

parecer favorável do Comitê Científico do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (Parecer s/n, de 2 de dezembro de 2020).

III. O REGULAMENTO JURÍDICO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DA COVID-19

No total, foram coletadas e categorizadas 1.117 normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas entre 4 de fevereiro de 2020 e 30 de junho de 2021.

Este conjunto foi responsável por estabelecer o regulamento jurídico que regeu a excepcionalidade durante a ESPIN da COVID-19 no Brasil. A premissa básica a partir da qual as normas serão discutidas é a de que, na medida em que justificadas pela urgência, sua legitimidade fica condicionada à compatibilidade entre sua forma e conteúdo e as necessidades emergenciais relacionadas à pandemia. Nesse sentido, apesar de o foco deste estudo ser primordialmente descritivo, os resultados da coleta de normas serão analisados à luz de alguns dados secundários e da literatura sobre o enfrentamento da pandemia acumulada até este momento, de forma a posicioná-los em relação aos resultados obtidos no enfrentamento da pandemia.

Além da adequação das normas em relação às necessidades emergenciais, também será adotado na análise o fio condutor da disrupção introduzida pelas normas excepcionais no ordenamento ordinário ou no sistema de saúde. Estes esforços buscam contribuir para as evidências a respeito de potenciais efeitos de médio e longo prazo da pandemia, além de também tocarem, tangencialmente, no ponto da legitimidade, considerando que, idealmente, a derrogação introduzida pelas normas excepcionais deveriam respeitar o prazo de duração da emergência propriamente dita.

Ao longo deste Capítulo, foram adotados alguns artifícios buscando simplificar a análise de um conjunto tão vasto de normas. Em primeiro lugar, diante do grande volume de normas exclusivamente destinadas a repassar verbas de saúde para entes subnacionais (em geral, na forma de habilitação de equipamentos de saúde ou de alocação de recursos de emendas parlamentares), elas serão, por vezes, descritas separadamente do restante do conjunto, de forma a facilitar a visualização e comparação dos resultados encontrados. Pelo mesmo motivo, estas normas não serão citadas nominalmente (a lista integral consta no Apêndice II).

Os resultados quantitativos da pesquisa abarcam todas as normas coletadas, mas, na discussão qualitativa, serão abordados apenas as principais tendências

indutivamente verificadas no conjunto, deixando algumas normas de fora da discussão (igualmente, listadas integralmente no Apêndice I).

Por fim, adotou-se, na discussão, uma diferenciação conceitual identificada indutivamente entre as normas. Percebem-se dentre elas, independentemente da categoria sob as quais foram classificadas, dois sentidos preponderantes de regulação: o de *viabilização* de medidas concretas e o de *implementação* destas medidas. No primeiro grupo, estão as que introduzem alterações necessárias à implementação de medidas subsequentes no ordenamento, mas que, sozinhas, não têm efeitos práticos. No segundo, encaixam-se aquelas que determinam ou que realizam a implementação das medidas concretas. A distinção entre estes dois grupos de norma, por contribuir com o detalhamento da função por elas cumprida no sistema de saúde e, mais amplamente, no regulamento da emergência, será adotada na organização da discussão.

3.1 Origem e espécie normativa

A categorização a partir da primeira dimensão, da origem e espécie normativa, confirmou pontos antecipáveis: dentre as 1.117 normas excepcionais relacionadas à saúde publicadas até o final de junho de 2021, 963 (86,2%) delas foram promulgadas pelo Ministério da Saúde (80,2%) ou por órgãos a si vinculados (6%). A preponderância desses órgãos de origem está fundamentalmente ligada ao recorte sobre o objeto da saúde.

Contudo, quando desconsideradas as normas destinadas unicamente a alocar recursos, a proporção de normas publicadas pelo Ministério da Saúde e órgãos a si vinculados cai para 57,9% do total de 365 normas, seguidos pela Presidência da República (17,3%), Congresso Nacional (10,96%), outros Ministérios, separadamente ou em conjunto (10,96%), e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 (3%), um órgão criado excepcionalmente em março de 2020 para assessorar a Presidência da República no processo de “deliberação sobre as prioridades, as diretrizes e os aspectos estratégicos relativos aos impactos da COVID-19” (art. 2º, Decreto 10.277/2020).

A expressiva preponderância do Ministério da Saúde sobre os demais órgãos de origem explica, também, os resultados encontrados sob a categoria da espécie normativa: do total de normas coletadas, 83,8% eram portarias, 7,3% resoluções, 3,7% medidas provisórias, 3% leis, 0,3% leis complementares, 0,2% emendas constitucionais e 0,1% decreto legislativos. Mesmo quando desconsideradas as portarias de alocação do Ministério da Saúde, esta regra se confirma no conjunto, com grande predominância de portarias e resoluções – representando somadas, neste caso, 73% do subconjunto.

A Tabela 1 e a Figura 4 compilam as informações sobre a origem e a espécie das normas coletadas.

Tabela 1 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por órgão de origem e espécie normativa – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

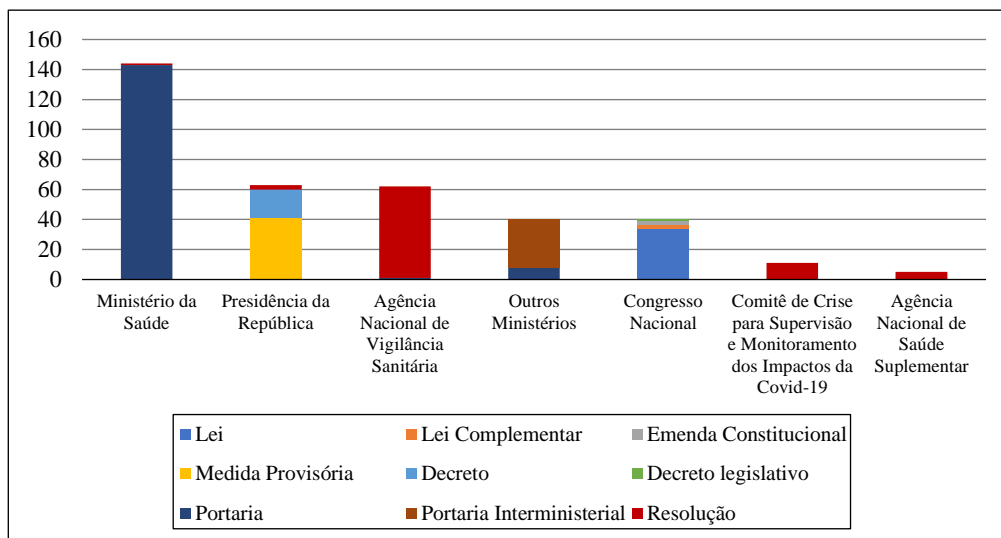
Espécie de norma	Ministério da Saúde	Presidência da República	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Outros Ministérios	Congresso Nacional	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Lei	-	-	-	-	34	-	-
Lei Complementar	-	-	-	-	3	-	-
Emenda Constitucional	-	-	-	-	2	-	-
Medida Provisória	-	41	-	-	-	-	-
Decreto	-	19	-	-	-	-	-
Decreto legislativo	-	-	-	-	1	-	-
Portaria	895	-	1	8	-	-	-
Portaria (exceto habilitações ou repasses)	143	-	1	8	-	-	-
Portaria Interministerial	-	-	-	32	-	-	-
Resolução	1	3*	61	-	-	11	5
Total**	896	63	62	40	40	11	4
% (total)	80,2%	5,6%	5,6%	3,6%	3,6%	1,0%	0,4%
% (desconsiderando repasses e habilitações)	39,5%	17,3%	17,0%	10,96%	10,96%	3,0%	1,4%

* Resoluções editadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, que, atualmente, está ligada à estrutura do Conselho de Governo da Presidência da República.

** Excluídas as duplicidades entre portarias.

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Figura 4 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (excetuadas normas de alocação de recursos), por órgão de origem e espécie normativa – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021



Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

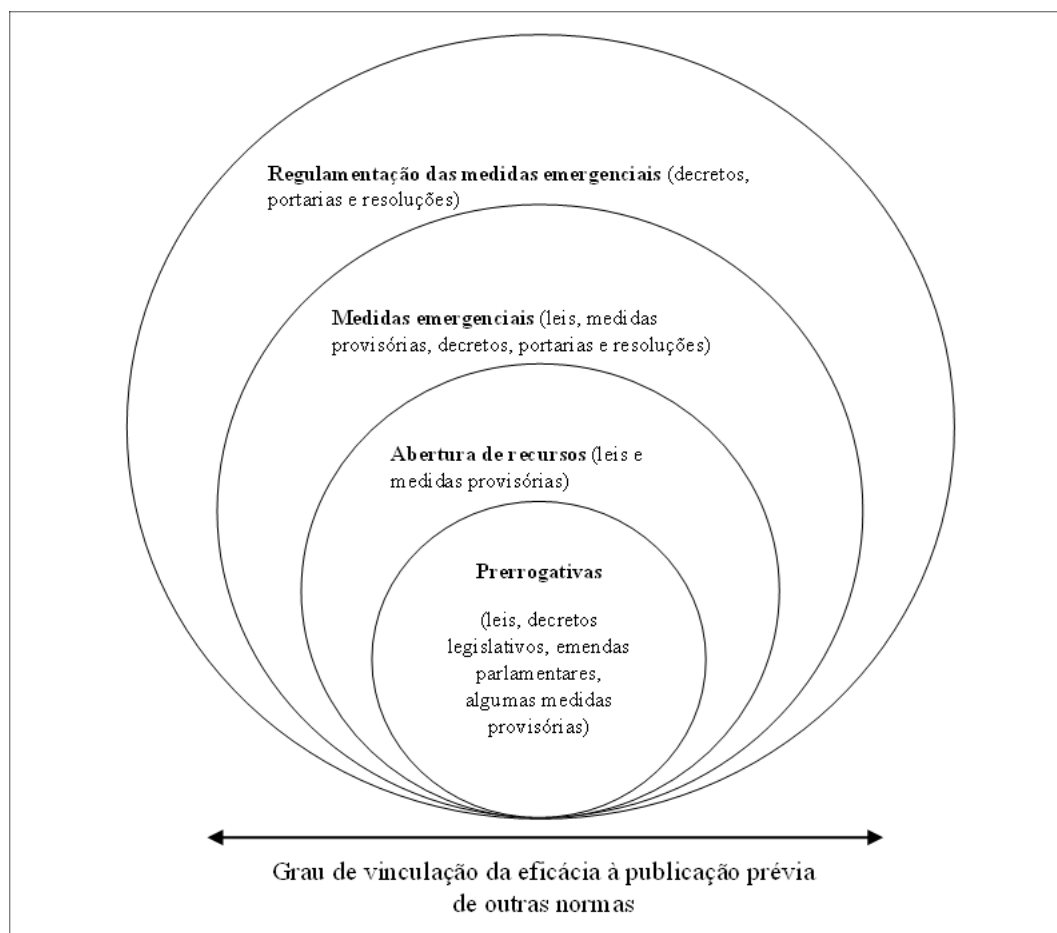
A preponderância de normas publicadas pelo MS no conjunto e, conseqüentemente, de atos infralegais, era antecipável de antemão, dadas as evidente associação entre o MS e a regulação de temas de saúde e maior facilidade para a publicação de atos administrativos, em comparação a leis no sentido formal, decretos legislativos ou emendas constitucionais. No entanto, estes achados quantitativos não são capazes de traduzir as dinâmicas de produção normativa excepcional que determinaram o sentido do conjunto das normas encontradas.

De fato, apesar da vasta proeminência, em volume, das normas infralegais publicadas por órgãos do Poder Executivo, algumas das principais acomodações normativas na estruturação de um regulamento jurídico emergencial próprio, inclusive no campo da saúde, foram introduzidas através de normas publicadas pelo Congresso Nacional. Particularmente nos momentos iniciais da pandemia, o Poder Legislativo foi responsável por referendar prerrogativas anteriormente não previstas no ordenamento sanitário ordinário e autorizar flexibilizações administrativas basilares para garantir capacidade material de resposta à emergência. Exemplos disso são a Lei nº 13.979/2020 (“Lei da Quarentena”), que criou, dentre outras, a prerrogativa para decretar medidas sanitárias obrigatórias, como o isolamento ou a quarentena, e ampliou flexibilizações administrativas, como a abrangente possibilidade de dispensa

de licitação, e o Decreto Legislativo nº 6/2020, posteriormente complementado pela Emenda Constitucional nº 106/2020, que criaram um regime fiscal extraordinário durante a pandemia, afastando o teto de gastos e liberando a abertura de créditos extraordinários independentemente de autorização prévia ou de atenção à meta fiscal.

Em razão disso, é possível apontar, no geral, as normas publicadas pelo Congresso Nacional (leis, leis complementares, decreto legislativo e emendas constitucionais), apesar de menos numerosas, como a base do amplo processo de acomodação legislativa ora documentado. Embora haja, dentre elas, normas setoriais muito específicas, os fundamentos jurídicos para a maior parte das ações excepcionais tomadas durante a pandemia, na saúde e além dela, foram estabelecidos a partir deste subconjunto das normas. Nesse sentido, ainda que não seja adequado falar em uma tradução direta da hierarquia formal das normas em hierarquia no âmbito do ordenamento emergencial, é possível traçar, a partir da diferenciação das espécies normativas, um esquema de *anterioridade necessária* (i.e., condicionamento da eficácia de normas subsequentes à publicação prévia de outras normas que as autorizem ou viabilizem) entre as normas excepcionais, conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5 – Esquema de anterioridade das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19



Fonte: Elaboração própria.

Esta ideia de anterioridade também se expressa na divisão das normas segundo as finalidades de *viabilização* ou de *implementação* das medidas emergenciais de que tratam. Em ambos os casos, o conteúdo das normas é organizado segundo a vinculação – ou não – da sua eficácia à publicação de normas autorizadas prévias.

A decorrência direta do fato de haver, predominantemente, centralidade das normas publicadas pelo Poder Legislativo é a constatação de que a base do regulamento jurídico emergencial estabelecido no Brasil a partir da pandemia de COVID-19 foi a heteroinvestidura, com controles *ex ante* (Ferejohn e Pasquino, 2004, p. 227; Gross e Aoláin, 2006, p. 130-131): ao Executivo é permitido apenas aquilo ao que o Legislativo tenha previamente aquiescido. Assim, mesmo em se considerando que o reconhecimento da ocorrência de uma ESPIN foi feito pelo próprio Ministério

da Saúde, através da Portaria nº 188/2020, a maior parte das normas excepcionais publicadas pelo Ministério e pelos demais órgãos executivos a partir daí esteve condicionada a autorizações prévias do Poder Legislativo.

Apesar de o Congresso Nacional ter alargado significativamente a margem de atuação do Poder Executivo, por vezes como reflexo de negociações extraoficiais entre eles (Mota e Teixeira, 2020; Ventura, Aith e Rached, 2021; Teixeira Júnior, 2021), a produção normativa excepcional foi permeada por importantes disputas políticas entre os Poderes. No total, dentre as 37 leis em sentido formal (ordinárias e complementares) coletadas, 14 delas (37,8%) foram vetadas parcialmente em pontos relacionados ao tema da saúde, além de um veto integral sobre a Lei nº 14.128/2021.

Os vetos recaíram sobre uma diversidade de dispositivos, mas, como padrão geral, evidencia-se uma tendência de sua concentração sobre dispositivos que minassem a autonomia de órgãos executivos, seja por limitar, na prática, as suas possibilidades de atuação, seja por determinar a execução de ações específicas de combate à pandemia, muitas das quais desalinhadas com a posição política da Presidência. O Quadro 2 traz um detalhamento do conteúdo dos vetos.

Quadro 2 – Vetos presidenciais a normas excepcionais relacionadas à saúde publicadas a nível federal em razão da pandemia de COVID-19 – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Norma	Publicação	Resumo do(s) objeto(s) vetado(s)	Veto(s) derrubado(s)
Lei nº 13.989/2020	16/04/2020	Dispositivos que: - Autorizavam a emissão de receitas digitais por meio de teleconsultas - Designavam o CFM como o órgão responsável por regularizar o exercício da telemedicina após o término da ESPIN	Sim
Lei nº 14.006/2020	29/05/2020	Dispositivo que previa que a Anvisa deveria emitir decisão sobre pedido de autorização de importação de produto essencial sem registro em até 72 horas de seu protocolo	Sim
Lei nº 14.018/2020	30/06/2020	Dispositivos que introduziam restrições sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos que poderiam receber o auxílio financeiro introduzido e que estabeleciam parâmetros para a prestação de contas sobre o benefício	Não
Lei nº 14.019/2020	03/07/2020	Dispositivos que determinavam: - O uso obrigatório de máscaras em uma série de estabelecimentos públicos e privados - A obrigatoriedade da distribuição de EPIs por empregadores a seus funcionários - A realização de campanhas, pelo governo federal, promovendo o uso de máscaras - A cobrança de multa em caso de descumprimento das determinações sobre uso de EPIs	Parcialmente (vetos sobre campanhas publicitárias e sobre obrigatoriedade de distribuição de máscaras mantidos)
Lei nº 14.021/2020	07/07/2020	Diversos dispositivos que previam ações de atenção à saúde especificamente voltadas às comunidades tradicionais, incluindo a elaboração de planos setoriais específicos, a garantia de acesso a água potável, a distribuição de remédios em aldeias, provimento de atendimento reforçado por meio de contratação adicional de equipes, elaboração de material informativo especificamente voltado às comunidades, garantia de acesso a leitos de UTI ou de suporte ventilatório nos equipamentos referenciados que atendem aldeias, etc.	Parcialmente (vetos sobre programas de assistência social focalizados)

			foram mantidos)
Lei nº 14.028/2020	27/07/2020	Dispositivo que permitia que pacientes vulneráveis ou de grupo de risco nomeassem terceiros para comprar/retirar medicamentos em seu nome	Não
Lei nº 14.035/2020	12/08/2020	Dispositivos que previam isenção de cobrança de impostos incidentes sobre serviços ou produtos necessários ao enfrentamento da ESPIN	Não
Lei nº 14.040/2020	19/08/2020	Dispositivos que previam deveres da União em apoiar entes subnacionais para garantir a continuidade da educação básica não-presencial e em envolvê-los nos processos de adaptação do calendário do ENEM	Não
Lei nº 14.041/2020	19/08/2020	Dispositivo que regulava o repasse de eventuais saldos subjacentes derivados da complementação de valores dos Fundos de Participação	Não
Lei nº 14.072/2020	15/10/2020	Dispositivo que permitia que o Ministério da Educação prorrogasse, até 31/12/2021, 21 contratos por tempo determinado de funcionários lotados em hospitais federais	Não
Lei nº 14.121/2021	02/03/2021	Dispositivos que determinavam medidas diversas relacionadas às vacinas adquiridas por meio da aliança Covax, incluindo: - Dever de distribuição das vacinas adquiridas pela União aos Estados - Inclusão automática de vacinas adquiridas no PNI - Prazo de 5 dias para a Anvisa autorizar o uso emergencial de vacinas adquiridas pelo instrumento - Obrigatoriedade de publicação de dados, pela União, sobre a aquisição de vacinas e o andamento dos programas de vacinação - Exigências técnicas aplicáveis às vacinas a serem adquiridas	Não
Lei nº 14.125/2021	10/03/2021	Dispositivos que disciplinavam a aquisição de vacinas pela administração pública, incluindo: - Permitiam que entes subnacionais comprassem e distribuíssem vacinas por conta própria, com recursos federais, em caso de descumprimento do plano de vacinação por parte da União - Determinavam que dados relacionados à aquisição e distribuição de vacinas fossem atualizados pelo Ministério da Saúde no prazo de 48 horas do seu recebimento	Não
Lei nº 14.128/2021	26/03/2021	Veto integral sobre a lei, que institui obrigação de pagamento de compensação de R\$50 mil reais a profissionais de saúde (ou, em caso de óbito, a seus cônjuges e/ou dependentes) que tenham contraído Covid-19 por conta de atendimento direto a pacientes ou através da realização de visitar domiciliares e que, em função da infecção, tenham se tornado permanentemente incapacitados para o trabalho ou falecido.	Sim
Lei nº 14.147/2021	27/04/2021	Dispositivos que disciplinavam os benefícios fiscais previstos para pessoas jurídicas que utilizassem recursos próprios para contratar leitos de UTI da rede privada para disponibilização ao atendimento de pacientes com COVID-19 no SUS ("Programa Pró-leitos"). Na prática, vetou os benefícios como um todo.	Não

Legenda: CFM = Conselho Federal de Medicina; EPI = equipamento de proteção individual; PNI = Programa Nacional de Imunizações; UTI = unidade de terapia intensiva.

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

A complexidade da disputa entre os poderes é intensificada pela constatação de que poucos dentre os vetos listados foram derrubados pelo Congresso em votações subsequentes. Além disso, parte significativa das normas vetadas foram originadas de Medidas Provisórias da Presidência da República, parcialmente modificadas pelo Congresso no processo de conversão em lei. Em razão desse intrincamento entre as normas, é difícil apontar uma hierarquia clara entre elas, ou um protagonismo entre os órgãos responsáveis pela sua publicação.

Por fim, um último aspecto relevante sob esta dimensão, relacionado à categoria da espécie normativa, é o fato de que a maior parte das normas publicadas excepcionalmente são, como já mencionado, normas administrativas unilaterais. Nesse

sentido, mesmo que haja portarias e resoluções sem prazo determinado – tema a ser tratado sob a dimensão da vigência –, a facilidade de revogação dessas normas garantiria, em tese, a possibilidade de revogação do ordenamento emergencial assim que extinta a excepcionalidade. Contudo, conforme será aprofundado na seção a seguir, algumas normas, especialmente de hierarquia superior, tornaram-se disposições permanentes, como no caso da Emenda Constitucional nº 109/2021, que alterou a Constituição Federal para prever diversas exceções às regras fiscais em casos de emergência, perpetuando a figura do regime fiscal extraordinário no texto constitucional.

Esse movimento se aproxima do conceito de ratificação, proposto por Gross e Aoláin (2006, p. 141), que designa a revisão e aceitação, por parte dos demais poderes e órgãos de controle, de decisões excepcionais tomadas pelo Poder Executivo em contextos emergenciais. Apesar de, no caso em estudo, a perpetuação de instrumentos emergenciais no ordenamento não constituir um modelo de controle propriamente dito, já que as normas que introduziram as alterações permanentes foram publicadas pelo mesmo Poder Legislativo que criou estas prerrogativas a título temporário anteriormente, a sua incorporação definitiva pode ser interpretada como um reconhecimento explícito da sua utilidade e legitimidade para além da emergência da COVID-19.

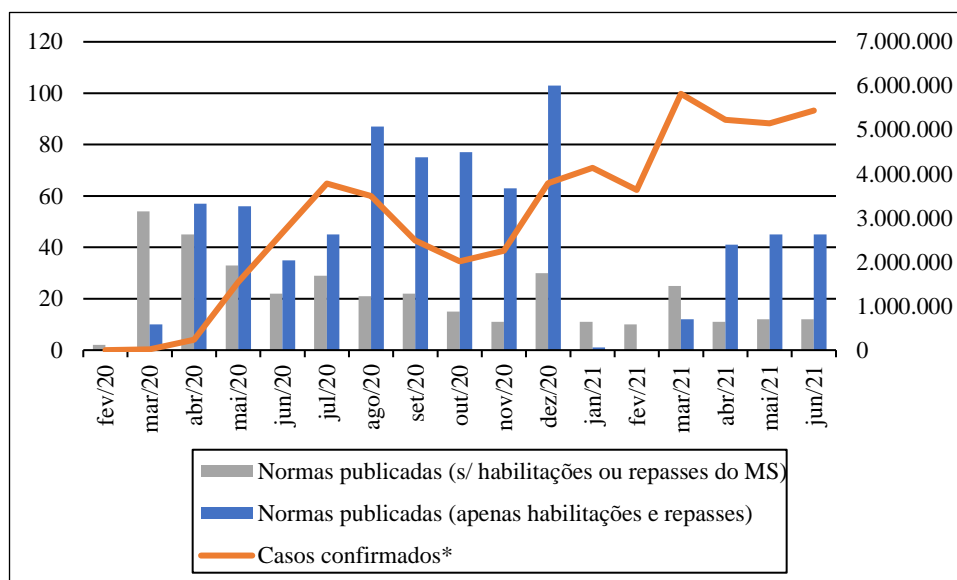
3.2 Vigência

3.2.1 Data de publicação

Abrindo as exposições sobre a dimensão da vigência pela categoria da *data de publicação*, as Figuras 6 e 7 trazem a evolução mensal do volume de normas excepcionais publicadas, plotada conjuntamente com, respectivamente, a evolução do número de casos de e de óbitos por COVID-19 confirmados no país²² a cada mês.

²² Para elaboração do gráfico, foram utilizados os dados do Painel Coronavírus, disponibilizado pelo Ministério da Saúde em: <https://covid.saude.gov.br/>, acessado no dia 13 de fevereiro de 2022. Os dados são provenientes das notificações de casos e óbitos enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao Ministério da Saúde e refletem, respectivamente, a data em que foram diagnosticados os casos de COVID-19 (não relacionado à data de início dos sintomas) e a data em que o óbito foi confirmado como tendo sido causado pela COVID-19 (não relacionado à data de ocorrência do óbito). Nesse sentido, os

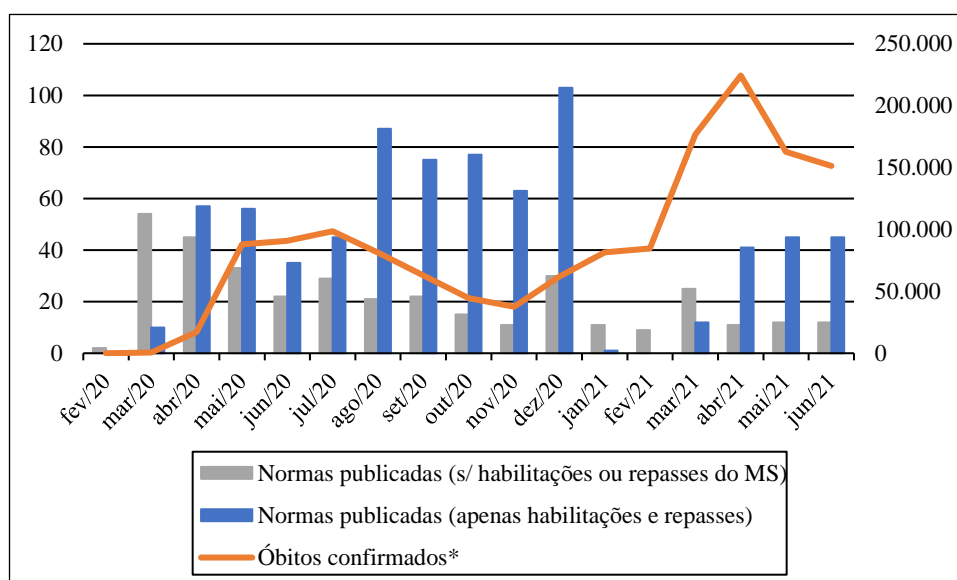
Figura 6 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 e de casos de COVID-19, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021



* A data de confirmação do caso se refere à data de diagnóstico, sem relação com data de contágio ou de início dos sintomas.

Fonte: Diário Oficial da União e Painel Coronavírus (Ministério da Saúde). Elaboração própria.

Figura 7 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 e de óbitos por COVID-19, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021



* A data de confirmação do óbito se refere à data de confirmação da *causa mortis* como a infecção por COVID-19, sem relação com data de ocorrência do óbito.

dados não refletem precisamente os cenários epidemiológicos reais, mas apenas figuras oficialmente documentadas da sua evolução.

Fonte: Diário Oficial da União e Painel Coronavírus (Ministério da Saúde). Elaboração própria.

Vê-se que, durante todo o ano de 2020, a partir do mês de março, as normas excepcionais federais passaram a ser consistentemente publicadas, em volume significativo. Em 2021, contudo, esse padrão foi descontinuado, com uma queda abrupta no volume de publicação das normas, mesmo diante do progressivo agravamento do quadro epidemiológico nacional, em termos de casos e mortes, ao longo do primeiro semestre daquele ano. Para referência, mencione-se que a mesma quantidade de normas foi publicada nos meses de junho de 2020 e de 2021, que registraram, respectivamente, os menor e maior números de publicação em seus respectivos anos no período analisado.

Não há correlação clara entre o volume de normas publicadas e a evolução do quadro epidemiológico no país. Nos primeiros meses de 2020, a publicação das normas se antecipou à evolução epidemiológica da pandemia, o que poderia revelar, em tese, cumprimento do dever de cautela e prevenção em relação às necessidades emergenciais iminentes. No mesmo sentido, o fato de, dos momentos iniciais da ESPIN até o final de 2020, o número de normas publicadas acompanhar a tendência de crescimento de casos e óbitos no país, poderia ser interpretado, isoladamente, como sinal da tempestividade do ordenamento. Contudo, por não haver equivalência entre a quantidade das normas e a sua importância ou adequação às necessidades de emergência, esta afirmação depende da consideração do conteúdo das normas publicadas em cada momento.

A ESPIN foi declarada no dia 4 de fevereiro de 2020 (Portaria MS nº 188/2020), quando ainda não havia sequer registros de casos de COVID-19 no Brasil, como medida alegadamente voltada a permitir a realização de operações de repatriação de brasileiros presos no exterior por conta de políticas de fechamento de fronteiras (Ventura, Aith e Rached, 2021). Três dias depois, foi publicada a Lei da Quarentena, que criou algumas das principais prerrogativas administrativas necessárias à implementação das eventuais medidas emergenciais, incluindo a autorização para decretação de medidas sanitárias obrigatórias e a flexibilização de regras de licitação e contratação pública. Durante os dois meses seguintes, foi muito intensificada a produção normativa excepcional, com destaque para a consolidação, durante este

período, das principais estruturas de gestão emergenciais e de prerrogativas adicionais extremamente relevantes para o enfrentamento da pandemia, como o regime fiscal extraordinário.

A necessária anterioridade entre as normas de viabilização e as de implementação gerou, naturalmente, atraso entre a publicação de um tipo e de outro, mas estes descompassos não se deram uniformemente. De forma praticamente concomitante à consolidação das prerrogativas emergenciais, foram publicadas uma série de normas de implementação, compreendendo medidas como restrições de fronteira, criação de serviços e equipamentos de emergência na rede hospitalar e estabelecimento de fluxo de repasses de recursos extraordinários da União aos entes federados.

Contudo, medidas igualmente necessárias ao enfrentamento da emergência, que poderiam ter sido implementadas a partir das prerrogativas já estabelecidas, foram no apenas muito adiante. Este fenômeno se verifica especialmente em relação a medidas de organização da rede de serviços de saúde; a centralização de um modelo para reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) (Portarias MS nº 1.444 e 1.445 de 2020) e a regulamentação dos hospitais de campanha (Portaria MS nº 1.514/2020), por exemplo, ocorreram apenas em junho de 2020, momento do primeiro pico da pandemia no Brasil. A evidente intempestividade das normas, nestes casos, além de diminuir a sua eficácia no enfrentamento da COVID-19, ocasionou, ainda, a multiplicação de regimes jurídicos aplicáveis a essas medidas a nível subnacional, já que, na ausência de políticas centralizadas, as administrações municipais e estaduais tiveram de adotar soluções próprias (Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021; Chioro, 2021).

Com o desenrolar da emergência e, especialmente, a partir de 2021, este descompasso entre a publicação das normas excepcionais e a evolução epidemiológica da pandemia passou a ditar o ritmo da resposta federal à pandemia.

Por um lado, fazem-se necessárias algumas ressalvas em relação à interpretação puramente quantitativa da queda abrupta da produção normativa a partir de 2021. As normas jurídicas, por terem, como regra geral, efeitos prolongados no tempo, não precisariam, em tese, ser constantemente republicadas, bastando terem sido

publicadas uma vez, até o encerramento de sua vigência, o que poderia contribuir com a queda do número de normas publicadas ao longo do tempo. Complementarmente, durante 2021, foi otimizada a publicação de algumas modalidades de atos administrativos para os quais os prazos originalmente fixados eram curtos²³, incluídas as normas de habilitação, o que eliminou a necessidade de constante republicação e, portanto, pode também ter concorrido para a diminuição.

Mesmo ao se considerar tais ressalvas, contudo, a análise qualitativa do perfil das normas produzidas a partir do final de 2020, conjuntamente com algumas das decisões concomitantes do Poder Executivo, sugere uma mudança na própria lógica emergencial construída até então.

Com o fim do estado de calamidade pública, encerrado em 31 de dezembro de 2020, parte do regime fiscal extraordinário (prerrogativas de descumprimento da meta fiscal e do limite de empenhos) perdeu a vigência. Também no final de 2020, foi publicado o Decreto nº 10.579/2020, que alterou as regras aplicáveis ao regime de execução orçamentária para 2021, buscando, principalmente, permitir que créditos extraordinários liberados em 2020 pudessem ser executados ao longo do ano seguinte, particularmente na área da saúde. A ele, somaram-se, em janeiro de 2021, os Decretos nº 10.595 e 10.601, que reabriram créditos extraordinários liberados em favor do Ministério da Saúde no ano anterior. Esta movimentação indica uma tentativa, por parte do Poder Executivo, de impedir a continuidade do expediente, amplamente adotado no ano anterior, de abertura corrente de créditos extraordinários para financiamento de ações emergenciais. Esta interpretação é reforçada pelo fato de que o Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2021, apresentado pela Presidência, não continha previsões de despesas relacionadas à pandemia (CEPEDISA-USP, 2021-b, p. 163-165; Senado Federal, 2021, p. 535-537).

Este panorama, considerado conjuntamente com o completo represamento de pedidos de habilitação de leitos encaminhados por entes subnacionais ao Ministério da

²³ A partir de março de 2021, a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Suporte Ventilatório Pulmonar para pacientes com COVID-19, por força das Portarias nº 373 e 471 do Ministério da Saúde, passou a valer sem prazo fixo, eliminando a necessidade de publicação periódica de normas de reabilitação. No mesmo sentido, as normas que estabeleciam controle de fronteiras terrestres e marítimas, cuja vigência originalmente variava entre 15 e 30 dias, passaram, no final de 2020, a valer por prazo indeterminado.

Saúde durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021 (CEPEDISA-USP, 2021-b, p. 142), apontam para uma tentativa precoce, em termos epidemiológicos, de encerrar o regime jurídico de emergência. Ainda que tenha havido, posteriormente, a publicação de normas que reverteram parcialmente esse quadro (a exemplo da Lei nº 14.143, publicada em abril de 2021, que mudou a Lei de Diretrizes Orçamentárias daquele ano, flexibilizando novamente o regime fiscal), presumivelmente diante do aumento vertiginoso de casos e óbitos, a tentativa de encerrar extemporaneamente a emergência parece ter sido um fator determinante para a grande diminuição no ritmo da produção normativa excepcional a partir do primeiro semestre de 2021.

3.2.2 Prazo de vigência e revogação

A capacidade das normas de gerar efeitos no tempo é determinada pelas categorias do *prazo de vigência e revogação*, conjuntamente. Por este motivo, na discussão sobre o nível de disrupção introduzido pelas normas excepcionais e sobre a sua potencial permanência no ordenamento, ambas serão abordadas de forma complementar.

A Tabela 2 traz o volume de normas com prazo de vigência determinado objetivamente (enunciado em dias/meses ou na forma de uma data-limite), determinado em abstrato (vinculado a algum marco sem data exata) ou indeterminado, e a contagem de, dentre elas, quantas haviam sido revogadas até o final de junho de 2021.

Tabela 2 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por prazo de vigência e status de revogação – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Prazo de vigência	Normas (n)	%	Normas revogadas* (nr)	% (nr/n)
Determinado em abstrato	87	7,8%	7	8,0%
Determinado objetivamente	821	73,57%	33	4,0%
Indeterminado	208	18,63%	28	13,5%
Variável**	1	0,1%	1	100,0%

* Até 30/06/2021

** Prazo classificável sob diferentes categorias, a depender do dispositivo considerado.

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Identificou-se, no conjunto, uma maioria de normas com prazo determinado (81,4%), sendo que, destas, 73,57% eram normas com prazo determinado objetivamente e 7,8% determinado em abstrato, contra apenas 18,63% com prazo indeterminado.

Estes números são, em grande parte, reflexo do conteúdo das normas excepcionais, já que alguns tipos de norma têm sua vigência intrinsecamente determinada pela matéria por si regulada. As normas de habilitação, por exemplo, são todas vinculadas a prazos objetivamente determinados (o que explica a sua grande representatividade no conjunto), já que são vinculadas a um período de tempo fixado previamente, para o qual valerá o credenciamento do serviço. Aquelas que incorporam tecnologias no sistema de saúde, por outro lado, têm vigência indeterminada, já que a COVID-19, mesmo após o término da ESPIN, continuará provocando casos a serem tratados no sistema público de saúde, determinando, portanto, a sua necessária assimilação ao ordenamento ordinário.

Dentre as normas cujo conteúdo não as atrelasse automaticamente a algum determinado prazo de vigência, por sua vez, não é possível identificar um critério claro que explique os resultados encontrados. Frequentemente, normas que tratavam de um mesmo tema tinham previsões distintas sobre sua vigência, estando atreladas a prazos diferentes e incongruentes entre si).

A forte relação entre o conteúdo das normas e o seu prazo de vigência também tem importantes desdobramentos sobre a interpretação do baixo número de revogações encontrado. Em primeiro lugar, este número não leva em consideração a perda de vigência das normas com prazos objetivamente determinados, dentre as quais, até o final de junho de 2021, 71,7% já havia perdido vigência²⁴. Em segundo lugar, muitas normas, apesar de terem sido classificadas como tendo prazo formalmente indeterminado, não têm capacidade de gerar efeitos prolongados no tempo, o que dispensaria a necessidade de sua revogação explícita. São exemplos as normas que

²⁴ O cálculo da perda de vigência de normas cujo prazo era objetivamente determinado foi feito considerando-se a data máxima para a qual uma determinada norma poderia gerar efeitos, considerando suas próprias disposições. Esta ressalva é importante pois, em alguns casos, as normas coletadas previam prazos distintos para cada um de seus dispositivos. Nestes casos, considerou-se a previsão mais longa como a data da perda de vigência.

repassam recursos, já que, independentemente do prazo formal de vigência fixado, perdem sua capacidade de gerar efeitos no momento em que a ordem executiva de transferência for cumprida.

Portanto, o baixo número de revogações encontrado no período não necessariamente traduz, de forma fidedigna, a vigência. Considerando apenas as normas com prazo de vigência determinado em abstrato ou indeterminado, que dependem de revogação explícita ou de reconhecimento de fim da excepcionalidade para perderem a capacidade de gerar efeitos, o número baixo de revogações, no período considerado, poderia indicar um potencial de permanência por inércia no ordenamento. A análise das normas excepcionais revela, contudo, grande variabilidade quanto à sua permanência após o fim da emergência.

Agrupando as normas segundo os diferentes padrões de revogação ou incorporação encontrados, um primeiro achado relevante foi a constatação de que foram introduzidas diversas alterações permanentes ao regulamento jurídico emergencial previamente estabelecido. As principais prerrogativas criadas sob o regime fiscal extraordinário, relacionadas a ampliações e/ou facilitações das capacidades de despesa da administração pública, foram definitivamente incorporadas, passando a ser acionáveis em quaisquer situações supervenientes de calamidade pública²⁵. Especificamente no ordenamento sanitário, também foram feitas alterações permanentes, como a introdução de garantias de proteção a populações indígenas²⁶, a permissão de flexibilização de parâmetros para incorporação de tecnologias no sistema público²⁷ e a simplificação de regras de remessa de patrimônio genético ao exterior²⁸, todas aplicáveis a contextos de ESPINs.

Em todos estes casos, as normas que introduziram as alterações permanentes não foram explicitamente fundamentadas no contexto emergencial relacionado à COVID-19, o que as situaria, em tese, fora do escopo do presente estudo. No entanto, todas as novas prerrogativas ou medidas previstas replicaram disposições

²⁵ Lei nº 14.029/2020 e Emenda Constitucional nº 109/2021.

²⁶ Lei nº 14.021/2020.

²⁷ Portaria MS nº 1.129/2021.

²⁸ Lei nº 14.141/2021.

originalmente criadas para responder especificamente à pandemia²⁹. À exceção da prerrogativa para flexibilizar o processo de incorporação de tecnologias no SUS, as alterações foram realizadas por lei ou emenda constitucional, aprovadas apenas mediante a formação de maiorias. Nesta circunstância, o principal problema relacionado à incorporação definitiva das normas no ordenamento não é da ordem da legitimidade, mas sim, da adequação e eficácia das normas em relação à finalidade pretendida, já que inovações legislativas criadas em contextos de emergência são, no geral, feitas de forma precipitada, sem adequada deliberação (Gross e Aoláin, 2006, p. 66-72).

Os principais achados em relação aos padrões de revogação das normas, por sua vez, guardam relação não com o desenrolar da emergência, mas, sim, com a escolha do Poder Executivo de encerrá-la, em abril de 2022. Os dados sobre revogações compilados na Tabela 2 indicam que, até o final de junho de 2021, apenas uma quantidade ínfima de normas coletadas havia sido revogada. Contudo, com o encerramento da ESPIN, não apenas a maior parte das normas de prazo determinado em abstrato perderam sua vigência como, também, de forma concomitante, foi promovido um significativo movimento de revogação dentre as normas de vigência indeterminada. Por este motivo, apesar de ter se dado fora do período delimitado para o levantamento das normas, cabem aqui algumas breves considerações sobre o fim da excepcionalidade.

Pela Portaria MS nº 913/2022, o encerramento da ESPIN valeria a partir de 22 de maio de 2022, 30 dias após a sua publicação. Apesar de prever explicitamente apenas a revogação da Portaria MS nº 188/2020, pela qual a ESPIN foi declarada, um dos seus desdobramentos foi o correlato fim do prazo de vigência de normas atreladas à duração da excepcionalidade, muitas das quais estabeleciam prerrogativas

²⁹ Flexibilizações fiscais introduzidas pelas Lei nº 14.029/2020 e Emenda Constitucional nº 109/2021 replicam disposições contidas no Decreto Legislativo nº 6, na Emenda Constitucional nº 106 e na Lei Complementar nº 172 de 2020 e na Lei nº 14.143/2021. A Lei nº 14.021/2020 trata, majoritariamente, da proteção especial devida a populações indígenas no contexto da ESPIN relacionada à COVID-19 e, ao final, altera a LOS para determinar, de forma abstrata, que os mesmos princípios sejam seguidos no enfrentamento de emergências vindouras. A Portaria MS nº 1.129/2021 consolida, na prática, os fluxos administrativos adotados, de forma não normatizada, ao longo da ESPIN para simplificar a oferta tempestiva de novas tecnologias necessárias ao enfrentamento da COVID-19 no sistema público. Por fim, a alteração nas regras sobre remessas de patrimônio genético pela Lei nº 14.141/2021 foi precedida pelas flexibilizações previstas na Portaria Interministerial nº 155/2020.

emergenciais, incluindo³⁰: a competência para determinar medidas sanitárias obrigatórias; a possibilidade de dispensa de licitações e as simplificações nas regras de contratação pública; flexibilizações de normas sanitárias para facilitar registro e importação de produtos essenciais, incluindo vacinas, e; ampliação das possibilidades de uso do instrumento da contratação de pessoal por tempo determinado. Perderam vigência, também, algumas das normas que criavam estruturas de gestão emergenciais³¹: a Força Tarefa de Fundamentação do MS, o Gabinete de Crise do MS e a Comissão Provisória, criada no âmbito da Anvisa, para acompanhamento de processos sobre registro e autorização de uso emergencial de vacinas.

Além da perda de vigência ocasionada pelo encerramento da ESPIN, uma série de normas foram revogadas no mesmo momento. A Presidência da República publicou, no dia 23 de maio, o Decreto nº 11.077/2022, que, de uma só vez, revogou a maior parte dos decretos presidenciais relacionados à ESPIN³², revertendo, dentre outros, a criação do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 e do Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19. No dia 22 de junho, o Decreto nº 11.098/2020 revogou, adicionalmente, o Decreto nº 10.697/2021, que criava a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 do Ministério da Saúde.

As revogações promovidas pelo Ministério da Saúde não foram realizadas de forma centralizada ou uniforme, apresentando maior variação em relação àquelas promovidas pela Presidência. Ao passo que, após o encerramento da emergência, algumas medidas foram explicitamente revogadas, como o Programa “O Brasil Conta Comigo”³³ ou a possibilidade de cadastro de leitos emergenciais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de Suporte Ventilatório Pulmonar (SVP)³⁴, outras medidas

³⁰ São listadas, a seguir, prerrogativas estabelecidas pelas: Leis nº 13.979 (e alterações posteriores) e 14.006 de 2020 e 14.125/2021, Portaria MS nº 356/2020 e Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 346, 350, 366, 375, 378, 386, 392, 400, 415, 422, 444 e 448 de 2020 e 465, 475, 476 e 495 de 2021.

³¹ São listadas, a seguir, estruturas de gestão criadas pelas: Portarias MS nº 1.587 e 3.190 de 2020 e Portaria Conjunta Anvisa nº 1/2020.

³² Considerando apenas os Decretos relacionados à saúde, incluídos no levantamento do presente trabalho, foram revogados: 10.277, 10.282, 10.289, 10.292, 10.300, 10.344, 10.404 e 10.407 de 2020 e 10.659/2021.

³³ Portarias MS nº 492 e 639 de 2020, revogadas pela Portaria MS nº 1.142/2022.

³⁴ Portarias SAES/MS nº 237, 245 e 510 de 2020, revogadas pelas Portarias SAES/MS nº 19 e 177 de 2022.

de natureza semelhante foram mantidas vigentes, como a possibilidade de destinação de leitos de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) ao tratamento prolongado de COVID-19 no SUS³⁵, ou a destinação de equipes especializadas para atendimento de pacientes com COVID-19 nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas³⁶.

Para além destas revogações pontuais, contudo, um levantamento anedótico das portarias publicadas pelo Ministério após o fim do período de coleta do estudo parece indicar que foi promovido, em antecipação ao encerramento da ESPIN, um movimento de desmobilização dos serviços hospitalares emergenciais no SUS, especialmente através da mudança nos mecanismos de financiamento, transferindo-se maiores responsabilidades aos entes subnacionais³⁷. Esse fenômeno, quando interpretado conjuntamente com o encerramento das medidas de financiamento excepcionais a partir de 2022, sugere que houve uma política de de-escalamento unilateral da infraestrutura emergencial no sistema, mesmo antes do encerramento formal da emergência.

Além da transferência das responsabilidades pela manutenção de leitos aos entes federados, o Ministério da Saúde deixou também de cumprir, de forma mais abrangente, o papel de conduzir a transição do sistema de saúde à normalidade. A declaração de encerramento da ESPIN foi feita de forma abrupta, e o período de transição, fixado em apenas um mês suscitou protesto generalizado entre os gestores de saúde subnacionais:

Preocupa-nos o impacto de um encerramento abrupto, pois há considerável número de normativos municipais e estaduais que têm se respaldado na declaração de emergência publicada pelo Ministério da Saúde, assim como há diretrizes do próprio ente federal que impactam estados e municípios e que também têm seus efeitos vinculados à vigência da declaração de emergência. Consequentemente, tais atos normativos precisarão ser revistos e atualizados para adequação à nova realidade.

³⁵ Portaria MS nº 561/2020.

³⁶ Portaria SESAI/MS nº 55/2020.

³⁷ A Portaria MS nº 4.226, publicada no último dia de 2021, estabeleceu uma série de medidas cuja finalidade precípua era a de incentivar o descadastramento dos leitos emergenciais de UTI no SUS. A norma fixou como prazo o dia 20 de fevereiro para que os gestores subnacionais encaminhassem pedidos de reabilitação dos leitos ativos, sob pena de descadastramento. Os novos pedidos de habilitação não poderiam superar o número total de leitos ativos no momento da solicitação. Alterou-se, ademais, a forma de remuneração dos leitos, que passou a ser feita retroativamente, baseada não mais no número de leitos ativos, mas na quantidade de internações realizadas.

Além disso, para o enfrentamento à pandemia, estados e municípios promoveram grande ampliação de vigilância em saúde e de serviços assistenciais, sobretudo com a ampliação de leitos, a necessária contratação temporária de um grande contingente de profissionais, somada às contratações para aquisição de insumos necessários ao enfrentamento da pandemia. Desse modo, é imperativa a readequação dos serviços e o remanejamento dos profissionais, além da adequação de contratos já celebrados e que estão em andamento, o que demandará considerável esforço dos municípios e dos estados, o que não poderá ser concluído em curto espaço de tempo. (CONASS e CONASEMS, 2022)

Os gestores pleiteavam que fosse concedido mais tempo para a transição e que este processo fosse conduzido de forma pactuada, particularmente em relação à manutenção dos serviços de vigilância e de vacinação. A própria Portaria nº 913/2022, que decretou o encerramento da ESPIN, determinava que caberia ao Ministério a responsabilidade por orientar entes subnacionais quanto à “continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus” (art. 2º). Mesmo diante disso, não foi possível identificar, dentre as normas e literatura cinzenta publicados após a Portaria MS nº 913/2022, garantias neste sentido.

Este processo de encerramento abrupto da ESPIN, conduzido de forma unilateral pelo Ministério da Saúde e sem o devido planejamento, remete, em grande medida, à tentativa de antecipar o fim do regime jurídico de emergência, ao menos quanto aos seus desdobramentos fiscais, no fim de 2020. Ainda que, no caso do encerramento da ESPIN, as circunstâncias epidemiológicas fossem muito mais favoráveis à transição ao regime ordinário, em ambos os momentos o ímpeto de suprimir as inevitáveis disrupções fiscais da excepcionalidade se sobrepôs à adequada consideração das necessidades de saúde da população e, reflexamente, de readaptação do sistema.

3.3 Função no sistema de saúde

A categorização das normas a partir da função desempenhada no sistema de saúde traduz, essencialmente, as *medidas emergenciais*³⁸ por elas operacionalizadas

³⁸ Foram criados diversos projetos de monitoramento de decisões tomadas e implementadas por governos para enfrentamento da pandemia. Nestes projetos são usados, intercambiavelmente, os termos *intervenções* (e.g., Desvars-Larrive, Dervic e Haug, 2020), *medidas* (e.g., Acaps, 2020) e *políticas* (e.g., Cheng, Barceló e Hartnett et al., 2020; Peña, Cuadrado e Rivera-Aguiera et al., 2020; Hale, Angrist e

ou implementadas e, por isso, na discussão específica sobre cada função, serão as *medidas* a principal unidade de análise adotada.

A Tabela 3 traz o número de normas classificadas segundo cada categoria da dimensão. Aqui, é relevante ressaltar que, por vezes, uma mesma norma pode ser classificada sob mais de uma categoria, motivo pelo qual os números de normas e porcentagens associados a cada uma delas, se somados, excederão o número total de normas que compõem o conjunto.

Tabela 3 – Normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por função cumprida no sistema de saúde – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Função no sistema de saúde	Normas (n)	% (total)	% (desconsiderando repasses e habilitações)
Financiamento	854	76,5%	-
Produtos e tecnologias de saúde	83	7,4%	22,7%
Serviços de assistência à saúde	74	6,6%	20,3%
Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	73	6,5%	20,0%
Financiamento (sem habilitações ou repasses)	70	-	19,2%
Gestão	42	3,8%	11,5%
Vigilância em saúde	25	2,2%	6,8%
Recursos humanos	23	2,1%	6,3%

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

As normas relacionadas a financiamento são, por uma larga margem, as mais numerosas no conjunto analisado, representando 76,5% do total. Este dado reflete diretamente a inclusão, sob esta categoria, das normas que habilitam equipamentos ou efetivam outras modalidades de alocações de recursos na saúde – que, no geral, apenas executam decisões administrativas, sem quaisquer impactos prescritivos. Quando desconsideradas estas normas, a categoria do financiamento deixa de ser a mais

Goldszmidt, et al., 2021) para designar os objetos estudados. Estes objetos, por sua vez, são variáveis em escopo e natureza, englobando desde decisões governamentais isoladas, como as de fechamento de fronteira ou de restrição de circulação, até conjuntos de decisões com objetivos comuns, como “medidas de fortalecimento do sistema de saúde” (Acaps, 2020; Peña, Cuadrado e Rivera-Aguiera et al., 2020). Diante da variedade nas definições de unidades de análise, bem como da inadequação do objeto estudado (normas, frequentemente unilaterais, isolada e estaticamente consideradas) ao conceito de *política pública* (que denota, necessariamente, processualidade (Bucci, 2013)), optou-se por utilizar, no presente trabalho, o conceito de *medida*, conforme adotado pela OMS (2020, p. 2).

numerosa e passa a representar uma porcentagem similar às das demais categorias dentro do conjunto. Sob este recorte, são as categorias com maior número de normas, em ordem decrescente: produtos e tecnologias de saúde (22,7%); serviços de assistência à saúde (20,3%); promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos (20%); financiamento (19,2%); gestão (11,5%); vigilância em saúde (6,8%), e; recursos humanos (6,3%).

Conforme previamente antecipado, considerando o grande volume do conjunto, a discussão sobre cada uma das categorias será discutida, a seguir, a partir das normas indutivamente identificadas como mais relevantes, seja por cumprirem papel central na estruturação das medidas emergenciais ou por representarem disrupções relevantes no sistema de saúde ou no ordenamento ordinário. Para a contextualização das discussões sobre as normas extraordinárias, a partir de uma perspectiva sistêmica, será apresentado, no início de cada subseção, um breve panorama sobre o funcionamento ordinário das funções no SUS.

3.3.1 Gestão

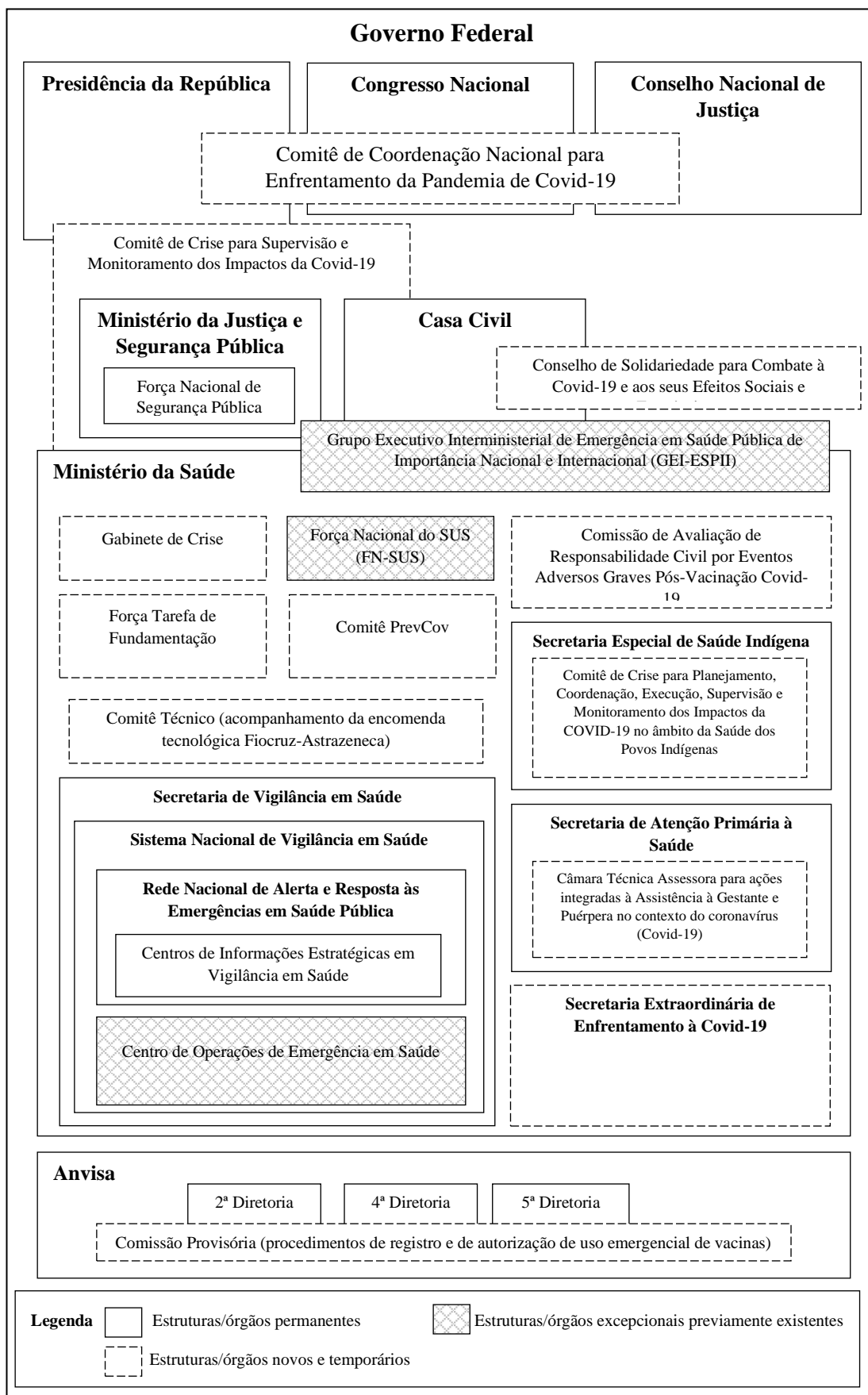
A função de gestão dos sistemas de saúde é definida como a atuação do governo no planejamento de políticas de saúde e na garantia dos elementos necessários para que sejam eficazmente implementadas (OMS, 2007). Esse papel pode ser resumido às atividades de “tomada de decisão, planejamento de políticas e regulação” (Rajan, Koch e Rohrer et al., 2022, p. 49, tradução livre).

No SUS, União, Estados e Municípios têm atribuições comuns para elaborar seus respectivos planos de saúde e propostas orçamentárias (art. 15, VIII e X da LOS), bem como administrar recursos financeiros e articular o planejamento às políticas de fato (art. 15, II e XVIII da LOS). Na divisão de competências específicas (arts. 16 a 19 da LOS), à União são designadas atribuições afeitas à coordenação e ao planejamento de políticas abrangentes, enquanto Municípios ficam responsáveis majoritariamente pela execução de ações e serviços (CF, art. 30, VII) e Estados compartilham ambos os tipos de atribuição. Complementarmente, é atribuída à União a responsabilidade de prestar cooperação técnica e financeira aos demais entes, para aprimorar a sua atuação (art. 15, XIII da LOS).

Ainda que haja espaço para pactuar responsabilidades de forma diversa no âmbito das Comissões Intergestores (Seção I, Capítulo V do Decreto nº 7.508/2011 e art. 14-A da LOS), a União ocupa posição privilegiada na fixação das diretrizes gerais de funcionamento do sistema de saúde. Além das atribuições legais de coordenação, a maior margem fiscal garantiu historicamente ao Executivo federal a possibilidade de induzir a implementação de políticas centralizadas através de repasses financeiros condicionados aos demais entes (CONASS, 2015-b; Santos e Luiz, 2016; Jaccoud e Vieira, 2018; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). Contudo, esta capacidade vinha passando por processo de erosão desde 2016, com a implementação do teto de gastos e o subsequente movimento de progressiva desvinculação dos repasses federais no custeio da saúde (Jaccoud e Vieira, 2018; Vieira e Servo, 2020). Essa tendência foi fortemente acelerada a partir do início da gestão federal atual, com o desmantelamento do federalismo cooperativo e sua substituição pelo modelo dualista (Abrucio, Grin e Franzese et al., 2020).

Em contraste a esse contexto, a pandemia, por sua magnitude e impactos multissetoriais, surgiu como um problema que demanda, simultaneamente, altos níveis de coordenação governamental e novos arranjos de colaboração para sua mitigação (Paquet e Schertzer, 2020). No Brasil, as normas excepcionais demonstram que se buscou responder aos novos desafios de coordenação através da criação de uma estrutura de gestão emergencial própria à pandemia, principalmente por meio do acionamento de órgãos excepcionais previamente existentes, da criação de novos órgãos de gestão e do remanejamento de competências e responsabilidades na administração. A Figura 8 esquematiza os atores envolvidos na gestão emergencial da saúde.

Figura 8 – Órgãos e estruturas do Poder Executivo Federal relacionados à saúde envolvidos no enfrentamento da COVID-19 – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021



Fonte: Carmo (2009), Brasil (2014), Teixeira, Costa e Carmo et al. (2018), Decreto nº 7.616/2011, Decreto nº 10.211/2020, Decreto nº 10.277/2020, Decreto nº 10.311/2020, Decreto nº 10.659/2021, Decreto nº 10.697/2021, Portaria Conjunta Anvisa nº 1/2020, Portaria MJSP nº 151/2020, Portaria MS nº 188/2020, Portaria MS nº 1.587/2020, Portaria MS nº 3.190/2020, Portaria MS nº 3.290/2020, Portaria MS nº 3.886/2020, Portaria MS nº 1.142/2021, Portaria SAPS/MS nº 10/2021, Portaria SESAI/MS nº 16/2020. Elaboração própria.

A conformação da estrutura excepcional de gestão, apesar de também ter incluído o acionamento de órgãos já anteriormente previstos na legislação ordinária, envolveu principalmente a criação de novos órgãos, cujas competências e composição foram definidas, resumidamente, nos seguintes termos:

- Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 (Decreto nº 10.277/2020): “órgão de articulação governamental e de assessoramento ao Presidente da República sobre a consciência situacional em questões decorrentes da COVID-19” (art. 2º). Composto por todos os Ministérios federais, Anvisa, Coes-MS, Advocacia Geral da União e por empresas públicas federais, sob coordenação da Casa Civil.

- Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 (Decreto nº 10.659/2021): órgão voltado à “articulação interpoderes e interfederativa” (art. 2º, II), para “discutir medidas a serem tomadas” (art. 2º, I) no enfrentamento da pandemia. Composto pela Presidência da República (na condição de coordenador), do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e, “na condição de observador” (art. 3º, III), do Conselho Nacional de Justiça.

- Conselho de Solidariedade para Combate à Covid-19 e aos seus Efeitos Sociais e Econômicos (Decreto nº 10.311/2020): órgão dedicado a “orientar a execução de ações financiadas por doações financeiras destinadas ao enfrentamento à covid-19” (art. 2º). Composto por dezesseis Ministérios federais (dentre eles, o da Saúde), sob coordenação da Casa Civil.

- Gabinete de Crise do MS (Portaria MS nº 3.190/2020): órgão interno do MS, “com finalidade de acompanhar e analisar os cenários relativos ao enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19, para subsidiar a tomada de decisão” (art. 1º). Composto pelo Ministro (coordenador), todas as Secretarias da pasta, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

- Força Tarefa de Fundamentação do MS (Portaria MS nº 1.587/2020): órgão interno do MS, criado para coordenar (incluindo decisões sobre quantitativos e critérios de distribuição) processos de aquisição e distribuição de equipamentos e produtos de saúde, de manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares e de habilitação de leitos emergenciais de UTI. Composto pelo Gabinete, todas as Secretarias da pasta e COE, sob coordenação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES).

- Secretara Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 do MS (Decreto nº 10.697/2021): órgão interno do MS, criado para concentrar a coordenação de medidas de enfrentamento à COVID-19 no âmbito do MS, envolvendo a formulação de diretrizes nacionais e a coordenação específica do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação.

- Comitê PrevCov do MS (Portaria MS nº 3.886/2020): órgão interno do MS, criado para “coordenar e monitorar a execução do estudo da estimativa da prevalência da infecção pelo vírus SARS-CoV2 nas pessoas residentes no Brasil” (art 1º). Composto pela SVS/MS (coordenação), Secretaria-Executiva do MS, CONASS, CONASEMS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e OPAS.

- Comissão de Avaliação de Responsabilidade Civil por Eventos Adversos Graves Pós-Vacinação Covid-19 do MS (Portaria MS nº 1.142/2021): órgão interno do MS, criado em razão de exigências estabelecidas em contrato de compra de vacinas, para “avaliar as solicitações administrativas de indenização (...) por eventos adversos graves decorrentes da vacina Covid-19 fornecida pela Janssen” (art. 1º, §1º) e ordenar os procedimentos administrativos desta natureza. Composto por todas as Secretarias do MS, à exceção da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sob coordenação da Secretaria-Executiva.
- Comitê de Crise para Planejamento, Coordenação, Execução, Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas da SESA/MS (Portarias SESA/MS nº 16 e 36 de 2020): órgão interno da SESA, instituído para coordenar as ações de enfrentamento à COVID-19 no âmbito da saúde indígena.
- Câmara Técnica Assessora para ações integradas à Assistência à Gestante e Puérpera no contexto do coronavírus (Covid-19) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (Portaria SAPS/MS nº 10/2021): órgão interno da SAPS/MS, criado para “prestar consultoria e assessoramento (...) com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações integradas para a Assistência à Gestante e Puérpera no contexto do coronavírus” (art. 1º).
- Comissão Provisória para acompanhamento dos procedimentos de registro e de autorização de uso emergencial de vacinas da Anvisa (Portaria Conjunta Anvisa nº 1/2020): órgão interno da Anvisa, destinado a realizar a avaliação técnica dos pedidos de registro e autorização temporária de vacinas e à organização e supervisão dos respectivos procedimentos. Composta pelas 2ª, 4ª e 5ª Diretorias da Agência.

O primeiro ponto a ser notado é a grande sobreposição de competências resultante da multiplicação de novos órgãos. O Executivo federal apartou as estruturas voltadas ao seu assessoramento interno da instância de articulação com os demais Poderes e, simultaneamente, permitiu a multiplicação de órgãos no âmbito de cada Ministério, sem a devida delimitação de competências ou previsão de cooperação entre eles. De fato, dentre as normas analisadas, apenas uma foca na distribuição de competências entre Ministérios³⁹, e o faz apenas com relação ao assunto da proteção social. O resultado foi não só a duplicação de competências entre estruturas dentro de um mesmo órgão (como, por exemplo, no caso do Gabinete de Crise e da Força Tarefa de Fundamentação do Ministério da Saúde), mas, também, entre órgãos distintos (como, por exemplo, no caso do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 e do GEI-ESPII).

Dessa forma, a nova estrutura de gestão apenas aprofundou problemas prévios de coordenação intersetorial no enfrentamento de emergências, antecipados no Capítulo I. Foi criado, ainda, um problema adicional relacionado à articulação dos Poderes federais: como provável consequência do antagonismo político entre eles, o

³⁹ Resolução nº 10/2020 do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19.

único espaço de gestão interpoderes criado foi o Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19, que vigeu por apenas 90 dias e cujas atribuições não envolviam propriamente a tomada de decisões conjuntas, mas apenas a promoção da discussão e articulação. Rememore-se que, paralelamente à criação do Comitê e durante a sua vigência, a Presidência vetou parcialmente ao menos uma das leis relacionadas à pandemia aprovadas pelo Congresso Nacional⁴⁰.

Tratando especificamente da organização do sistema de saúde, a principal disfunção criada pela estrutura de gestão excepcional foi a quase absoluta desarticulação interfederativa, atribuível a três fatores correlacionados: o alto grau de autonomia concedido aos entes subnacionais sob o regime emergencial; as poucas instâncias de articulação criadas, e; a omissão do Poder Executivo federal nas tarefas de planejamento e coordenação de medidas conjuntas no enfrentamento à pandemia.

Quanto ao primeiro ponto, foram atribuídas, ao longo da emergência, diversas prerrogativas e poderes excepcionais às autoridades de todos os níveis federativos, compreendendo desde a possibilidade de decretar medidas sanitárias obrigatórias até as flexibilizações para contratações públicas. As prerrogativas específicas são discutidas nas subseções que tratam de cada função do sistema de saúde, mas são aqui retomadas, em abstrato, por estarem intrinsecamente ligadas à noção de capacidade decisória e, conseqüentemente, à função de gestão. A inespecificidade das normas que as instituíram permitiu que os entes federados as usassem quase que de forma irrestrita, especialmente em se considerando o grande volume de recursos, em sua maior parte transferidos de forma desvinculada, com o qual passaram a contar.

As prerrogativas, apesar de necessárias para facilitar a tomada de decisão e garantir sua implementação em tempo hábil, não foram acompanhadas pela criação de espaços de articulação adequados entre União, Estados e Municípios. Dentre todos os órgãos excepcionais que detivessem poder decisório relevante⁴¹, apenas o Gabinete de Crise do Ministério da Saúde previa a participação do CONASS e do CONASEMS. Na prática, cada ente subnacional foi liberado para decidir sobre a aplicação dos

⁴⁰ Lei nº 14.147/2021, que criava o “Programa Pró-Leitos”, cf. Quadro 2 (p. 56-57).

⁴¹ O Comitê PrevCov também previa a participação do CONASS e CONASEMS na sua atividade, mas suas competências estavam restritas à realização de inquérito epidemiológico, sem competência para atuar no enfrentamento da pandemia de forma mais abrangente.

poderes emergenciais de forma independente, em absoluto descompasso com as necessidades de coordenação colocadas pela pandemia.

Adicionalmente, a descoordenação no enfrentamento à pandemia foi muito potencializada pela postura assumida pelo Executivo federal ao longo da emergência. Em contrariedade ao que determina a LOS, a União não apenas deixou de cumprir o papel geral de coordenação das políticas de saúde, como, também, buscou limitar suas atribuições. Exemplos desse movimento foram: a limitação da atuação da Força Tarefa de Fundamentação à distribuição de recursos aos Estados, delegando a eles a responsabilidade de redistribuição aos Municípios (art. 4º, Portaria MS nº 1.587/2020); a criação de procedimentos e critérios para que a administração pública federal prestasse auxílio aos demais entes em caso de necessidade (Resolução nº 12/2021 do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19), criando obstáculos à implementação do dever geral de cooperação técnica (art. 16, XIII da LOS), e; a determinação, no caso dos hospitais de campanha, de que a responsabilidade pelo planejamento e implantação seria dos Estados e Municípios, reservando-se à União apenas o papel de prestação de “apoio técnico (...) mediante documento orientativo” (art. 8º, p. ú., Portaria MS nº 1.514/2020).

Experiências de diferentes países revelam que a centralização ou não da resposta à pandemia não é fator determinante para o seu sucesso; ambas as opções podem ter resultados similares, cada qual com prós e contras específicos (M. Silva, 2021). No contexto brasileiro, em que a União acumula, historicamente, maiores capacidades financeiras e técnicas na área da saúde, a centralização seria o caminho menos disruptivo com relação ao funcionamento ordinário do sistema. Não foi, contudo, o que se passou: ainda que o Ministério da Saúde tenha publicado planos e outros documentos administrativos com orientações relacionadas a políticas focalizadas⁴², não foram centralizados critérios para a aplicação de medidas sanitárias obrigatórias ou metas gerais relacionadas ao combate da pandemia (Santos, Andrade e Vieira et al., 2021).

⁴² Disponíveis em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos>>. Acesso em: 27 jun. 2022.

A descoordenação resultante foi evidenciada pela grande profusão de normas excepcionais publicadas por entes subnacionais (conforme demonstrado em CEPEDISA, 2021-b), sugerindo a multiplicação de estratégias de enfrentamento diversas no território. Tal cenário não só pode ter contribuído para o enfraquecimento de algumas medidas, como as de restrição de circulação ou de aquisição de insumos e produtos estratégicos (Moraes, 2020-a, 2021-a, 2021-b; Fiuza, Santos e Lopes et al., 2020), como também, no contexto brasileiro de predominância de Municípios de pequeno porte, com baixa capacidade técnico-administrativa (Arretche, 1999), pode ter agravado desigualdades regionais pré-existentes (Lima, Pereira e Machado, 2020; Shimizu, Lima e Carvalho et al., 2021) e, paralelamente, causado o desperdício de parte significativa dos recursos mobilizados extraordinariamente.

Pode-se concluir que, mais do que apenas prejudicar o enfrentamento da pandemia, a estrutura excepcional de gestão parece ter aprofundado a tendência prévia de desmantelamento do modelo de federalismo cooperativo (Abrucio, Grin e Franzese et al., 2020; Fleury, 2021). Se, de um lado, isso fortaleceu novos arranjos de governança subnacionais, abrindo espaço para protagonismo inédito dos Estados e Municípios na gestão do sistema de saúde (Vieira e Servo, 2020; Linhares, Ramos e Messenberg, 2020; Shimizu, Lima e Carvalho et al., 2021), de outro, há dúvidas a respeito da sustentabilidade desses modelos uma vez retomada a normalidade, marcada pela austeridade fiscal e pelas profundas desigualdades regionais.

Por fim, um último ponto relevante a ser discutido é a *accountability* na estrutura de gestão emergencial, definida como a possibilidade de responsabilizar os gestores pelo desempenho das suas atividades, não só da perspectiva punitiva, mas do comprometimento em relação aos resultados obtidos (Rajan, Koch e Rohrer t. al, 2022, p. 57). Em modelos emergenciais de acomodação, a responsabilização de agentes a quem tenham sido concedidos poderes excepcionais é, em tese, garantida pela heteroinvestidura, que permitiria a revogação dos poderes concedidos em relação a quem deles abusasse (Gross e Aoláin, 2006). Contudo, no Brasil, o reconhecimento da ESPIN e o uso das prerrogativas excepcionais subsequentemente autorizadas são

ambas atribuições do Poder Executivo federal⁴³. Neste contexto, ficam enfraquecidos os mecanismos de freios e contrapesos. O arranjo é agravado, ainda, pela já aludida sobreposição e pulverização de competências e prerrogativas criadas emergencialmente. A dificuldade em determinar os agentes especificamente responsáveis por cada função ou medida adotada na pandemia implica a dificuldade correlata de responsabilização pelas decisões tomadas.

No nível individual, a Portaria Interministerial nº 5/2020, publicada em março de 2020, determinava que estariam sujeitos à responsabilização civil, administrativa ou penal os servidores públicos que concorressem para o descumprimento de medidas sanitárias obrigatórias (art. 3º, §1º). Ainda que não diga sobre a gestão como um todo, tratou-se da única norma que previa, em termos específicos, a possibilidade de penalização de agentes públicos em função de mau uso de prerrogativas excepcionais. A disposição foi revogada pouco mais de dois meses depois da sua publicação, pela Portaria Interministerial nº 9/2020. Também em maio de 2020, foi publicada a Medida Provisória (MP) nº 966, que vigeu até setembro e determinava que, durante este período, agentes públicos somente poderiam ser responsabilizados por decisões relacionadas ao enfrentamento da pandemia em caso de dolo ou erro grosseiro, inviabilizando, na prática, o exercício de controle sobre a sua atuação excepcional.

3.3.2 Financiamento

A função de financiamento envolve todas as ações relacionadas à arrecadação de recursos financeiros e sua alocação no sistema de saúde, tendo por principais objetivos: a garantia de recursos suficientes para atender às necessidades de saúde da população; a equidade na sua coleta e alocação, e; o seu gasto eficiente (Cylus, Sallaku e Jowett, 2022).

O SUS é financiado a partir de recursos de todos os entes federados, com patamares mínimos de aplicação definidos para cada um deles (art. 198, §§1º e 2º da CF). Além dos gastos diretos de cada ente, custeados a partir de suas próprias receitas, a LOS e a Lei nº 8.142/1990 estabelecem, conjuntamente, a obrigatoriedade de

⁴³À exceção de prerrogativas fiscais emergenciais, que dependem do reconhecimento de calamidade pelo Congresso Nacional.

repasses regulares e automáticos da União, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a entes subnacionais para custeio de serviços de saúde. Os critérios de repasse variam de acordo com os tipos de serviço a que se destinam e os níveis de atenção e/ou programas em que são prestados (cf. Portaria de Consolidação MS nº 6/2017), mas devem observar critérios gerais, dentre os quais: os perfis demográficos e epidemiológicos de cada população; características da rede instalada, e; o desempenho dos serviços em períodos anteriores (art. 35 da LOS).

Desde a criação do SUS, observou-se uma tendência quase constante de aumento proporcional da participação de transferências no total das despesas de saúde da União e, concomitantemente, da ampliação do uso de recursos próprios no custeio da saúde por parte dos entes subnacionais (CONASS, 2011-c; Piola e Barros, 2016). Mesmo que estes movimentos tenham contribuído com o progressivo fortalecimento da autonomia constitucional dos entes, contudo, ainda subsiste forte dependência com relação à União, havendo alegada insuficiência de recursos em face das responsabilidades atribuídas a Estados e Municípios (Santos e Luiz, 2016; Servo, Santos e Vieira et al., 2020). Este quadro de desequilíbrio federativo foi particularmente intensificado a partir da implementação do teto de gastos e da subsequente estagnação das despesas federais com saúde (Jaccoud e Vieira, 2018; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). O chamado novo regime fiscal foi implementado em um cenário de plena crise econômica, em que gastos com saúde já se encontravam em patamares historicamente baixos, o que contribuiu ativamente para o agravamento geral do subfinanciamento também histórico do sistema (Moretti, 2021; Funcia, Bresciani e Benevides et al., 2022).

Foi nesta conjuntura de profundas limitações financeiras que eclodiu a pandemia de COVID-19, apresentando novas e agravando prévias necessidades de saúde, muitas das quais demandavam diretamente o fortalecimento e a expansão de serviços – que, por sua vez, são condicionados pela quantidade de recursos disponíveis. São, nesse sentido, dois os principais objetivos da função do financiamento na pandemia: dimensionar adequadamente e garantir a disponibilidade dos recursos extraordinários necessários para os devidos fortalecimento e expansão dos serviços, e; permitir sua rápida alocação e execução (Barroy, Wang e Pescetto et al., 2020; Prinja e Pandav, 2020; Saxena e Stone, 2020).

Para assegurar a exequibilidade destes objetivos, foram publicadas, principalmente durante o primeiro semestre de 2020, diversas normas de viabilização com o objetivo de suspender amarras fiscais previstas no ordenamento brasileiro, que, articuladas, formam o regime fiscal extraordinário⁴⁴. Em primeiro lugar, buscou-se garantir a possibilidade de incrementar os recursos públicos disponíveis e de liberar as despesas na administração pública. Para isso, o Decreto Legislativo nº 6/2020 reconheceu o estado de calamidade pública até o fim de 2020, permitindo a abertura unilateral de créditos extraordinários pela Presidência, o descumprimento da meta fiscal fixada para aquele ano e a suspensão dos limites de endividamento da Lei de Responsabilidade Fiscal. No mesmo sentido, a Emenda Constitucional nº 106/2020 criou um orçamento próprio para as despesas relacionadas ao enfrentamento da pandemia durante o ano de 2020, afastando todas as limitações legais ainda vigentes que pudessem incidir sobre as despesas, incluindo o teto de gastos e a regra de ouro.

Estabelecidas as prerrogativas para que o Poder Executivo federal pudesse contrair dívidas e realizar despesas sem limitações durante 2020, foram flexibilizadas, complementarmente, diversas normas relacionadas às alocação e execução fiscais e às contratações públicas, de forma a garantir a possibilidade de uso tempestivo dos recursos abertos extraordinariamente⁴⁵. Para a administração pública no geral, procedimentos de licitação e contratação de pessoal foram simplificados e flexibilizados em múltiplas ocasiões⁴⁶. Especificamente quanto à saúde, foram permitidas: a aplicação de recursos remanescentes de outros exercícios financeiros em ações orçamentárias distintas daquelas para as quais foram originalmente alocados (Lei Complementar nº 172/2020); a destinação de recursos de emendas parlamentares ao incremento dos Piso da Atenção Básica ou Teto de Média e Alta Complexidade

⁴⁴ O termo “regime fiscal extraordinário” foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 106/2020 e, inicialmente, aplicar-se-ia apenas às medidas por ela previstas. No entanto, neste trabalho, o seu sentido foi expandido para abarcar todas as normas que, no mesmo sentido da Emenda, introduzissem novas prerrogativas relacionadas ao financiamento da administração pública durante a emergência.

⁴⁵ Utilizando as definições adotadas por Araujo, Alves e Silva et al. (2021), tratamos aqui apenas dos recursos empregados em medidas “acima da linha”, relacionados à abertura de créditos extraordinários pela Presidência, não considerando as medidas que tratem de políticas de crédito ou de liquidez. Importa notar, no entanto, que, este recorte deixa de considerar recursos liberados por medidas “abaixo da linha” que tenham sido utilizados para financiar o setor da saúde, como, por exemplo, no caso da linha de crédito emergencial para santas casas e hospitais filantrópicos criada pela Caixa Econômica Federal (ibid., p. 60).

⁴⁶ Emenda Constitucional nº 106/2020, Medidas Provisórias nº 922, 926, 951 e 961 de 2020 e 1.026 e 1.047 de 2021, Leis nº 14.035 e 14.065 de 2020 e 14.124 de 2021,

(MAC) dos Estados ou Municípios (Portaria MS nº 488/2020), e; a permissão de execução de recursos empenhados em 2020 ao longo de 2021, no caso da União, e de empenho e execução de recursos recebidos em 2020 via FNS ao longo de 2021, no caso dos Estados e Municípios (Decreto nº 10.579/2020).

Com o fim do estado de calamidade pública em 31 de dezembro de 2020, coincidente com o início da segunda onda da pandemia no país, o regime fiscal extraordinário perdeu parcialmente a sua vigência. Foram editadas, no final de 2020, algumas normas que estenderam a possibilidade de execução de créditos abertos extraordinariamente ao longo do ano de 2021 (Decretos nº 10.595 e 10.601 de 2020), mas algumas limitações alocativas voltaram a incidir sobre estes recursos. Foi apenas em março de 2021, com a publicação da Lei nº 14.143, que as capacidades de despesa pública voltaram a ser flexibilizadas, com a determinação de que gastos com saúde relacionados à pandemia não seriam contabilizados no cálculo da meta primária estabelecida no orçamento daquele ano (que, até então, não previa quaisquer recursos para o enfrentamento da COVID-19). Mesmo assim, as normas remanescentes do regime fiscal extraordinário ao longo de 2021 deixaram de fora pontos fundamentais da lógica adotada anteriormente, como o afastamento de limites de despesa com pessoal.

Apesar do seu enfraquecimento a partir de 2021, o regime fiscal extraordinário permitiu a abertura de quase R\$92,1 bilhões em recursos federais destinados ao financiamento de ações emergenciais de saúde ao longo do período analisado⁴⁷, dos quais R\$80,6 bilhões (87,5%) foram destinados ao Ministério da Saúde. Os R\$11,5 bilhões restantes⁴⁸ foram alocados entre os Ministérios da Economia (R\$10 bilhões, a serem repassados a entes subnacionais pelo Programa Federativo de Enfrentamento à COVID-19 para alocação exclusiva em ações de saúde, e R\$98,3 milhões para compra de EPIs), Educação (R\$390,1 milhões, para custeio de hospitais universitários), Defesa (R\$300 milhões, para custeio de equipamentos militares de

⁴⁷ Nesta contagem, foram considerados apenas os créditos que, no ato de abertura, já eram especificamente destinados a ações de saúde. Recursos de destinação livre, que podem ter sido alocados na saúde, mas cuja destinação não era prevista desde sua abertura, não foram considerados na contagem. Os R\$92 bilhões considerados correspondem, nesse sentido, ao piso de recursos extraordinários destinados à saúde no período analisado.

⁴⁸ Foram contabilizados todos os créditos liberados para ações que, ainda que não fossem executadas pelo Ministério da Saúde, fossem contabilizadas sob a função orçamentária “saúde”.

saúde), Ciência, Tecnologia e Inovações (R\$452,8 milhões, para custeio de pesquisas relacionadas à pandemia e de medidas de infraestrutura), Mulher, Família e Direitos Humanos (R\$160 milhões, para fortalecimento de instituições de longa permanência para idosos), Justiça (R\$41 milhões, para contratações temporárias na FUNAI para atendimento de comunidades indígenas) e à Presidência da República (R\$54,8 milhões, para custeio de campanhas de comunicação). O Quadro 3 lista todas as normas de abertura de crédito extraordinário.

Quadro 3 – Normas federais de abertura de crédito extraordinário destinado à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (fev/20-jun/21)

Norma	Publicação	Créditos abertos (R\$)	Lei de conversão
MP 924/2020	13/03/2020	5.099.795.979	-
MP 929/2020	25/03/2020	100.000.000	-
MP 940/2020	02/04/2020	9.444.373.172	-
MP 941/2020	02/04/2020	2.063.666.509	Lei 14.032/2020
MP 942/2020	02/04/2020	168.299.808	Lei 14.033/2020
MP 947/2020	09/04/2020	2.600.000.000	-
MP 962/2020	06/05/2020	352.800.000	-
MP 967/2020	19/05/2020	5.566.379.351	Lei 14.055/2020
MP 969/2020	20/05/2020	10.000.000.000	Lei 14.056/2020
MP 970/2020	26/05/2020	338.260.654	-
MP 976/2020	04/06/2020	4.509.224.000	Lei 14.067/2020
MP 978/2020	04/06/2020	10.000.000.000	-
MP 985/2020	26/06/2020	300.000.000	-
MP 989/2020	09/07/2020	333.182.471	-
MP 991/2020	16/07/2020	160.000.000	-
MP 994/2020	06/08/2020	1.994.960.005	Lei 14.107/2020
MP 1.004/2020	24/09/2020	2.513.700.000	Lei 14.122/2021
MP 1.007/2020	05/10/2020	98.270.969	-
MP 1.015/2020	17/12/2020	20.000.000.000	-
MP 1.032/2021	25/02/2021	2.861.205.000	-
MP 1.041/2021	31/03/2021	5.324.320.142	-
MP 1.043/2021	16/04/2021	2.693.315.000	-
MP 1.048/2021	10/05/2021	5.500.071.904	-
MP 1.054/2021	09/06/2021	41.048.750	-

Legenda: MP = Medida Provisória.

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Tomando por referência o orçamento federal do Ministério da Saúde⁴⁹ aprovado originalmente para o ano de 2020 (Lei nº 13.978/2020), antes da chegada da pandemia ao Brasil, os créditos extraordinários destinados ao órgão representaram aumento em 71,8% dos recursos anualmente destinados ao SUS. Especialmente considerada a extrema restrição fiscal vigente antes da pandemia, tratou-se de uma injeção de recursos abrupta e muito significativa no sistema, o que, em termos práticos, obstou sua alocação e execução. Ao longo dos primeiros meses de vigência do regime fiscal extraordinário, os recursos federais demoraram a ser liberados e executados, passando a ser executados em maior volume apenas quando se estabeleceu um fluxo de repasses da União aos Estados e Municípios – significando, nestes casos, não um gasto efetivo do recurso, mas a sua mera transferência aos entes subnacionais, que passariam, então, a ser responsáveis pela sua execução de fato (Fernandes e Pereira, 2020; Bahia, Magalhães e Andrietta et al., 2020; Servo, Santos e Vieira et al., 2020; Funcia, Bresciani e Benevides et al., 2022).

A partir das normas de repasse levantadas, foi possível apurar que, no mínimo, metade dos recursos abertos em favor do Ministério da Saúde foram transferidos aos Estados e Municípios⁵⁰, conforme detalhado na Tabela 4.

Tabela 4 – Normas federais de repasse de recursos excepcionais à saúde publicadas pelo Ministério da Saúde em razão da pandemia de COVID-19 e quantias repassadas, por função a que se destinam – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Finalidade	Normas (n)	%	R\$ (em milhões)	%
Vigilância em saúde	6	0,8%	1.183,4	3%
Gestão	-	-	-	-
Recursos humanos	-	-	-	-
Produtos e tecnologias de saúde	-	-	-	-
Serviços de assistência à saúde	701	90%	20.493,1	51,6%

⁴⁹ Descontadas as despesas previdenciárias, encargos especiais e reservas de contingência.

⁵⁰ Além dos recursos transferidos a entes subnacionais pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Economia também realizou repasses que poderiam ser alocados a serviços de saúde através da complementação das transferências anuais aos fundos de participação (Medida Provisória nº 938/2020 e Lei nº 14.041/2020) e do Programa Federativo de Enfrentamento à Pandemia de COVID-19 (Lei Complementar nº 173/2020). A alocação destes recursos não foi incluída nos cálculos deste trabalho por não ser possível precisar, a partir delas, a quantia exata destinada à saúde.

Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	3	0,4%	541,2	1,4%
Não definido	69	8,9%	17.471,4	44%
Total	779	100,0%	39.689,07	100%

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Inicialmente, importa pontuar os motivos pelos quais o volume total de recursos repassados pelo Ministério da Saúde até junho de 2021, de R\$39 bilhões, é muito inferior aos R\$92 bilhões abertos para aplicação exclusiva em saúde. Em primeiro lugar, foram abertos R\$80 bilhões em favor do Ministério da Saúde no período analisado, tendo os demais R\$12 bilhões sido abertos em favor de outros ministérios, apesar de destinados a ações de saúde. Em segundo lugar, estas normas dizem respeito apenas a recursos transferidos pelo MS a outros entes subnacionais, desconsiderando os recursos diretamente executados na esfera federal (e.g., despesas com a compra de vacinas), que, diferentemente das transferências, prescindem de normas autorizadoras prévias. Em terceiro lugar, algumas das normas extraordinárias de financiamento destinam recursos a programas e ações previamente em curso no MS, que não guardam relação direta com a pandemia, para evitar a sua interrupção; nesses casos, a falta de referência direta à ESPIN nas normas pode ter sido um fator para os filtros de busca utilizados não as localizarem, deixando-as de fora do levantamento. Por todos estes motivos, os dados da Tabela 4 (i) não devem ser interpretados como um panorama fidedigno das execuções do MS, mas apenas dos repasses por si realizados, e; (ii) estão, provavelmente, subestimados.

Tendo em mente estas ressalvas, as normas revelaram que, dentre os recursos excepcionalmente repassados pelo MS no período, parte expressiva deles (44%) foi transferida ao bloco de custeio criado para contemplar ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia, sem vinculação a medidas específicas⁵¹. Dos recursos repassados com vinculação específica, praticamente todos (51,6%) foram transferidos para custeio de serviços de assistência à saúde, com alguns poucos recursos residuais destinados a ações de promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos (1,4%) e vigilância em saúde (3%). A alocação de recursos vinculados se deu, principalmente,

⁵¹ Algumas normas foram editadas com o objetivo de regulamentar a alocação e execução de recursos transferidos sem vinculação prévia, mas as diretrizes estabelecidas não especificam as políticas a que os recursos devem se destinar. Ver Portarias MS nº 488, 1.666 e 3.896 de 2020 e 1.263 de 2021.

pela habilitação de leitos e equipamentos de saúde ou pelo repasse de incentivos financeiros excepcionais a equipamentos, equipes ou programas específicos.

O grande volume de recursos repassados aos entes subnacionais representou, do ponto de vista sistêmico, uma importante reversão, ainda que temporária, da tendência prévia de diminuição da participação relativa da União no financiamento da saúde. De outro lado, contudo, tratou-se, também, de uma intensificação do movimento de autonomização dos Estados e Municípios, já que a maior parte dos recursos transferidos no período não tinha vinculação prévia, bastando que fossem aplicados no enfrentamento à pandemia.

As normas excepcionais relacionadas ao financiamento contribuíram, dessa forma, para dar sustentação à lógica de descentralização introduzida a partir das normas de gestão. As amplas prerrogativas emergenciais, a ausência de parâmetros claros para guiar as medidas a serem implementadas e a abundância de recursos de livre aplicação garantiram, conjuntamente, condições formais e materiais para a livre atuação de Estados e Municípios no enfrentamento à pandemia. Apesar de todas as medidas fiscais adotadas terem sido formalmente recomendadas pela OMS e adotadas por um grande número de países (Barroy, Wang e Pescetto et al., 2020), a descoordenação generalizada que a acompanhou, no Brasil, pode ter sido um fator determinante para o desperdício e a aplicação desigual destes recursos.

Ilustram este argumento os critérios utilizados para determinar a quantia de recursos desvinculados a serem repassados a cada ente. Até julho de 2020, os valores eram calculados apenas em bases *per capita* (Portarias MS nº 395 e 480 de 2020) ou a partir de valores repassados em exercícios anteriores (Portarias MS nº 774 e 859 de 2020), sem considerar as especificidades das necessidades emergenciais de saúde em cada local. Foi apenas a partir da publicação da Portaria MS nº 1.666/2020, por determinação do Tribunal de Contas da União (Chaves, 2021), que foram incorporados parâmetros epidemiológicos e relacionados à rede instalada. Critérios relacionados à desigualdade socioeconômica entre os entes, por sua vez, foram adotados apenas na Portaria MS nº 3.896/2020, de forma pontual. Ainda, aproximadamente 5,9% dos recursos repassados sem vinculação prévia foram liberados por meio de emendas

parlamentares⁵², presumivelmente alocadas com base em arranjos políticos, e não nas necessidades de saúde propriamente ditas (Fernandes e Pereira, 2020).

A falta de planejamento adequado na aplicação dos recursos foi replicada inclusive no caso das transferências vinculadas, outrora utilizadas como instrumento de coordenação federativa no sistema de saúde. As principais modalidades deste tipo de repasse foram as transferências para custeio de serviços assistenciais, que representaram 51,6% dos recursos transferidos. A Tabela 5 detalha, dentre as normas que repassaram recursos a serviços de assistência à saúde, os níveis de atenção a que se destinaram e os volumes transferidos em cada caso.

Tabela 5 – Normas federais de repasse de recursos excepcionais pelo Ministério da Saúde a serviços de assistência à saúde em razão da pandemia de COVID-19 e quantias repassadas, por nível de atenção a que se destinam – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Nível de atenção	Normas (n)	%	R\$ (em milhões)	%
Primária	24	2,4%	3.889,4	19%
Secundária terciária*	^e 671	95,7%	11.819,0	57,7%
Assistência farmacêutica	1	0,1%	649,8	3,2%
Não definido**	5	0,7%	4.134,8	20,2%
Total	701	100%	20.493,1	100%

* Repasses realizados para incremento do teto MAC, sem especificação das ações a que se destinam.

** Repasses realizados para incremento piso PAB ou do teto MAC, sem discriminação de quantidades destinadas a cada um, ou para ações de saúde compartilhadas entre mais de um nível de atenção.

Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Notadamente, a maior parte (57,7%) das transferências vinculadas se concentrou em repasses para serviços de atenção secundária e terciária, seguidas, por larga margem, das transferências destinadas a serviços não especificados (20,2%) e de transferências destinadas à atenção primária (19%). Esse panorama se consolidou a partir de duas principais modalidades de repasse: por meio do custeio de leitos, feitos de acordo com os quantitativos cadastrados e autorizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁵³, e por meio de incentivos financeiros criados

⁵² Portarias MS nº 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1.000, 1.001, 1.002, 1.003, 1.193, 1.335, 1.350, 1.371, 1.388, 1.389, 1.390, 1.414, 1.454, 1.455, 1.456, 1.613, 1.615, 1.871, 1.878, 1.879, 1.880, 1.881, 1.882, 1.883, 1.884 e 1.940 de 2020.

⁵³ Portarias MS nº 414, 561, 568, 1.521, 1.802, 1.862, 2.217, 3.300, 3.467 de 2020, 373, 471, 829 e 1.412 de 2021 e Portarias SAES/MS nº 237, 245 e 510 de 2020.

para custear programas ou equipamentos específicos, ora repassados mediante adesão⁵⁴, ora repassados a todos os entes que, no momento da criação do incentivo, preenchessem as condições estabelecidas⁵⁵.

Tanto no caso das transferências para custeio de leitos, que somaram 42,5% dos recursos vinculados transferidos no período, quanto no dos repasses de incentivos que dependessem de adesão, que somaram 12,3%, a responsabilidade sobre o financiamento foi transmitida, na prática, aos entes subnacionais. Em ambos os casos, o recebimento dos recursos dependia essencialmente de solicitações de cadastramento por parte dos gestores estaduais e municipais ao Ministério da Saúde, que ficou responsável apenas pela sua autorização ou não. Rememore-se que, pelo arranjo de competências estabelecidos, os entes subnacionais sequer contavam com suporte técnico para o dimensionamento das necessidades de saúde ou do planejamento das medidas emergenciais. Assim, mesmo nas instâncias em que o financiamento emergencial limitava a priori a autonomia subnacional, a responsabilidade pelas decisões de alocação foi essencialmente repassada aos entes federados.

As decisões efetivamente tomadas pela União no caso das transferências vinculadas se limitaram às determinações sobre quais tipos de serviços ou equipamentos seriam custeados emergencialmente. O principal aspecto a se destacar, neste caso, é o enfoque eminentemente hospitalocêntrico adotado nas decisões de financiamento. As escolhas simultâneas de autorizar a habilitação de centenas de milhares de leitos ao longo da pandemia e de limitar as modalidades e finalidades de financiamento disponíveis aos serviços de vigilância, de prevenção e de atenção primária resultaram em forte concentração dos recursos no custeio de serviços de média (incluindo leitos de hospitais de campanha) e alta complexidade (na forma de leitos de UTI).

A despeito do potencial da APS e da vigilância em saúde para participar ativamente de esforços de contenção da disseminação da COVID-19 (Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021), os recursos a elas destinados, além de escassos, foram

⁵⁴ Portarias MS nº 1.579, 1.742, 1.797, 1.975, 2.067, 2.071, 2.234, 2.236, 2.237, 2.239, 2.485, 3.017, 3.186, 3.193, 3.389, 3.391, 3.393, 3.473, 3.474 e 3.874 de 2020 e 361 e 650 de 2021.

⁵⁵ Portarias MS nº 430, 1.841, 1.857, 2.222, 2.358, 2.405, 2.624, 2.625, 2.782, 2.994, 3.008, 3.248, 3.350, 3.712 e 3.717 de 2020 e 731, 894 e 1.253 de 2021.

distribuídos de forma pouco consistente com as necessidades emergenciais. Algumas das transferências vinculadas podem ser diretamente associadas ao fortalecimento de serviços essenciais, como aquelas destinadas ao custeio de equipamentos de porta de entrada específicos para recepção de pacientes com COVID-19 na APS⁵⁶ (que receberam 3,7% dos recursos transferidos de forma vinculada), às equipes de saúde atuantes na APS⁵⁷ (2,3%) ou à expansão de ações de vigilância⁵⁸ (2,8%). No entanto, também receberam recursos da mesma ordem uma série de programas sem relação aparente com a pandemia, dedicados, por exemplo, à saúde bucal, ao apoio à gestação ou à detecção precoce de câncer⁵⁹ (2,1%).

Decisões alocativas aparentemente injustificadas também foram tomadas no âmbito dos gastos federais diretos⁶⁰. Ao passo que algumas normas guardam importante alinhamento em relação às necessidades excepcionais, a exemplo das normas que destinam um expressivo volume ao financiamento de ações relacionadas à vacinação⁶¹ (R\$30 bilhões, 32,6% de todos os recursos excepcionais destinados ao MS), outras normas revelam escolhas pouco compatíveis com as demandas de saúde colocadas. O principal exemplo disso foi a Lei nº 13.995/2020, que estabeleceu a obrigatoriedade de prestação de auxílio financeiro a santas casas e hospitais filantrópicos que atuassem no SUS por parte do Ministério da Saúde, no valor de R\$2 bilhões (2,2% dos recursos extraordinários destinados à pasta). A lei não estabeleceu critérios claros para a distribuição dos recursos e não houve devida justificativa das quantias destinadas a cada equipamento nas normas de execução⁶². Como resultado, hospitais que sequer atendiam pacientes com COVID-19 receberam parcelas dos recursos, sem possibilidade de redirecionamento por parte dos gestores locais (Melo, 2021).

⁵⁶ Portarias MS nº 1.444 e 1.445 de 2020.

⁵⁷ Portaria MS nº 2.405, 2.994 e 3.193 de 2020 e 1.253 de 2021.

⁵⁸ Portarias MS nº 2.358, 2.624, 2.625, 2.782, 3.248 e 3.717 de 2020.

⁵⁹ Portarias MS nº 2.222, 3.008, 3.017, 3.186 e 3.712 de 2020 e 731 de 2021.

⁶⁰ Diferentemente da dinâmica de repasses a entes federados, que devem ser, necessariamente, mediados por normas autorizadoras, a execução dos gastos pelo próprio MS, em sua maior parte, prescinde de autorização prévia, o que dificulta o seu dimensionamento a partir do banco de dados do estudo. Por isso, foram utilizadas como fontes destas considerações as normas de abertura de crédito que especificassem a sua destinação ou normas que impusessem obrigações específicas de despesa à União.

⁶¹ Medidas Provisórias nº 994, 1.004 e 1.015 de 2020 e 1.048 de 2021.

⁶² Portarias MS nº 1.393 e 1.448 de 2020.

Por fim, cabe um comentário quanto à sustentabilidade de médio e longo prazo do sistema de saúde em face da lógica do regime fiscal extraordinário. Para além da já mencionada antecipação precoce do fim da emergência por meio da restrição do estado de calamidade pública ao ano de 2020, os recursos extraordinários destinados ao sistema de saúde foram liberados de forma intrinsecamente limitante. Apenas 1% dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde, ou 0,5% dos créditos extraordinários recebidos pela pasta, foram destinados a despesas de capital⁶³. A alocação quase exclusiva de recursos a despesas de custeio impediu, na prática, a sua utilização em medidas que pudessem fortalecer estruturalmente o sistema de saúde, como a realização de obras ou a aquisição de equipamentos permanentes, permitindo apenas a compra de produtos ou insumos de consumo ou a remuneração de serviços. Com isso, apesar da grande injeção de recursos no sistema, gestores foram impedidos de aplicá-los em medidas que revertessem frutos ao sistema mesmo após o fim da pandemia.

Ademais, a opção por financiar a emergência exclusivamente a partir de créditos extraordinários pontuais, sem a incorporação definitiva de quaisquer das despesas emergenciais ao financiamento ordinário do sistema, provavelmente agravará problemas de sustentabilidade no futuro próximo. Mesmo com o fim da ESPIN, a COVID-19 persistirá gerando casos e óbitos e, com eles, um fluxo de demandas contínuas ao sistema de saúde, seja na forma de serviços preventivos, como a campanha de vacinação⁶⁴, ou de serviços assistenciais, como as internações ou reabilitação voltadas a pacientes com sequelas. A partir da retomada do teto de gastos, no entanto, estas necessidades adicionais não serão consideradas no orçamento da saúde e disputarão recursos com as demais demandas do sistema – incluídas aí, também, aquelas que foram represadas em razão da interrupção da prestação de serviços ao longo da pandemia.

3.3.3 Serviços de assistência à saúde

A função dos serviços de assistência à saúde, por abranger a prestação direta ao usuário final e, nesse sentido, representar uma clara concretização da política social

⁶³ Portarias MS nº 1.841, 3.248 e 3.717 de 2020.

⁶⁴ Apenas no período compreendido pelo estudo, foram definitivamente incorporados ao SUS os imunizantes da AstraZeneca-Fiocruz e da Pfizer (Portaria MS nº 1.446/2021).

da saúde, é fortemente dependente do bom desempenho das demais funções do sistema (Nolte, Karanikolos e Rechel, 2022). Como reflexo deste intrincamento, a regulação da prestação de serviços assistenciais no Brasil é complexa e profundamente dependente dos arranjos de competência e financiamento entre os entes. O art. 196 da Constituição estabelece como princípios organizacionais do SUS a descentralização, a integralidade e a prestação de serviços na forma de rede hierarquizada. A descentralização, do ponto de vista dos serviços, implica a competência de cada ente para administrá-los e executá-los autonomamente. A prestação em redes hierarquizadas foi a forma organizacional estabelecida para que, diante da pulverização de Municípios no Brasil, houvesse integração territorial entre serviços prestados por diversos entes, de forma a minimizar o desperdício de recursos e garantir o atendimento integral da população (Lavras, 2011).

O modelo de atenção eleito para organização do SUS a nível nacional foi o da centralidade da APS, organizada segundo a Estratégia Saúde da Família (CONASS, 2011-a, 2015-a; Paim, 2012). Por sua maior proximidade dos territórios, comunidades e usuários, os serviços de atenção básica são a porta de entrada prioritária do sistema e devem orientar a organização dos serviços de maior densidade tecnológica, ofertados de forma mais concentrada (Lavras, 2011). Com o processo de descentralização da saúde no Brasil, a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção básica foi atribuída, como regra, aos Municípios (ibid.). Foi reservada aos Estados e Municípios, de forma compartilhada, a responsabilidade pela pactuação sobre como serão estruturadas as redes regionais e sobre a administração dos serviços de média e alta complexidade (ibid.). À União é atribuída a competência de estabelecer diretrizes, estratégias e prioridades nacionais na organização dos serviços (Paim, 2012).

O financiamento da APS e da MAC envolve tanto transferências da União aos Estados e Municípios quanto o custeio a partir de recursos próprios de cada ente federado. Os repasses utilizados para custeio da APS, até 2019, eram constituídos por um componente fixo, baseado na população municipal, e um componente variável, baseado na adesão a incentivos financeiros (CONASS, 2011-a). Os repasses para custeio da MAC são calculados com base nos serviços e procedimentos prestados, adotando-se valores padronizados para todo o sistema de saúde, até o teto máximo calculado para cada ente subnacional. Alguns procedimentos estratégicos são

remunerados independentemente de limite, e há, assim como para a APS, recursos repassados na modalidade de incentivos financeiros, geralmente associados a programas estratégicos ou a serviços prestados nas redes temáticas (CONASS, 2011-b). Os recursos federais repassados para custeio de serviços assistenciais representaram em média, entre 2000 e 2017, mais de 90% das transferências feitas via FNS aos entes subnacionais, sendo 66% destinado à MAC e 24% à APS (Paiva, Gonzales e Benevides, 2020).

Os serviços assistenciais de saúde no Brasil enfrentavam, desde antes da pandemia, severos desafios estruturais, muitos dos quais relacionados àqueles já relatados sob as funções de gestão e de financiamento. De forma mais premente, o subfinanciamento crônico do sistema impediu, historicamente, que a rede de serviços pública fosse capaz de atender à demanda, tanto na APS quanto na MAC, colocando em xeque o mandamento constitucional de acesso universal (CONASS, 2015-a; Rache, Rocha e Nunes et al., 2020). A falta de reajustes nos valores de repasse para a APS e nas tabelas de remuneração na MAC agravou progressivamente este quadro, a despeito da recomposição parcial representada pelo aumento da participação de recursos municipais no financiamento dos serviços ao longo do tempo (Santos e Servo, 2016; Mendes, Carnut e Guerra, 2018). Além de insuficientes, os serviços que compõem a rede pública são extremamente fragmentados, dadas as falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, dificuldades na regionalização e persistência de profundas desigualdades territoriais na sua oferta e qualidade (CONASS, 2011-a, 2011-b). Soma-se à fragmentação a profunda segmentação do sistema, tanto do ponto de vista da oferta quanto do da utilização de serviços, derivada da coexistência entre o SUS e o setor de saúde suplementar, do qual apenas 25,5%⁶⁵ da população é beneficiária, (Santos, Ugá e Porto, 2008).

Com a pandemia, os desafios centrais colocados à função da prestação de serviços foram os de, simultaneamente, atender ao aumento de demanda e de manter, tanto quanto possível, a prestação dos serviços ordinários (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021). A capacidade de absorver a nova demanda é diretamente

⁶⁵ Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar referentes à cobertura populacional de planos de assistência médica em maio de 2022. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def>. Acesso em 03 ago. 2022.

condicionada pela estrutura inicial do sistema e pela existência de recursos disponíveis para garantir a expansão necessária; a continuidade dos serviços, de outro lado, é condicionada pela capacidade de organização de fluxos e integração de serviços no sistema (ibid.). Consequentemente, no contexto brasileiro, tendo em conta as prévias insuficiência e fragmentação da rede de serviços, as demandas emergenciais propriamente ditas somaram-se à necessidade de contornar as fragilidades estruturais do sistema.

Gestão excepcional dos serviços assistenciais: a Força Tarefa de Fundamentação

O primeiro aspecto estruturante da resposta emergencial do SUS à pandemia foi o estabelecimento de uma organização particular para distribuição dos recursos emergenciais necessários ao redimensionamento e reorganização dos serviços. Em junho de 2020 foi criada a Força Tarefa de Fundamentação do Ministério da Saúde (Portaria MS nº 1.587/2020), à qual foram atribuídas as responsabilidades de coordenar os processos de aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e produtos e de habilitação de leitos emergenciais (art. 3º). Criou-se, com isso, um fluxo decisório sobre a organização dos serviços emergenciais, sob o qual os gestores estaduais encaminhavam as demandas de abastecimento ou de habilitação ao MS, a quem cabia a decisão sobre as prioridades de alocação e os quantitativos autorizados. Os critérios objetivos estabelecidos para determinar a ordem de prioridade dos pedidos levavam em consideração a situação epidemiológica, dados socioeconômicos, capacidade instalada e taxas de ocupação de leitos nas respectivas instâncias solicitantes (Anexo da Portaria). A definição de critérios para redistribuição de recursos aos Municípios foi deixada a cargo dos Estados (art. 4º, p. ú.).

Identifica-se já de início, portanto, a replicação da lógica de autonomização dos entes federados também no caso das responsabilidades sobre a estruturação dos serviços de saúde emergenciais. Mesmo que reconhecida a maior capacidade de Estados e Municípios para dimensionar as demandas de saúde de seus respectivos territórios e redes (CONASS, 2015-b), o fluxo estabelecido pela Força Tarefa condicionou a alocação dos recursos emergenciais aos pedidos dos gestores subnacionais, reservando ao MS apenas a tarefa de aprovar ou não as solicitações. A

redução do Ministério ao papel de sancionador foi reforçada pela escolha de não incluir o CONASS e o CONASEMS na Força Tarefa de Fundamentação, renunciando à possibilidade de usá-la como instância de coordenação.

Expansão da rede de média e alta complexidade

A grande concentração de recursos no fortalecimento de serviços de atenção hospitalar pode ser apontada como um dos principais desdobramentos da lógica de alocação criada a partir da Força Tarefa de Fundamentação. Ao longo da pandemia, o Ministério da Saúde criou três modalidades de leitos emergenciais que poderiam ser custeados por recursos federais: de UTI (Portaria SAES/MS nº 237/2020), de suporte ventilatório pulmonar (Portaria SAES/MS nº 510/2020) e para cuidados prolongados e reabilitação em HPP (Portaria MS nº 561/2020). A autonomia conferida aos entes subnacionais e a possibilidade de receber verbas emergenciais a partir da habilitação dos leitos levaram a um movimento generalizado e pouco coordenado de expansão da rede hospitalar⁶⁶, encabeçado pelos Estados e Municípios (Campos e Canabrava, 2020, p. 150).

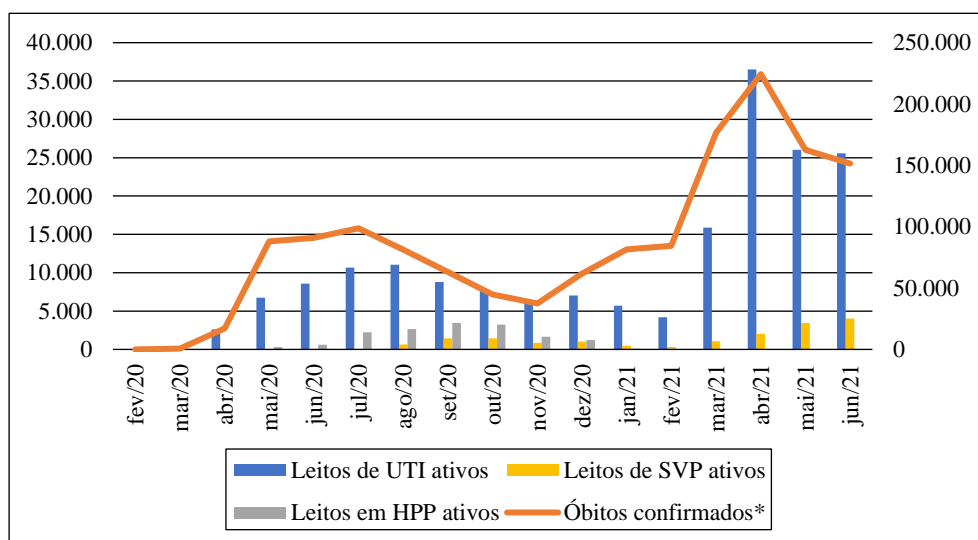
No período analisado, foram publicadas 650 normas destinadas à autorização de pedidos de habilitação de leitos emergenciais encaminhados pelos entes subnacionais ao MS, 433 delas relacionadas à alta complexidade (UTI) e 217 à média complexidade (SVP⁶⁷ ou leitos em HPP), totalizando R\$8,7 bilhões repassados. A Figura 9 esquematiza, a partir das normas de habilitação, desabilitação e prorrogação

⁶⁶ Na discussão desenvolvida a seguir, o fenômeno da expansão da rede hospitalar durante a pandemia é resumido à análise das habilitações de leitos emergenciais pelo governo federal, como reflexo da coleta das portarias de habilitação excepcionais. No entanto, este recorte não considera importantes dimensões do fenômeno, como: leitos emergenciais que tenham tido habilitação negada pelo MS, sendo integralmente mantidos pelos entes subnacionais (que, segundo Chioro (2021), chegaram a mais de 6 mil até setembro de 2020), e; leitos ordinários que tenham sido criados para atender pacientes com COVID-19, que, por sua inespecificidade, não podem ser aqui contabilizados. Assim sendo, devem-se interpretar os dados e enfoque apresentados como um retrato parcial e subdimensionado do fortalecimento do componente hospitalar brasileiro ao longo da pandemia.

⁶⁷ Leitos de suporte ventilatório pulmonar podem ser habilitados tanto em contextos de atenção de alta complexidade – em UTIs, por exemplo – quanto em ambientes de média complexidade, como hospitais de campanha. Devido à dificuldade de precisar o contexto em que habilitado cada leito apenas a partir das normas de habilitação, optou-se, no trabalho, por generalizar a classificação dos leitos de suporte ventilatório pulmonar sempre como de atenção secundária.

coletadas, a quantidade de leitos emergenciais ativos em cada mês compreendido no estudo, cotejada com a evolução do número de óbitos no país.

Figura 9– Leitos emergenciais para tratamento da COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde e óbitos por COVID-19 confirmados, por mês – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021



* A data de confirmação do óbito se refere à data de confirmação da *causa mortis* como a infecção por COVID-19, sem relação com data de ocorrência do óbito.

Fonte: Diário Oficial da União e Painel Coronavírus (Ministério da Saúde). Elaboração própria.

Foram considerados como “leitos ativos” todos aqueles que tenham estado ativos em algum momento do mês de referência, ainda que tenham perdido vigência ou sido desabilitados durante o mesmo exercício. Por este motivo, existem distorções nos números aqui retratados em relação aos do SCNES, apesar de ambos os registros serem, no geral, compatíveis⁶⁸. As exceções são os meses de fevereiro e de abril de 2021, em que os dados relativos a leitos de UTI obtidos a partir das normas são, no primeiro caso, muito inferiores (sub-representação de aproximadamente 5 mil leitos) e, no segundo, superiores (sobrerrepresentação de aproximadamente 15 mil leitos) àqueles registrados no SCNES. No caso de fevereiro de 2021, é possível que a distorção se deva ao descompasso entre o tempo de processamento do cadastro dos leitos e a publicação das autorizações (Campos e Canabrava, 2020). No caso de abril de 2021, a diferença se deve à mudança nas normas de habilitação deste tipo de leito,

⁶⁸ No caso dos leitos de HPP destinados a pacientes com COVID-19, em razão de não ter sido criado um cadastro próprio no CNES, os dados provenientes das normas coletadas não puderam ser comparados com outros registros oficiais.

pela qual o custeio passou a ser feito de forma retroativa (Portaria MS nº 829/2021). Com isso, foram publicadas três normas em maio de 2021 (Portarias MS nº 839, 851 e 897 de 2021) que repassaram recursos para o custeio retroativo de 18.752 leitos de UTI relativos ao mês anterior, que acabaram somados aos leitos, cadastrados sob outras normas, cujas habilitações venceram ao longo do mês de abril.

Mesmo considerados com ressalvas, estes dados demonstram o peso atribuído à estruturação da rede de atenção hospitalar para enfrentamento da pandemia no Brasil, com particular enfoque na alta complexidade. Em junho de 2021, as novas habilitações de UTI destinadas a pacientes com COVID-19 no SUS representavam mais de 111% dos leitos de UTI cadastrados no sistema público em dezembro de 2019⁶⁹. Essa expansão não se deu de forma equitativa, contudo. A falta de planejamento e diretrizes nacionais para a reorganização da rede de serviços (Santos, Andrade e Vieira et al., 2021) e a autonomia conferida aos Estados e Municípios para decidir sobre a alocação dos leitos resultaram na má distribuição generalizada dos recursos.

A habilitação dos leitos emergenciais de UTI acabou por replicar os padrões históricos de desigualdades regionais, inter e intraestaduais do sistema, com destaque para a concentração de recursos em Estados das regiões Sul e Sudeste e em localidades próximas às capitais, e persistência da escassez generalizada na região Norte e nos interiores (Campos e Canabrava, 2020; Costa, Bahia e Carvalho et al., 2020; Canabrava 2021; Bigoni, Malik e Tasca et al., 2022; Santos, Oliveira e Albuquerque, 2022). Ainda, a falta de articulação adequada de redes de referência nas regiões de saúde levou Municípios de pequeno e médio porte a habilitarem leitos de UTI próprios em hospitais e enfermarias de baixa densidade tecnológica, o que, apesar de aumentar o acesso, teve implicações negativas sobre a qualidade dos serviços disponíveis a estas localidades e sobre a eficácia na sua organização (Chioro, 2021).

A ausência de coordenação pelo Ministério da Saúde e a resistência ao diálogo com os entes subnacionais teve desdobramentos também sobre a evolução temporal da habilitação dos leitos. Durante os dois primeiros meses de 2021, como

⁶⁹ Considerados todos os tipos de leitos de UTI sob as classificações de leitos complementares do CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leitibr.def>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

parte da tentativa do governo federal de encerrar a ESPIN precocemente, não foram publicadas quaisquer normas autorizando a habilitação de novos leitos emergenciais (cf. Figuras 6 e 7, p. 59), a despeito do concomitante crescimento vertiginoso de óbitos. Enquanto alguns locais passavam pela situação mais aguda da crise sanitária até então, como o Estado do Amazonas, o número total de leitos de UTI ativos no país, segundo as normas coletadas, permaneceu estagnado em um patamar similar aos dos primeiros meses da ESPIN⁷⁰, o que culminou na judicialização de diversos Estados contra a União para demandar a retomada das habilitações (Supremo Tribunal Federal, 2021).

Apesar de não terem sido encontradas evidências a respeito da sua distribuição territorial, os leitos de média complexidade foram habilitados sob a mesma lógica de autonomia dos entes subnacionais, sugerindo igual descoordenação, já que as decisões sobre habilitação de leitos de SVP e distribuição de respiradores também foram atribuídas à Força Tarefa de Fundamentação, mediante pedido dos entes subnacionais. No caso dos hospitais de campanha, o planejamento e implementação a nível subnacional foi totalmente delegado aos Estados e Municípios (arts. 2º e 8º, caput, da Portaria MS nº 1.514/2020), deixando ao Ministério, nestes casos, apenas a função de “prestar[á] apoio (...) mediante disponibilização de documento orientativo” (art. 8º, p. ú.). Mencione-se, ainda, que a regulamentação destes equipamentos aconteceu apenas em meados de junho de 2020, quando diversos entes já os tinham implementado por conta própria (Chioro, 2021; Coelho, 2021). A despeito da descoordenação generalizada no processo de expansão emergencial dos leitos, importa ressaltar que a grande destinação de recursos a essa finalidade seria necessária em qualquer caso, diante do cenário prévio de absoluta insuficiência de leitos públicos (Campos e Canabrava, 2020; Coelho, 2021). Dessa perspectiva, a capacidade de rápida expansão chegou a ser, inclusive, apontada como evidência de resiliência do SUS (Massuda, Malik e Vecina Neto et al., 2020; Bigoni, Malik e Tasca et al., 2022). Contudo, as habilitações emergenciais, mesmo durante a ESPIN, foram condicionadas a estritas limitações temporais, o que resultou na circunscrição dos efeitos da expansão da rede à duração da excepcionalidade.

⁷⁰ Pelos dados do SCNES, os leitos habilitados em fevereiro de 2021, apesar de estarem em um patamar mais alto do que a quantidade estimada pelo DOU, estavam próximos da quantidade ativa em junho de 2020.

Mesmo antes do encerramento da ESPIN, foi promovido, a partir do segundo semestre de 2021, um movimento de desmobilização da infraestrutura emergencial de serviços no SUS, conforme mencionado brevemente na subseção 3.2. O número máximo de leitos de UTI destinados ao tratamento da COVID-19 na rede pública, de 25.782, foi atingido em julho de 2021; em dezembro, contudo, já haviam sido reduzidos a 16.194⁷¹. A Portaria MS nº 4.226/2021, publicada quase quatro meses antes do encerramento formal da ESPIN, determinou que todos os leitos emergenciais de UTI credenciados na rede pública deveriam ser recadastrados até fevereiro de 2022 para continuarem ativos, a partir de quando passariam a ser remunerados de forma retroativa, com base nas internações realizadas. Em janeiro de 2022, foi excluído o cadastro criado para habilitação de leitos emergenciais de SVP no SUS e, em maio, a mesma medida foi tomada em relação aos leitos emergenciais de UTI (Portarias SAES/MS nº 19 e 177 de 2022).

Este conjunto de medidas, ao eliminar gradualmente os mecanismos de custeio federal dos leitos emergenciais, promoveu um abrupto desmonte da estrutura criada para enfrentamento da pandemia. Ainda que, mesmo após o encerramento da ESPIN, tenham restado ativos no SUS um número de leitos de UTI significativamente maior ao verificado no período imediatamente pré-pandemia, na ordem de aproximadamente 30%, o movimento de expansão da rede hospitalar pública, que chegou a representar aumento de 217% no ápice da habilitação de leitos emergenciais, foi majoritariamente revertido.⁷² Assim, é possível concluir que, no mesmo sentido da forma como foi conduzido o encerramento da ESPIN, buscou-se diminuir, tanto e tão rápido quanto possível, os desdobramentos da excepcionalidade sobre a rede hospitalar pública, mesmo que, neste caso, as ações emergenciais tenham apenas corrigido, em parte, a aguda deficiência de leitos que atingia o SUS. Em nome da retomada do

⁷¹ Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leutibr.def>>. Acesso em: 6 out. 2022.

⁷² Levantamento feito tomando como referência o número de leitos de UTI habilitados no SUS, respectivamente, em: dezembro de 2019 (data de referência); agosto de 2022 (dados mais recentes disponíveis no momento da consulta), e; julho de 2021 (momento em que havia mais leitos habilitados considerando o intervalo entre dezembro de 2019 e agosto de 2022). Categorias de leitos consideradas no levantamento: “UTI adulto II COVID-19”; “UTI pediátrica II COVID-19”; “UTI adulto”; “UTI infantil”; “UTI neonatal”; “UTI adulto I”; “UTI adulto II”; “UTI adulto III”; “UTI pediátrica I”; “UTI pediátrica II”; “UTI pediátrica III”; “UTI neonatal I”; “UTI neonatal II”; “UTI neonatal III”. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leutibr.def>>. Acesso em: 6 out. 2022.

funcionamento ordinário do sistema e, com ele, das políticas de austeridade, os avanços introduzidos pela legislação emergencial foram prontamente desfeitos.

Por fim, cumpre discutirmos, brevemente, a omissão do ordenamento excepcional em relação à expansão da rede assistencial no setor da saúde suplementar.

Assim como no SUS, o setor privado empreendeu grande expansão dos leitos de UTI privados durante a ESPIN, o que agravou a prévia concentração de leitos exclusivamente disponíveis ao setor (Santos, Oliveira e Albuquerque, 2022). Em face da abundância de leitos privados em relação à população beneficiária, foram organizadas, ainda no início da crise sanitária, iniciativas voltadas à unificação da fila de leitos públicos e privados para atendimento de pacientes com COVID-19, seguindo o modelo adotado por diversos países com sistemas públicos universais (Costa, Bahia e Carvalho et al., 2020; Massuda, Tasca e Malik, 2020; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021, p. 71). O próprio Ministério da Saúde, em linha com o Conselho Nacional de Saúde (2020) e o Conselho Nacional de Justiça (2020), adotou, na normatização dos hospitais de campanha (Portaria MS nº 1.514/2020), a recomendação de que fosse priorizada a contratação de leitos privados sobre a inauguração de novos leitos para a expansão da rede pública (art. 3º, IV).

Contudo, diversas entidades representativas do setor privado, alinhadas com parte dos quadros burocráticos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se opuseram à proposta de unificação de leitos e se organizaram para barrar as propostas legislativas relacionadas ao tema no Congresso Nacional (GEPS-USP e GPDES-UFRJ, 2020; Costa, Bahia e Carvalho et al., 2020). A não aprovação de propostas de compartilhamento obrigatório dos leitos de UTI privados a nível federal⁷³ teve como desdobramento direto a disputa entre os setores público e privado pelos recursos necessários ao atendimento adequado nos leitos habilitados.

A escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), insumos e recursos humanos especializados para o atendimento não foi alvo de políticas de controle de preços, remuneração ou de distribuição equitativa (Campos e Canabrava,

⁷³ Independentemente da atuação federal na requisição de leitos privados, alguns Estados e Municípios desenvolveram, de forma autônoma e pontual, iniciativas para promover a contratação de leitos privados excedentes ou para viabilizar a sua requisição administrativa, quando necessário (Costa, Bahia e Carvalho et al., 2020; Massuda, Tasca e Malik, 2020).

2020; Chioro, 2021). O baixo patamar de remuneração fixado para os leitos de UTI no setor público, no valor de R\$1.600 por diária (Portaria MS nº 237/2020), insuficientes para sequer cobrir o custo real de manutenção dos leitos (ibid.), era muito inferior aos valores médios praticados pelo setor privado, mesmo quando considerada a complementação de valores por iniciativa dos entes subnacionais (Cardoso, Costa e Carvalho et al., 2020), o que colocou o setor público em severa desvantagem na competição pelos recursos essenciais necessários para manter os leitos excepcionais em funcionamento.

Expansão da rede de atenção primária à saúde

A alternativa à concentração exclusiva de recursos emergenciais e esforços de enfrentamento à pandemia na atenção hospitalar seria o maior enfoque no fortalecimento dos serviços de APS, que, apesar de também terem sido objeto de algumas das normas excepcionais, não foram igualmente priorizados na produção normativa ou na distribuição de recursos (cf. Tabela 5, p. 87).

Ao final de maio de 2020, foram criados dois tipos de equipamento para responder à crise sanitária na APS: os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à COVID-19 (Portaria MS nº 1.444/2020) e Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19 (Portaria MS nº 1.445/2020). Ambos foram planejados para cumprir a função de porta de entrada específica para pacientes com sintomas de síndrome gripal ou de COVID-19, com competência para realizar testagem e identificação precoce, acompanhamento de casos, atendimento a casos leves e, quando necessário, encaminhamento a serviços de maior complexidade. Além destas funções, os Centros Comunitários, cuja habilitação estava restrita às áreas de comunidades e favelas, tinham atribuições adicionais, como a de realizar busca ativa de casos e de estabelecer parcerias com lideranças e entidades locais para realizar planejamento conjunto de estratégias de enfrentamento da crise sanitária (art. 3º, IV, IX e X da Portaria MS nº 1.444/2020). Os serviços deveriam ser instalados em espaços físicos próprios, através da conversão temporária de unidades de saúde ou outros equipamentos previamente existentes, de forma a separar os fluxos de atendimento no sistema.

De junho a agosto de 2020, foram credenciados 3.266 Centros de Atendimento⁷⁴ e 130 Centros Comunitários⁷⁵, que, somados, representavam aproximadamente 7% das unidades de APS credenciadas no CNES em dezembro de 2019⁷⁶. Inicialmente, as habilitações compreenderiam apenas de maio a setembro daquele ano, mas foram sucessivamente prorrogadas durante todo o período analisado⁷⁷ – tendo havido, contudo, progressiva diminuição do número original de Centros habilitados nas prorrogações subsequentes⁷⁸. Diferentemente do caso dos leitos emergenciais, a dinâmica de habilitação destes equipamentos não passou pela Força Tarefa de Fundamentação, seguindo o fluxo ordinário do sistema, pelo qual os Municípios remetiam ao MS os respectivos pedidos de adesão ao incentivo financeiro, devendo ser atendidos todos aqueles para os quais fosse comprovado o preenchimento dos requisitos fixados. Foram repassados aproximadamente R\$1,5 bilhões em incentivos financeiros para o custeio destes serviços no período analisado, equivalentes a 38,1% dos recursos excepcionais transferidos de forma vinculada para serviços de APS (cf. Tabela 5, p. 87).

Outros R\$2,34 bilhões⁷⁹ foram destinados ao aumento da capacidade de atendimento da APS, por meio de uma série de incentivos financeiros focalizados:

- Portaria MS nº 430/2020: incentivo de custeio repassado automaticamente aos entes subnacionais para apoiar o funcionamento em horário estendido de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que cumprissem de 60 a 75 horas semanais de atendimento.
- Portarias MS nº 2.222/2020 e 731/2021: incentivo de custeio repassado automaticamente a todos os Municípios para fomentar o cuidado preventivo de gestantes ou de mulheres no puerpério em face da COVID-19 na APS.
- Portaria MS nº 2.405/2020: incentivo de custeio repassado automaticamente a todos os Municípios para fomentar o cuidado em relação à COVID-19 de populações tradicionais e populações socialmente vulneráveis na APS.
- Portaria MS nº 2.994/2020: incentivo de custeio repassado automaticamente a todos os Municípios para fomentar o cuidado preventivo na APS em relação a grupos de risco ao

⁷⁴ Portarias MS nº 1.579, 1.797, 1.975, 2.067, 2.071 e 2.234 de 2020.

⁷⁵ Portarias MS nº 1.742, 2.236, 2.237, 2.239 e 2.485 de 2020.

⁷⁶ Levantamento considerando estabelecimentos classificados como “CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE” e “POSTO DE SAUDE”. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

⁷⁷ Portarias MS nº 3.067 e 3.874 de 2020 e 361 e 650 de 2021.

⁷⁸ Pela Portaria MS nº 3.874/2020, 2.223 Centros de Atendimento e 58 Centros Comunitários estiveram habilitados durante dezembro de 2020; de janeiro a março de 2021, 2.313 e 60, respectivamente (Portaria MS nº 361/2021), e; de abril a junho de 2021, 2.209 e 92 (Portaria MS nº 650/2021).

⁷⁹ Desconsideradas as quantias repassadas a título das Portarias MS nº 430/2020, por não especificar o cálculo final dos recursos repassados.

agravamento da COVID-19 (pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial).

- Portaria MS nº 3.193/2020: incentivo de capital repassado mediante adesão dos Municípios para apoiar a informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, no âmbito do programa Informatiza APS, no contexto da crise sanitária.

- Portaria MS nº 894/2021: incentivos de custeio repassados automaticamente a todos os Municípios para, de forma generalizada, fortalecer o trabalho das equipes de APS em meio à pandemia e, mais especificamente, fomentar o cuidado na APS em relação a uma série de grupos vulneráveis à COVID-19 (pessoas idosas, crianças e gestantes, povos e comunidades tradicionais e pessoas em privação de liberdade).

Em abstrato, a maior parte das normas excepcionais relacionadas à APS estavam alinhadas com o consenso construído na literatura a respeito do papel destes serviços no enfrentamento da crise sanitária. A APS, enquanto porta de entrada do sistema de saúde e nível de atenção com maior proximidade dos territórios, usuários e comunidade, seria o lócus ideal para a realização de ações de: vigilância de saúde a nível local; identificação e isolamento precoces; prestação de cuidados a pacientes com quadros infecciosos leves, e; mediação do fluxo de referenciamento de pacientes com quadros agravados (Daumas, Silva e Tasca et al., 2020; Teixeira, Medina e Costa et al., 2020; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021; Haldane, Foo e Abdalla et al., 2021; Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021).

Todas estas competências e responsabilidades foram formalmente atribuídas aos Centros de Atendimento e Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à COVID-19. No mesmo sentido, os diversos incentivos financeiros criados estão, em sua grande parte, alinhados com os mandamentos de priorização e proteção especial a grupos vulneráveis (Daumas, Silva e Tasca et al., 2020; Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021).

A despeito do alinhamento em abstrato entre as normas excepcionais e as recomendações científicas, contudo, a falta de coordenação e planejamento nacionais na organização dos serviços de APS contribuiu, na prática, para a replicação, na ESPIN, dos padrões prévios de fragmentação entre os diferentes níveis de atenção e o preterimento da atenção básica em detrimento da atenção hospitalar (Nathan, Azzopardi-Muscat e Middleton et al., 2021; Chioro, 2021). A atribuição de autonomia quase irrestrita aos Municípios para a habilitação dos serviços emergenciais de APS não foi acompanhada de orientações sobre quantitativos ou como os novos

equipamentos deveriam ser integrados à rede e, particularmente, à estrutura hospitalar ampliada. Como resultado desta falta de coordenação, apenas 48,9% dos Municípios brasileiros habilitaram algum dos dois tipos de equipamentos emergenciais de APS no período, e, dentre os recursos excepcionais transferidos de forma vinculada para custeio de serviços assistenciais, apenas 19% foram destinados à APS, contra 57,7% à MAC (cf. Tabela 5, p. 87), o que denota sua provável subutilização e preterimento na estratégia geral de enfrentamento da pandemia.

No mesmo sentido, a maior parte dos incentivos financeiros criados foi transferida aos Municípios independentemente de adesão e sem coordenação com gestores municipais. Mesmo que as normas previssem mecanismos de monitoramento da aplicação dos recursos, não foram estabelecidos indicadores ou metas específicos à emergência, abrindo margem para o seu uso em outras finalidades.

Continuidade de serviços ordinários

Além da expansão da capacidade da rede de serviços para absorção da demanda emergencial, foram publicadas uma série de normas voltadas à continuidade do funcionamento e/ou a sustentabilidade dos serviços ordinários do sistema.

Tanto na APS quanto na MAC, foram criados incentivos financeiros voltados à adaptação física de serviços ordinários às novas exigências sanitárias⁸⁰, somando aproximadamente R\$0,44 bilhões em repasses⁸¹. No caso da assistência farmacêutica⁸², criaram-se algumas exceções para garantir a extensão do prazo de receitas e a possibilidade de comprar e/ou retirar medicamentos em quantidades superiores às ordinariamente permitidas⁸³. Relacionados à sustentabilidade do sistema, publicaram-se medidas de suspensão de metas de produção para a remuneração de prestadores⁸⁴, repasse de R\$2 bilhões a santas casas e hospitais filantrópicos que

⁸⁰ Portarias MS nº 3.008, 3.017, 3.186, 3.350 e 3.712 de 2020 e 1.253/2021.

⁸¹ Desconsiderados, neste cálculo, os valores repassados a título da Portaria MS nº 3.186/2020, por se tratar de um incentivo cujo repasse depende de adesão prévia.

⁸² A assistência farmacêutica no SUS, organizada segundo a Política Nacional de Medicamentos (Anexo XXVII da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017), compreende um leque muito diverso de ações no sistema de saúde e, como consequência, tem grande sobreposição com outras funções. No presente caso, as normas em referência tratam estritamente do acesso individual de usuários aos medicamentos, aproximando-as da categoria dos serviços assistenciais, motivo pelo qual foram assim classificadas.

⁸³ Lei nº 14.028/2020 e RDCs Anvisa nº 357 e 425 de 2020.

⁸⁴ Leis nº 13.992 e 14.061 de 2020 e Portaria MS nº 662/2020.

atendam no SUS⁸⁵ e prorrogação ou suspensão de prazos para a qualificação e cadastro de serviços e execução de projetos em andamento⁸⁶ (incluídas, aí, uma série de suspensões de metas relacionadas à implementação da reforma do modelo de financiamento da APS⁸⁷, iniciada em 2019 e atravessada pela crise sanitária).

Notadamente, a maior parte destas medidas se concentraram em torno da sustentabilidade econômica dos prestadores de serviços no SUS. Os incentivos financeiros para adaptação dos equipamentos e as flexibilizações das regras de dispensação de medicamentos foram as únicas iniciativas diretamente relacionadas à continuidade da oferta de serviços, e não foram suficientes para evitar a grande supressão de atendimentos e procedimentos realizados no SUS no período. Ao longo do primeiro ano de pandemia, a produção total dos serviços públicos de saúde caiu em 25% em relação ao ano anterior, com fracos indicativos de recuperação para o ano seguinte (Bigoni, Malik e Tasca et al., 2022). Ainda que a queda na demanda possa ser parcialmente atribuída a aspectos comportamentais ou ao inevitável remanejamento de parte da oferta de serviços para a atenção à COVID-19, a ausência de medidas mais abrangentes e articuladas para garantir a continuidade do atendimento, particularmente em relação a condições crônicas e agudizadas, contribuiu para a formação de uma significativa (e, presumivelmente, agravada) demanda reprimida (ibid.; Campos e Canabrava, 2020), a ser respondida por um sistema que, após a declaração de término da ESPIN, deixou de contar com financiamento excepcional para ações relacionadas à COVID-19 e não poderá receber qualquer tipo de incrementação orçamentária, dada a retomada do teto de gastos.

Relacionadas à disrupção de serviços, mas com implicações mais amplas sobre a organização da rede de atenção, algumas das normas excepcionais se dedicaram à regulação da telessaúde. Em março de 2020, a Portaria MS nº 467/2020 estabeleceu parâmetros para a operacionalização de ações de telemedicina, compreendendo o leque de atividades envolvendo “atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico” (art. 2º). Em abril, os

⁸⁵ Lei nº 13.995/2020.

⁸⁶ Portarias MS nº 515, 732, 1.231, 1.247, 1.740, 1.741, 1.848, 2.062, 2.699 e 2.958 de 2020 e SAPS/MS nº 21/2020 e 3/2021.

⁸⁷ Portarias MS nº 1.696, 2.632 e 3.627 de 2020 e 166, 247 e 985 de 2021 e Portarias SAPS/MS nº 29, 42, 47 e 59 de 2020.

termos da portaria foram reiterados pela Lei nº 13.989/2020, que autorizou formalmente o uso da telemedicina durante a ESPIN, determinando que, após o fim da emergência, a regulamentação da prática caberia ao CFM. Essas normas tratavam apenas da prestação de serviços médicos, mas levantamentos que consideraram também os atos administrativos publicados por conselhos profissionais, excluídas do escopo deste estudo, indicam que o exercício remoto de assistência por outras categorias profissionais foi regulamentado naquelas instâncias (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-c). Em junho e dezembro de 2020, as teleconsultas foram incluídas na tabela de procedimentos do SUS, respectivamente, na APS (Portaria SAES/MS nº 526/2020) e na atenção especializada (Portaria SAES/MS nº 1.136/2020).

O exercício de atividades de assistência à saúde de forma remota no Brasil já contava com regulamentação prévia no ordenamento sanitário, mas de forma fragmentada e pouco exaustiva (Caetano, Silva e Guedes et al., 2020). Existiam, no SUS, iniciativas institucionais anteriores que tratavam da telessaúde⁸⁸, mas apenas de forma compartimentada. Na saúde suplementar, a cobertura de teleconsultas já era determinada pela ANS, mas com importantes limitações regulatórias que, por sua vez, dificultavam o fluxo entre prestadores e operadoras (ibid.). No contexto da pandemia, diante da necessidade de diminuir, tanto quanto possível, as instâncias de contato interpessoal que facilitassem o contágio, surgiu a demanda por regulamentação mais abrangente e robusta do exercício da telessaúde, tanto para responder às demandas emergenciais relacionadas à COVID-19 quanto para minimizar a interrupção de serviços ordinários (ibid.).

O marco regulatório emergencial criado preencheu algumas das lacunas prévias, permitindo a expansão da adoção de medidas de telessaúde para uma série de finalidades diversas, compreendendo desde a triagem, monitoramento e encaminhamento de pacientes potencialmente infectados, a realização de consultas remotas, até ações de educação continuada promovidas pelo MS (ibid; Harzheim,

⁸⁸ A nível nacional, são exemplos a Comissão Permanente de Telessaúde (Título IV, Capítulo I, Seção I, Subseção IV da Portaria de Consolidação MS nº 5/2017) e o Programa Telessaúde Brasil Redes (Título IV, Capítulo I, Seção I da Portaria de Consolidação MS nº 5/2017). A nível subnacional, exemplos notáveis são enumerados em Caetano, Silva e Guedes et al. (2020).

Martins e Wollmann et al., 2020; Celuppi, Lima e Rossi et al., 2021; Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021; Scheffer, Cassenote e Alves et. al, 2022). É incerto o alcance efetivo destas medidas; dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS sugerem, por exemplo, que a quantidade de teleconsultas realizadas foi muito pouco expressiva no período compreendido pelo estudo⁸⁹. Por outro lado, relatos de experiências localizadas de teleconsultas e consultoria profissional apontam índices de sucesso na reorganização das redes locais e no suporte aos profissionais de linha de frente (Silva, Schmitz e Harzheim et al., 2021).

Mais do que o impacto circunscrito ao enfrentamento da pandemia, no entanto, as normas emergenciais relacionadas à telessaúde, por terem acabado permanentemente incorporadas ao ordenamento, conforme já discutido sob a dimensão da vigência, têm grande potencial de causar disrupções futuras na prestação de serviços assistenciais no sistema de saúde brasileiro. As normas excepcionais, mesmo representando avanços em relação à regulação anteriormente vigentes, ainda assim apresentavam lacunas relevantes, seja com relação à proteção dos direitos dos pacientes, à garantia de qualidade do atendimento, aos padrões informacionais utilizados ou a parâmetros para a contratualização e remuneração destes serviços (Caetano, Silva e Guedes, 2020; CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-c). Alguns destes pontos foram corrigidos com a publicação das normas permanentes no sistema (até o momento de conclusão deste estudo, Portaria MS nº 1.348/2022 e Resolução CFM nº 2.314/2022), mas a adequada implementação dos serviços no sistema e a consequente reorganização da rede ainda depende de políticas de infraestrutura mais amplas, ainda não regulamentadas (Caetano, Silva e Guedes, 2020).

3.3.4 Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos

⁸⁹ Consideradas os dados de produção aprovada, de dezembro de 2020 (momento em que os procedimentos foram incorporados no SUS) a junho de 2021, as teleconsultas médicas e teleconsultas de outros profissionais de saúde na atenção especializada representaram, respectivamente, apenas 0,36% e 0,68% das consultas presenciais. A busca por teleconsultas realizadas na APS no mesmo período não retornou resultados. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

A definição da função da promoção da saúde e prevenção de agravos abarca não apenas ações classificáveis como *serviços*, mas, de forma mais abrangente, todas as ações, intervenções ou fortalecimento de capacidades sistêmicas voltados à diminuição de riscos à saúde (OMS, 2018, p. 25).

Compreendidas a partir dessa perspectiva, a prevenção e a promoção são dois dos pilares fundamentais do modelo de atenção adotado no SUS (Ayres, 2016; Paim, 2012), listadas na Constituição e na LOS como objetivos primordiais do sistema (arts. 196 e 5º, III, respectivamente). Por sua natureza transversal, são previstas como objetivos e/ou princípios orientadores de diversas políticas e programas no ordenamento sanitário, podendo adquirir variados significados práticos a depender do contexto considerado, o que dificulta o apontamento de competências gerais sobre elas.

Considerando apenas as ações de prevenção e promoção especificamente relacionadas a emergências de saúde, identifica-se, em primeiro lugar, a atribuição de competência às autoridades sanitárias de todos os entes federativos, de forma difusa, de algumas modalidades de exercício de poder de polícia úteis à prevenção de riscos iminentes à saúde: a possibilidade de enquadrar determinadas condutas como crimes contra a saúde pública e a determinação de “medidas de controle” em caso de detecção de doenças de notificação compulsória (ver Capítulo I, subseção 1.3.2). Fora da esfera coercitiva, mas também central à mitigação de ESPINs, a elaboração, coordenação e financiamento (por meio da aquisição centralizada – art. 6º, XIX, a da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017) do Programa Nacional de Imunizações são competências exclusivas da União (arts. 3º e 4º da LVE), cabendo aos Estados e Municípios apenas a execução das ações de vacinação (podendo a União participar supletivamente da execução, em casos de ESPIN – art. 4º, §§1º e 2º).

No plano normativo, conforme revisado no Capítulo I, o ordenamento sanitário pré-COVID-19 tinha um importante vazio regulatório em relação às prerrogativas para impor medidas sanitárias obrigatórias, seja quanto às modalidades de intervenções aceitas, os seus limites ou a possibilidade de responsabilização correlata das autoridades sanitárias que as executassem. De outro lado, pontos fundamentais à promoção da saúde em contexto de ESPINs, como ações de educação

em saúde ou atenção a determinantes sociais, não estavam regulamentados ou previstos em qualquer ato. No plano prático, a estagnação do alcance da APS em anos recentes (Gomes, Gutiérrez e Soranz, 2020) e as perspectivas de sua retração a partir da nova reforma no financiamento dos serviços, com potenciais implicações de secundarização das ações de promoção e quedas nas taxas de cobertura vacinal (Seta, Ocké-Reis e Ramos, 2021; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020), ilustram alguns dos desafios sistêmicos colocados à efetividade da promoção e prevenção no SUS.

Com a eclosão da pandemia, antes do desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19, as únicas medidas de mitigação de contágio disponíveis eram as intervenções não-farmacológicas (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021), cuja implementação, no caso do Brasil, dependeria da publicação de normas adicionais para regulamentar o exercício do poder de polícia sanitário. A partir do desenvolvimento de vacinas, os principais desafios passaram a estar relacionados às capacidades estatais de comprar imunizantes em tempo e quantidade adequados e de organizar campanhas de vacinação em massa (ibid.), o que exigiria esforços regulatórios e materiais para a reversão da tendência de fragilização das campanhas de vacinação no SUS.

Intervenções não-farmacológicas

A Lei nº 13.979/2020, como a própria denominação “Lei da Quarentena” sugere, foi o ato central para a implementação de intervenções não-farmacológicas ao longo da pandemia, especificando quais delas poderiam ser decretadas no contexto da ESPIN:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas:

- I - isolamento;
- II - quarentena;
- III - determinação de realização compulsória de:
 - a) exames médicos;
 - b) testes laboratoriais;
 - c) coleta de amostras clínicas;
 - d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
 - e) tratamentos médicos específicos;
- III-A – uso obrigatório de máscaras de proteção individual;
- IV - estudo ou investigação epidemiológica;
- V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver;
- VI – restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos, de:
 - a) entrada e saída do País; e

b) locomoção interestadual e intermunicipal;

O exercício destas prerrogativas foi condicionado ao respaldo de evidências científicas e à limitação das intervenções, tanto quanto possível, em relação ao tempo, espaço e impacto sobre os direitos individuais (art. 3º, §§1º e 2º). O descumprimento das medidas decretadas seria passível de responsabilização “nos termos previstos em lei” (§4º). As Portarias MS nº 356 e 454 de 2020 estabeleceram, ainda, condições adicionais para a aplicação de medidas de isolamento e quarentena, reforçando a previsão, em abstrato, de que o seu descumprimento poderia acarretar responsabilização. Somaram-se às intervenções permitidas pela Lei da Quarentena, posteriormente, a suspensão de atividades de ensino presenciais e de sua substituição por modalidades remotas⁹⁰ e a imposição de regimes de teletrabalho⁹¹.

Originalmente, os poderes para decretar intervenções não-farmacológicas foram atribuídos de forma limitada aos entes federados. A decretação de medidas de restrição de circulação, por exemplo, poderia ser feita a nível subnacional apenas mediante autorização prévia do Ministério da Saúde (art. 7º, incisos, redação original da Lei nº 13.979/2020). Ainda, de março a maio de 2020, a Presidência da República editou uma série de decretos expandindo a lista de atividades econômicas consideradas essenciais, sobre as quais medidas de restrição não poderiam incidir⁹². O conjunto destas limitações motivou disputa judicial dos entes subnacionais contra a União, que obtiveram, em abril de 2020, decisão do Supremo Tribunal Federal reconhecendo o caráter compartilhado das competências para adoção de intervenções não-farmacológicas (Bucci, 2021).

A partir desta decisão, as medidas preventivas passaram a ser marcadas, no mesmo sentido das demais funções, pela autonomização dos entes subnacionais, sem coordenação ou planejamento da parte do governo federal. Ainda que, para medidas de fechamento e reabertura de atividades econômicas, os lócus decisórios mais adequados fossem Municípios ou Estados (Moraes, 2020-a), a ausência de orientação

⁹⁰ Portaria MEC nº 343/2020, MP nº 934/2020 e Lei nº 14.040/2020.

⁹¹ Medidas Provisórias nº 927/2020 e 1.046/2021.

⁹² Decretos nº 10.282, 10.292 e 10.344 de 2020.

centralizada⁹³ gerou grande pulverização de tipos, intensidades e arranjos das intervenções adotadas pelos entes federados (Martins e Guimarães, 2022; Barberia, Cantarelli e Oliveira et. al, 2021). Essa descoordenação pode ter contribuído para o agravamento de alguns dos principais determinantes da adesão às medidas de restrição – a saber, sua intensidade (adesão diretamente proporcional) e duração (adesão inversamente proporcional) (Moraes, 2020-b).

Um aspecto adicional que pode ter contribuído para o enfraquecimento das medidas de restrição foi o vazio regulatório quanto ao exercício do poder de polícia para garantir a sua implementação efetiva. A Lei da Quarentena e a Portaria MS nº 356/2020 previam expressamente a possibilidade de responsabilização de indivíduos que descumprissem as medidas obrigatórias de restrição determinadas segundo suas disposições, mas sem especificar qual seria o enquadramento dessas (e, conseqüentemente, as sanções aplicáveis às) condutas. A Portaria Interministerial nº 5/2020, publicada em março de 2020, que especificava os tipos cabíveis e condições para a responsabilização, além de estendê-la a servidores públicos que concorressem para o descumprimento, vigeu apenas até o fim de maio do mesmo ano. O ato de revogação (Portaria Interministerial nº 9/2020) foi precedido, ainda, pela tentativa, através da MP nº 966/2020 (não convertida em lei, tendo sua vigência encerrada em setembro de 2020), de eximir agentes públicos de responsabilização pela sua atuação no enfrentamento à pandemia, condicionando-a ao “dolo ou erro grosseiro” (art. 1º).

Apesar de haver controvérsia a respeito dos limites aceitáveis do uso do poder de polícia em contextos emergenciais, dados os seus efeitos corrosivos sobre os direitos humanos (Aith e Dallari; Teixeira, Costa e Viana et. al, 2009; Ventura, 2013; Aith, 2020; Ventura, Aith e Rached, 2021), algumas evidências produzidas ao longo da pandemia de COVID-19 revelam melhores índices de adesão a medidas de restrição de circulação quando prevista a possibilidade de uso de coerção (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et. al, 2021; Huntley, Wahood e Mintz et. al, 2022). Nesse sentido,

⁹³ A única norma coletada que tangencia a orientação sobre reabertura de atividades econômicas foi a Portaria MS nº 1.565/2020, publicada em junho de 2020, momento de pico da 1ª onda da pandemia no Brasil. A Portaria estabelece apenas, em seus próprios termos, “orientações gerais” (art. 1º), tocando em pontos como orientações para reorganização de espaços físicos de atendimento e medidas de higiene pessoal. Não inclui, entretanto, quaisquer orientações específicas sobre parâmetros de decisão para a flexibilização das medidas de restrição, bastando-se em reafirmar a autonomia decisória de entes subnacionais (art. 1º, p. ú.).

as previsões abstratas sobre responsabilização contidas nas normas excepcionais podem ter contribuído para as dificuldades na manutenção de níveis adequados de adesão ao distanciamento social no Brasil (Barberia, Cantarelli e Oliveira et. al, 2021; Moraes, 2021-a, 2021-b).

Por fim, cabe um comentário sobre a condição, fixada na Lei da Quarentena, de que intervenções não-farmacológicas seriam apenas decretadas “com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde” (art. 3º, §1º da Lei nº 13.979/2020). De partida, independentemente da vontade dos gestores, cumpre notar que a falta de investimentos e mobilização para a estruturação de medidas de vigilância representou grande obstáculo à produção de evidências para informar adequadamente a tomada de decisões (ver subseção 3.3.7). Para além dessas dificuldades, contudo, o próprio regulamento jurídico emergencial estabelecido não favoreceu o cumprimento da disposição; de fato, a única modalidade de intervenção que foi normativamente condicionada à recomendação prévia de órgãos de saúde foi a restrição de fronteiras (sujeita, nos casos nacional e interestadual, a recomendação prévia da Anvisa e, no caso intermunicipal, à autoridade estadual equivalente, cf. art. 6º-B).

Mesmo nestes casos, contudo, as recomendações de órgãos sanitários não necessariamente foram acatadas. As normas de restrição de fronteiras nacionais⁹⁴ publicadas ao longo do período estudado frequentemente incorporaram, sem justificativa epidemiológica, parâmetros distintos de controle a depender dos modais de transporte e nacionalidades dos viajantes considerados. As exigências aplicáveis a entradas e saídas por vias aéreas, por exemplo, foram, na maior parte do período, sujeitas a regras de controle menos rígidas em relação às demais vias, além de terem sido flexibilizadas mais cedo⁹⁵. As restrições ou flexibilizações implementadas em

⁹⁴ Portarias Interministeriais nº 1, 8, 47, 120, 125, 126, 133, 158, 195, 201, 203, 204, 255, 319, 340, 419, 470, 478, 518, 615, 630, 648 de 2020 e 651, 652, 653, 654 e 655 de 2021.

⁹⁵ As primeiras normas de controle de fronteira, publicadas de março a abril de 2020, dividiam as restrições por via de entrada e por país de origem, comportando níveis diversos de restrição, a depender da combinação de ambos os fatores. Em maio de 2020, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 255/2020, as restrições passaram a ser publicadas de forma conjunta e unificada (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-a), mantendo-se diferenciação das regras aplicáveis a cada via de entrada. A partir de 30 de junho, com a Portaria Interministerial nº 340/2020, exceções aplicáveis especificamente a estrangeiros que buscassem entrar no país por vias aéreas, como a possibilidade de entrada para detentores de visto, começaram a ser introduzidas. Estas exceções foram aprofundadas em

relação a cidadãos ou viajantes advindos de determinados países, por sua vez, frequentemente não encontravam respaldo em dados epidemiológicos, dando espaço, inclusive, a práticas ativamente discriminatórias, como no caso da proibição absoluta de entrada de estrangeiros advindos da Venezuela no território nacional⁹⁶, determinada de forma contrária às recomendações da Anvisa (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-a; Waldman e Aith, 2020; Conectas Direitos Humanos, 2021).

Campanha de vacinação

As normas excepcionais relacionadas à vacinação contra a COVID-19 no Brasil trataram de três principais objetivos, fundamentalmente relacionados às capacidades sistêmicas de operacionalizar adequadamente campanhas de vacinação: compra e produção; regulação sanitária, e; distribuição (Fonseca, Shadlen e Bastos, 2021).

Em relação à compra e produção de vacinas, as primeiras normas publicadas diziam respeito ao desenvolvimento de novas tecnologias. Em agosto de 2020, foram abertos R\$1,99 bilhões em créditos extraordinários para custeio do contrato de encomenda tecnológica firmado entre a Fiocruz e a AstraZeneca⁹⁷. Em setembro, pouco depois da criação de um Grupo de Trabalho dedicado à coordenação dos esforços de aquisição e distribuição de vacinas no âmbito do Comitê de Crise da Presidência da República (Resolução do Comitê nº 8/2020), foi autorizada e custeada extraordinariamente (R\$2,5 bilhões) a adesão do Brasil à aliança global Covax Facility (MPs nº 1.003 e 1.004 de 2020), por meio da qual o governo poderia adquirir imunizantes sem a necessidade prévia de licitação ou registro sanitário (RDC Anvisa nº 465/2021).

Portarias seguintes, verificando-se um movimento de progressiva flexibilização de critérios de controle de entrada por vias aéreas, sem paralelos em relação às demais vias de entrada.

⁹⁶ As restrições especificamente aplicáveis a estrangeiros advindos da Venezuela foram introduzidas na Portaria Interministerial nº 204/2020, em 29 de abril de 2020, e foram reproduzidas em todas as normas de restrição de fronteira subsequentes, até a Portaria Interministerial nº 655/2021, em 24 de junho de 2021 (última norma sobre o tema coletada pelo estudo), em que essas disposições foram eliminadas.

⁹⁷ Os créditos originais foram abertos pela MP nº 994/2020, posteriormente convertida na Lei nº 14.107/2020. Em maio de 2021, foram liberados outros R\$1,68 bilhões, destinados ao custeio da produção de doses adicionais.

Esse movimento inicial de regulação se baseou na aposta, encabeçada a nível federal pela Fiocruz, de garantir o acesso a vacinas pela via da produção local, com base em contratos de transferência de tecnologia (Fonseca, Shadlen e Bastos, 2021; Roveri, Falcão e Navarrete, 2022). Contudo, dificuldades imprevistas neste processo atrasaram a produção, sem que o governo federal houvesse planejado alternativas para a compra de doses (havendo, inclusive, inúmeras evidências de ativa resistência do MS e da Presidência nesse sentido, cf. Senado Federal (2021)), o que resultou em importante atraso regulatório para viabilizar compras diretas de farmacêuticas.

Os primeiros recursos destinados à aquisição direta de doses foram liberados apenas em dezembro de 2020 (R\$20 bilhões, abertos pela MP nº 1.015/2020, posteriormente complementados por R\$3,82 bilhões, abertos em maio de 2021 pela MP nº 1.048/2021). A flexibilização de requisitos administrativos para garantir as contratações (e.g., dispensa de licitação, possibilidade de compra antes da obtenção de registro sanitário e transferência de riscos civis ao poder público), por sua vez, ocorreu apenas em janeiro de 2021 (MP nº 1.026/2021, posteriormente convertida na Lei nº 14.124/2021).

Os atrasos regulatórios redundaram, naturalmente, na demora da compra de imunizantes, o que acirrou disputas federativas, gerando pressões para que fosse permitida a compra de vacinas diretamente pelos entes subnacionais. Em fevereiro de 2021, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a competência de Estados e Municípios para, em caso de omissão por parte da União, adquirir e distribuir vacinas de forma autônoma (Richter, 2021). Em março de 2021, estas competências foram incorporadas ao ordenamento excepcional e estendidas ao setor privado por meio das Lei nº 14.125/2021 e RDC Anvisa nº 476/2021.

No âmbito da regulação sanitária, as normas excepcionais voltaram-se majoritariamente à flexibilização dos requisitos aplicáveis à introdução de novos produtos no mercado. Ainda em maio de 2020, a Lei da Quarentena foi alterada para determinar a obrigação da Anvisa de se manifestar, em até 72 horas, sobre pedidos de autorização excepcional e temporária para a importação e distribuição de produtos essenciais ao enfrentamento da pandemia (Lei nº 14.006/2020 e RDC Anvisa nº 346/2020). Em dezembro de 2020, foi criada a figura da autorização temporária de uso

emergencial para vacinas de COVID-19 (RDC Anvisa nº 444/2020, posteriormente substituída pela RDC Anvisa nº 475/2021), permitindo o uso de imunizantes ainda sem registro sanitário definitivo em campanhas de vacinação. Para acelerar a concessão das autorizações, foi criada uma Comissão especialmente destinada a acompanhar e avaliar os pedidos encaminhados à Anvisa (Portaria Conjunta Anvisa nº 1/2020).

No geral, essas flexibilizações replicaram medidas adotadas em outros países, seja quanto à possibilidade de aproveitamento de evidências produzidas por agências estrangeiras para a tomada de decisões ou quanto à adoção de parâmetros menos rígidos para a concessão de autorizações de uso (Fonseca, Shadlen e Bastos, 2021; Pepe, Novaes e Osorio-de-Castro, 2021; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et. al, 2021).

Para responder aos riscos à saúde potencialmente decorrentes das flexibilizações sanitárias assumidas, algumas das normas incorporaram, adicionalmente, medidas cautelares específicas, como o estabelecimento de obrigação de notificação compulsória à Anvisa, em até 24 horas, de eventos adversos relacionados à vacinação⁹⁸. Em junho de 2021, em resposta a exigências contratuais, foi criada, no âmbito do MS, uma “Comissão de Avaliação de Responsabilidade Civil por Eventos Adversos Graves Pós-Vacinação Covid-19” (Portaria MS nº 1.142/2021), destinada especificamente a analisar pedidos de indenização por eventos adversos decorrentes da vacina da Janssen.

Por fim, foram identificadas apenas três normas voltadas estritamente à distribuição das vacinas: a Portaria MS nº 3.248/2020, que repassou aos Estados incentivo financeiro, no valor total de R\$59 milhões, para a estruturação da rede de frio do PNI; a Portaria MS nº 69/2021, que consolidou a obrigatoriedade e o formato da remessa de dados sobre o andamento da campanha de vacinação ao MS, e; a Portaria MS nº 1.446/2021, que incorporou as vacinas da AstraZeneca e da Pfizer no SUS. As MPs nº 1.015/2020 e 1.048/2021, que abriram crédito para a compra de vacinas pelo governo federal, apesar de mencionarem a possibilidade de uso dos recursos para

⁹⁸ Arts. 6º e 7º da RDC Anvisa nº 444/2020, art. 5º da RDC Anvisa nº 465/2021, arts. 18 e 19 da RDC Anvisa nº 475/2021 e art. 6º da RDC Anvisa nº 476/2021.

custeio de outras despesas relacionadas à vacinação – podendo, portanto, incluir a distribuição –, não especificam a parcela de recursos destinada a cada finalidade.

O baixo número de normas voltadas à distribuição refletem diretamente a omissão do governo federal na operacionalização da campanha de vacinação no Brasil. O Plano Nacional de Imunização contra a COVID-19 começou a ser formulado apenas em dezembro de 2020, por determinação do Supremo Tribunal Federal (Macedo, Struchiner e Maciel, 2021). Em março de 2021, momento em que foram firmados os primeiros contratos de compra direta de vacinas pelo MS, o Plano previa priorização de 29 grupos populacionais, totalizando mais de 77 milhões de pessoas, sem a fixação de metas específicas e com generalizações que deram “margem a interpretações diversas, desvios e improvisações, por parte de prefeituras, serviços e até de grandes hospitais universitários, que administraram vacinas sem critério objetivo, ético e epidemiológico” (Werneck, Bahia e Scheffer, 2021, p. 8). Como resultado, o início da vacinação no Brasil acabou marcado por importantes iniquidades e desorganização entre os Municípios.

Mesmo diante da descoordenação e das poucas normas dedicadas a organizar a distribuição, contudo, importa pontuar que, com o aumento da disponibilidade de doses, a campanha de vacinação passou a fazer rápidos avanços e as taxas de cobertura no Brasil prontamente atingiram patamares similares aos de outros países de renda média e superaram, posteriormente, os patamares médios de países de alta renda. O êxito – ainda que tardio – da campanha de vacinação no Brasil é amplamente atribuído, na literatura, à resiliência do sistema (Fonseca, Shadlen e Bastos, 2021; Bigoni, Malik e Tasca et. al, 2022; Lotta, Fernandez e Kuhlmann et. al, 2022), mas existem preocupações quanto à possibilidade de que as omissões e ataques do governo federal no contexto da pandemia afetem as capacidades institucionais futuras do SUS (Fleury e Fava, 2022).

3.3.5 Produtos e tecnologias de saúde

A função de produtos e tecnologias de saúde envolve uma série de atividades muito diversas, compreendendo desde a pesquisa e desenvolvimento até a compra e

distribuição pública (OMS, 2007). Conseqüentemente, as competências envolvidas na sua condução são distribuídas entre órgãos distintos, muitos dos quais sequer integram, formalmente, o sistema de saúde. Trataremos, nesta discussão, apenas dos órgãos ou competências diretamente relacionados à saúde, considerando três principais atividades: avaliação de tecnologias, aquisição e distribuição de produtos no sistema e regulação econômica.

No Brasil, as competências relacionadas à avaliação de tecnologias de saúde se dividem em dois principais objetos: a avaliação da eficácia e segurança e a avaliação econômica (Novaes, 2006). No primeiro caso, as competências são atribuídas exclusivamente à Anvisa, autarquia federal vinculada ao MS com autonomia administrativa e financeira (art. 3º, p. ú. da Lei nº 9.782/1999), que é responsável pelas atividades de permitir a fabricação, importação, exportação e comercialização e de conceder registros a produtos de interesse da saúde (art. 2º, III; 6º; 7º, IX, VII-X, XV, XXII). No segundo caso, as competências são divididas diferentemente entre os setores público e privado. No SUS, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), órgão subordinado ao MS, é responsável por realizar análises de custo-efetividade e produzir recomendações para subsidiar decisões do MS sobre a incorporação de tecnologias de saúde na rede pública (arts. 2º e 4º do Decreto nº 7.646/2011). Os entes subnacionais têm autonomia para, a partir de órgãos e critérios próprios, cobrir tecnologias e procedimentos adicionais àqueles oferecidos nacionalmente (Lei nº 12.401/2011). No setor suplementar, a competência sobre a incorporação de tecnologias é atribuída à ANS, responsável por formular o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para as coberturas oferecidas pelos planos de saúde (art. 4º, III da Lei nº 9.961/2000 e art. 10, §4º da Lei nº 9.656/1998).

As atividades de aquisição e distribuição de insumos e produtos no sistema, por sua vez, não são centralizadas, variando de acordo com o programa ou ação de saúde considerado. No âmbito da vigilância em saúde, por exemplo, a aquisição centralizada de parte dos insumos estratégicos, incluídas as vacinas do PNI, é responsabilidade exclusiva do MS, havendo restrições explícitas sobre a atuação dos entes subnacionais (arts. 6º, XIX, a; 9º, p. ú.; 11, p. ú. do Anexo III da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017). Na assistência farmacêutica, as competências pelo

financiamento e aquisição são definidas de acordo com o tipo do medicamento e a doença à qual o tratamento se destina⁹⁹. No geral, equipamentos e serviços de saúde têm autonomia para adquirir, com os recursos a si destinados, materiais de consumo necessários ao seu funcionamento.

Por fim, de forma residual, algumas atividades regulatórias essencialmente econômicas são atribuídas a órgãos atuantes na área da saúde. A Anvisa tem competência para o monitoramento da evolução de preços de produtos e serviços de saúde, com poder de polícia para requisitar informações de agentes públicos e privados e, em sendo o caso, aplicar penalidades cabíveis (art. 7º, XXV da Lei nº 9.782/1999). Essa fiscalização tem por base as limitações de preços e reajustes de fármacos fixadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), ligada à Presidência da República (Lei nº 10.742/2003).

Como reflexo da transversalidade da função dos produtos e tecnologias de saúde, os principais problemas a ela relacionados são de dimensão estrutural. No ponto da produção e oferta, por exemplo, apesar de ocupar posição privilegiada em relação a outros países de média e baixa renda (Roveri, Falcão e Navarrete, 2022), o Brasil sofre, ainda assim, de uma histórica dependência do mercado externo, especialmente em relação a produtos e insumos de maior densidade tecnológica (Viana, Nunes e Silva, 2011; Gadelha, Braga e Montenegro et al., 2020; Fernandes, Gadelha e Maldonado, 2021; Fleury e Fava, 2022). No campo da incorporação, os problemas compreendiam desde a falta de transparência e de participação social adequada nos

⁹⁹ A maior parte dos medicamentos incluídos no Componente Básico devem ser adquiridos por Estados ou Municípios (arts. 38 e 39 do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017), com financiamento compartilhado entre todas as esferas da União (art. 537 do Título V da Portaria de Consolidação MS nº 6/2017). No Componente Especializado, o financiamento e a responsabilidade de aquisição dependem do fármaco considerando, podendo caber exclusivamente à União, aos Estados, ou serem divididos entre ambos (art. 49 do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017). Por fim, no Componente Estratégico, ambos são realizados de forma centralizada pela União (art. 12, IV da Portaria MS nº 4.114/2021). Note-se, ainda, que utilizamos como referência para o Componente Estratégico uma norma publicada posteriormente ao período estudado pois havia uma lacuna nas disposições prévias acerca deste ponto. Na prática, contudo, a Portaria MS nº 4.114/2021 apenas consolidou o que já se dava no sistema, considerando-se que o Componente Estratégico foi criado, justamente, para compreender os medicamentos “em que se justifique a centralização do financiamento, seja pela melhoria do acesso, ou pela estratégia de desenvolvimento e fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde” (art. 3º, p. ú.).

processos de avaliação de tecnologias até a ineficácia de políticas de racionalização de uso e persistentes inequidades de acesso (Novaes, 2006; Novaes e Soárez, 2020).

No contexto da COVID-19, os principais desafios colocados à função dos produtos e tecnologias de saúde foram o desenvolvimento de novas tecnologias para a detecção, prevenção e tratamento da doença – o que, no caso brasileiro, significaria, adicionalmente, a necessidade de contornar os padrões estruturais de dependência – e, simultaneamente, a garantia de acesso, mesmo diante do aumento exponencial de demanda e da queda na oferta a nível global, a estes e outros produtos necessários para o enfrentamento da pandemia (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021). No Brasil, estas novas necessidades foram respondidas por normas extraordinárias que estabeleceram medidas em dois principais sentidos: aumentar a oferta de produtos essenciais e viabilizar e manejar a demanda.

Aumento de oferta

A maior parte das normas voltadas ao aumento de oferta de produtos essenciais foram publicadas pela Anvisa. Foi estabelecido um prazo excepcional de 72 horas para o pronunciamento da Agência sobre pedidos de registro para produtos considerados prioritários, acompanhado da permissão para que informações provenientes de autoridades estrangeiras pudessem ser usadas em substituição a atividades de averiguação ou inspeções presenciais¹⁰⁰. Paralelamente, uma série de normas introduziram medidas de simplificação ou dispensa de requisitos técnicos aplicáveis a empresas que pretendessem fabricar, importar, exportar, distribuir, comercializar ou obter de registro de uma série de produtos e tecnologias de saúde no mercado nacional, buscando facilitar a sua entrada e circulação no mercado nacional.

Quadro 4 – Normas federais de flexibilização sanitária publicadas em razão da pandemia de COVID-19, por tipo de produto a que se aplicam (fev/20-jun/21)

Produto	Normas de flexibilização aplicáveis
Sanitizantes	RDCs Anvisa nº 347, 350 e 422 de 2020 e 495 de 2021
Equipamentos de proteção individual	RDCs Anvisa nº 349, 356, 379 e 448 de 2020

¹⁰⁰ Lei nº 14.006/2020 e RDC Anvisa nº 346/2020.

Produtos para diagnóstico <i>in vitro</i>	RDCs Anvisa nº 348 e 366 de 2020
Medicamentos	RDCs Anvisa nº 348, 389, 392, 400 e 415 de 2020 e 475, 476, 483, 484, 489, 496, 516 e 517 de 2021
Equipamentos médicos	RDCs Anvisa nº 375, 378 e 386 de 2020 e 483, 489 e 496 de 2021
Vacinas	Medidas Provisórias nº 1.003 de 2020 e 1.026 de 2021, Leis nº 14.121 e 14.124 de 2021 e RDCs Anvisa nº 444 de 2020 e 465, 475 e 476 de 2021

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada. Fonte: Diário Oficial da União. Elaboração própria.

Os níveis de flexibilização introduzidos variaram de acordo com o tipo de produto considerado. Para os EPIs, equipamentos médicos e a maior parte dos medicamentos, a flexibilização de requisitos sanitários foi acompanhada da explícita transferência de responsabilidade sobre a segurança, qualidade e eficácia dos produtos aos fabricantes ou importadores, tomando por base princípios de confiança mútua (J. A. A. Silva, 2021). Em relação às vacinas, por outro lado, as flexibilizações envolveram, inclusive, a possibilidade de transferência de responsabilidade ao poder público, como forma de contemplar exigências contratuais de algumas das fabricantes.

As normas de implementação, por sua vez, trataram de dois principais tipos de medidas: a isenção de impostos de importação incidentes sobre¹⁰¹ e a imposição de proibições ou de requisitos dificultadores para a exportação de algumas categorias de produtos estratégicos¹⁰². Entre estas normas, chama a atenção, especificamente, os critérios utilizados na seleção dos produtos sobre os quais recairia cada tipo de medida. No caso das isenções tributárias, as reduções atingiram, no geral, produtos de baixa densidade tecnológica, como sanitizantes e alguns tipos de materiais médicos. As proibições ou dificuldades impostas às exportações, apesar de terem atingido produtos eminentemente estratégicos e de alta densidade tecnológica, como respiradores e outros equipamentos médicos, também compreenderam diversos medicamentos sem eficácia comprovada para o tratamento da COVID-19, tendo sido mantidas inclusive após a formação de consenso internacional acerca dessa ineficácia (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-b).

No conjunto, percebe-se que as normas voltadas ao aumento de oferta focaram quase estritamente no favorecimento da introdução e circulação de produtos

¹⁰¹ Decretos nº 10.285, 10.302, 10.352 e 10.503 de 2020.

¹⁰² Lei nº 13.993/2020 e Decreto nº 10.407/2020.

no mercado. As únicas normas voltadas ao fortalecimento de capacidades de pesquisa e produção nacionais, a nível federal, foram as de abertura de recursos extraordinários para o custeio da execução da encomenda tecnológica firmada entre a Fiocruz e a AstraZeneca (R\$3,67 bilhões, equivalentes a 4% do total de recursos liberados)¹⁰³ e para o aumento da produção de medicamentos em laboratórios públicos¹⁰⁴. Apesar da aparente inexpressividade normativa, contudo, cumpre destacar a relevância destas medidas no enfrentamento à pandemia no Brasil: até a conclusão deste trabalho, as vacinas produzidas pela parceria entre Fiocruz e Astrazeneca totalizavam mais de 30% do total de doses aplicadas pela campanha¹⁰⁵, tendo garantido, ainda, melhor preço de compra em relação a outros países de renda média ou baixa (Roveri, Falcão e Navarrete, 2022).

Viabilização e manejo da demanda

A principal medida de viabilização de demanda adotada durante a pandemia, transversal a todas as funções do sistema de saúde, foi a ampliação das possibilidades de compras públicas, introduzida originalmente por meio da dispensa de licitação para compra de produtos e contratação de serviços essenciais e subsequentemente ampliada ao longo da emergência, por meio da simplificação e flexibilização dos procedimentos administrativos para a sua execução¹⁰⁶.

Nos setores público e privado, normas de incorporação aplicáveis aos respectivos subsistemas de saúde regularam e padronizaram a forma como se daria o acesso às novas tecnologias¹⁰⁷. Com a intenção de racionalizar eventual aumento de demanda por determinados tipos de produto, foram editadas diversas normas alterando as regras de receita e dispensação de medicamentos considerados prioritários, dentre

¹⁰³ Medidas Provisórias nº 994/2020 (posteriormente convertida na Lei nº 14.107/2020) e 1.048/2021.

¹⁰⁴ Não é possível especificar a quantia exata destinada a essa finalidade apenas a partir das normas de abertura, pois a maior parte delas é ou inespecífica, ou lista a produção de medicamentos entre uma série de outras ações emergenciais, sem indicar o total reservado para cada uma.

¹⁰⁵ Dados disponíveis em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html>. Acesso em: 13 out. 2022.

¹⁰⁶ Medidas Provisórias nº 926, 951, 961 e 1.003 de 2020 e 1.026 e 1.047 de 2021 e Leis nº 13.979, 14.035 e 14.065 de 2020 e 14.121 e 14.124 de 2021.

¹⁰⁷ No SUS: Portarias SAES/MS nº 237, 245, 510 e 766 de 2020 (leitos e tratamento hospitalar); 464/2020 (testes), e; 526 e 1.136 de 2020 (teleconsultas). Na saúde suplementar: Resoluções Normativas ANS nº 453, 457 e 460 de 2020 e 465/2021.

os quais, inclusive, fármacos sem eficácia comprovada para tratamento da COVID-19¹⁰⁸. No âmbito da regulação de mercado, foram adotadas medidas de suspensão temporária do reajuste de preços de medicamentos em 2020 e de regulação extraordinária para a precificação de vacinas e tratamentos farmacológicos da COVID-19¹⁰⁹.

Analisadas conjuntamente, as medidas de aumento de oferta e de viabilização de demanda revelam a adoção de uma estratégia não planejada e autonomizada para a realização das compras públicas emergenciais. As diversas flexibilizações sanitárias introduzidas, apesar de presumivelmente aumentarem a disponibilidade de produtos estratégicos no mercado nacional, não foram acompanhadas de planejamento acerca dos produtos a serem priorizados. Do lado da oferta, o registro de produtos estratégicos para introdução no mercado nacional, à exceção das vacinas, ficou a cargo de agentes privados interessados na sua fabricação ou comercialização. Do lado da demanda, a resistência do governo federal, ao menos em momento inicial, de centralizar as compras estratégicas (Cardoso, Costa e Carvalho et al., 2020) deixou aos entes subnacionais e gestores de serviços a responsabilidade por, a partir das prerrogativas excepcionais de dispensa de licitação, realizar as aquisições de acordo com as suas capacidades.

As estratégias de centralização de compras foram amplamente utilizadas internacionalmente ao longo da pandemia e garantiram, quando adotadas, melhores margens de negociação de preços, menores custos administrativos, maior controle sobre a qualidade dos produtos adquiridos e maior equidade na distribuição dos recursos (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021; Lal, Lim e Almeida et al., 2022). Ainda que a ausência de centralização não possa ser apontada como única explicação para as diversas circunstâncias em que houve insuficiência de recursos estratégicos verificadas ao longo da emergência, trata-se, ainda assim, de um dos fatores que podem ter contribuído para agravar o problema, considerando-se o padrão geral de

(...) disfuncionalidade do sistema de compras governamentais brasileiro: entes compradores não se coordenam, e essa falta de articulação os deixa

¹⁰⁸ RDCS Anvisa nº 351, 354 e 405 de 2020.

¹⁰⁹ MP nº 933/2020 e Resoluções CMED nº 6/2020 e 4 e 5 de 2021.

em posição desvantajosa frente aos vendedores; essa desvantagem se acentua em momentos de restrição de oferta como a atual; as sistemáticas existentes de compras coordenadas e de meios de pagamento não são nem flexíveis nem ágeis o suficiente para lidar com flutuações de mercado, em particular, durante crises de abastecimento; e o controle de qualidade das compras é incapaz de prevenir compras de equipamento fora das especificações. (Fiuza, Santos e Lopes et al., 2020, p. 10)

Além de ter contribuído para a perda de eficiência e das vantagens associadas à economia de escala, a autonomização dos processos de compra foi, também, determinante para a disputa entre entes federados e entre os setores público e privado por produtos prioritários no início da pandemia e, posteriormente, pela compra de vacinas (ibid; Fleury e Fava, 2022). Como agravante, em direção oposta aos exemplos internacionais (Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021), não foram adotadas normas que implementassem medidas de racionalização de uso (à exceção do caso das vacinas) ou que ampliassem medidas de controle de preços¹¹⁰ (Campos e Canabrava, 2020; Chioro, 2021).

3.3.6 Recursos humanos

A função dos recursos humanos em saúde (RHS) engloba todas as políticas que guardem relação com a força de trabalho no sistema de saúde, seja com relação ao provimento (incluídas as políticas educacionais e de qualificação), ao controle de fluxos e da mobilidade dos profissionais no mercado, a incentivos à produtividade ou à regulação de relações de emprego no setor privado (Sousa, Scheffler e Nyoni et al., 2013).

No Brasil, são atribuídas ao SUS tanto a competência de ordenar a formação dos RHS (art. 200, III da CF), conjuntamente com órgãos e instituições da área da educação (arts. 13, IV e 14 da LOS), quanto para formular e executar políticas de gestão de RHS (art. 27 da LOS). As competências são compartilhadas entre os entes

¹¹⁰ Sobre este ponto, Buvnich (2021) relata a atuação prática da Anvisa para criar canais de denúncia e fortalecer ações de fiscalização de preços, o que culminou em aumento de quase 400%, em multas aplicadas a farmacêuticas por descumprimento das regras da CMED em 2021 (Valente, 2021-a). Contudo, cabe notar que, mesmo diante desses esforços extranormativos, as medidas aplicadas recaíram apenas sobre fármacos, para os quais existem limitações legais explícitas sobre precificação; a falta de parâmetros para controle de preços praticados por outros tipos de produtos e insumos, especialmente EPIs e equipamentos médicos, dificultou a extensão das ações de fiscalização a eles.

federativos¹¹¹ (art. 15, IX da LOS e Portaria MS nº 399/2006), mantida a autonomia de cada um para suprir suas respectivas necessidades de manutenção e expansão da força de trabalho. No âmbito da União, o órgão a que tais competências são atribuídas é a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (art. 44, Decreto nº 9.795/2019).

Mesmo anteriormente à pandemia, a área de RHS no Brasil enfrentava uma crise, em grande medida compartilhada com outros países, caracterizada principalmente pelo déficit de profissionais qualificados e desigualdades na sua distribuição, mas também atravessada por outros problemas, como baixos patamares de remuneração e má qualidade generalizada dos ambientes de trabalho (Dal Poz, 2013). Particularmente com relação aos médicos, por exemplo, dados anteriores à pandemia revelam que, a despeito do crescimento acelerado de oferta de profissionais no país nas últimas décadas, persistiam grandes desigualdades na sua distribuição, em uma situação simultânea de abundância de oferta para alguns locais, tipos de atendimento e perfis de paciente, e ausência quase completa para outros (Scheffer et al., 2020). Ademais, como regra geral, os médicos já apresentavam altas cargas de trabalho semanais e múltiplos vínculos de emprego, denotando provável esgotamento da força de trabalho (ibid.).

Com a pandemia e a abrupta intensificação da demanda por RHS, o cenário prévio de crise foi severamente agravado, tanto pela dificuldade de redistribuir os profissionais previamente existentes quanto pela impossibilidade de formar novos especialistas no prazo necessário (Scheffer et al., 2021; Dal Poz e Scheffer, 2022). Na tentativa de responder a este contexto, as normas excepcionais levantadas tratam, no geral, de três objetivos principais: assegurar o provimento de profissionais, garantir sua segurança e capacitá-los para o trabalho emergencial.

Provimento e capacitação de profissionais

Ainda no estágio inicial da pandemia, em maio de 2020, os Ministérios da Economia e da Saúde utilizaram as flexibilizações administrativas introduzidas no

¹¹¹ A exceção é a competência de regular e propor medidas de indução relacionadas à graduação e especialização, atribuída exclusivamente à União (Portarias MS nº 399 e 699 de 2006).

ordenamento para autorizar a contratação temporária, por até dois anos e através de processo seletivo simplificado (Lei nº 8.745/1993), de 9.275 profissionais de saúde no setor público, dos quais aproximadamente 42,3% seriam alocados em hospitais e institutos federais do Estado do Rio de Janeiro e 57,7% seriam alocados em equipamentos não especificados (Portarias Interministeriais nº 11.259 e 12.683 de 2020). No mesmo momento, foi autorizada pela Presidência da República a prorrogação, por seis meses, de 3.952 contratos temporários, originalmente firmados em 2018, de profissionais atuantes em hospitais e institutos federais do Estado do Rio de Janeiro (MP nº 974/2020). No final de 2020, 1.419 desses contratos foram novamente prorrogados até o fim de fevereiro do ano seguinte (MP nº 1.022/2020).

Também com foco em expansão das possibilidades contratuais, foram introduzidas no ordenamento algumas modalidades de flexibilização trabalhista incidentes sobre profissionais de saúde celetistas, inicialmente vigentes até 31 de dezembro de 2020 (MP nº 927/2020) e posteriormente reeditadas em abril de 2021, tendo vigido até setembro daquele ano (MP nº 1.046/2021). A partir delas, trabalhadores de estabelecimentos de saúde poderiam ter suas jornadas de trabalho aumentadas ou serem incumbidos de escalas suplementares mediante acordo individual. De forma unilateral, os empregadores poderiam, também, suspender férias ou licenças não remuneradas de quaisquer profissionais da área da saúde.

Com o objetivo de orientar as ações de recrutamento no sistema público, foi instituído um cadastro único de profissionais de saúde sob a ação O Brasil Conta Comigo – Profissionais de Saúde (Portaria MS nº 639/2020). Além da finalidade de centralizar os dados a respeito da disponibilidade e distribuição de profissionais no território, o cadastro serviria para operacionalizar um programa de capacitação à distância nos protocolos de manejo clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde. A centralização dos dados foi delegada aos respectivos conselhos profissionais. Todos os profissionais cadastrados deveriam concluir o curso, cabendo aos conselhos a fiscalização do cumprimento desta determinação – sem haver, contudo, previsão de sanções aplicáveis em caso de descumprimento.

Outras medidas excepcionais voltadas ao provimento de RHS focaram na flexibilização de normas do setor educacional para estabelecer incentivos ao

engajamento de estudantes da área da saúde no enfrentamento da pandemia. Foi permitida, enquanto durasse a ESPIN, a antecipação da colação de grau de alunos de instituições de ensino superior federais dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, desde que cumprida ao menos 75% da carga horária prevista para o período de internato ou estágio supervisionado¹¹² (Portaria MEC nº 374/2020). Posteriormente, foi criado o programa O Brasil Conta Comigo – Acadêmicos (Portaria MS nº 492/2020), que instituiu, pelo período da ESPIN, a possibilidade de que estes alunos cumprissem suas horas de estágio curricular obrigatório em equipamentos públicos de saúde que tivessem aderido à iniciativa. Aqueles que trabalhassem pelo número de horas previstas fariam jus a pontuação extra em processos de seleção para residência promovidos pelo MS, bem como a uma bolsa mensal, a ser definida em cada edital de chamamento.

Notoriamente, a despeito da adoção das medidas extraordinárias listadas, a pandemia de COVID-19 no Brasil foi marcada pela dificuldade de garantir oferta adequada de profissionais de saúde ao longo da crise, mesmo entre Estados que, ao menos em tese, teriam disponibilidade de contingente (Fehn, Nunes e Aguillar et al., 2020). Isto se deve tanto ao fato de que alguns dos principais déficits do sistema de saúde com relação a recursos humanos são estruturais, não podendo ser solucionados circunstancialmente, quanto pela inadequação das medidas tomadas com relação às necessidades emergenciais ou ao funcionamento ordinário do sistema.

Apesar de o regime fiscal extraordinário ter, a partir da abertura de créditos e do afastamento dos limites de despesa com pessoal, ampliado de forma praticamente irrestrita as possibilidades de contratação pelo poder público, não foi implementada uma estratégia de recrutamento centralizada que otimizasse o uso destas prerrogativas, ficando cada ente federado responsável por operá-las individualmente. Em razão dessa escolha, não é possível averiguar em que medida as estratégias de recrutamento tiveram sucesso em cada local, mas as evidências anedóticas demonstram que houve dificuldade generalizada para contratar profissionais especialistas necessários à habilitação de leitos de UTI (Fonseca e Benassatto, 2021).

¹¹² Em uma versão anterior da norma (Portaria MEC nº 374/2020), que vigeu por apenas uma semana, a permissão era condicionada à atuação do profissional em ações de enfrentamento à pandemia.

Ainda, os mecanismos de recrutamento adotados no setor público¹¹³ não consideraram as especificidades das necessidades de contratação geradas pela COVID-19 e, potencialmente, aprofundaram problemas prévios de insegurança e precariedade dos vínculos. A contratação por tempo determinado em contextos de ESPINs é autorizada, como regra geral, apenas por seis meses, podendo ser prorrogada por um limite máximo de dois anos¹¹⁴. Conjuntamente com a proibição da realização de contratações por concurso público durante a ESPIN (art. 8º da Lei Complementar nº 173/2020)¹¹⁵, estas disposições impuseram uma periodização artificial aos vínculos de emprego no setor público, descolada da extensão temporal dos efeitos da pandemia e das demandas por, justamente em razão da crise, oferecimento de maior estabilidade aos profissionais.

A escolha por não fazer um plano centralizado culminou, também, em uma completa ausência de remanejamento de profissionais de saúde entre as diferentes regiões geográficas e entre os setores público e privado. O cadastro geral criado pelo Programa O Brasil Conta Comigo tinha caráter “instrumental e consultivo” (art. 3º da Portaria MS nº 639/2020), sem previsões a respeito da possibilidade de seu uso na redistribuição das forças de trabalho em caso de necessidade. Em todo o período da ESPIN, apesar de terem sido cadastrados cerca de um milhão de profissionais, foram recrutados e contratados apenas 263 deles¹¹⁶. No mesmo sentido, as normas não regularam o compartilhamento de vínculos entre profissionais do setor público e do

¹¹³ Não foram consideradas as contratações realizadas por meio do Programa Mais Médicos durante a pandemia. Embora estas contratações sejam oficialmente contabilizadas pelo governo federal como recrutamento excepcional (conforme o painel LocalizaSUS, disponível em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_RH/DEMAS_C19Insumos_RH.html>, acessado em 30 maio 2022), elas foram realizadas em continuidade à política ordinária do Programa, com algumas alterações mínimas (Brasil, 2020). Ademais, os recrutamentos realizados por esta via foram publicados apenas na Seção 3 do Diário Oficial da União, que não foi incluído no escopo da pesquisa.

¹¹⁴ Cabe pontuar que a MP nº 922/2020 introduziu uma mudança momentânea nestes prazos, permitindo que contratações por tempo determinado motivados por ESPINs vigessem até o encerramento da emergência (art. 1º, VI). Contudo, a Medida não foi convertida em lei e teve sua vigência encerrada em 29 de junho de 2020, a partir de quando o regime jurídico das contratações por tempo determinado voltou a obedecer ao limite máximo de dois anos.

¹¹⁵ O §7º do art. 8º da Lei Complementar nº 173/2020, introduzido posteriormente à sua publicação pela Lei Complementar nº 180/2021, estabelece algumas exceções à regra de proibição de realização de concursos durante a pandemia. Especificamente relacionadas à saúde, foram permitidas contratações para composição do quadro permanente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

¹¹⁶ Dados do Ministério da Saúde, disponíveis em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_RH/DEMAS_C19Insumos_RH.html>. Acesso em: 31 maio 2022.

setor privado, desconsiderando os severos desequilíbrios intersetoriais previamente existentes (demonstrado, quanto aos médicos, por Scheffer et al., 2020). Quanto ao setor privado, em verdade, a única medida implementada foi a flexibilização da flexibilização de disposições trabalhistas, que, ainda que possa ter aliviado parcialmente o problema de oferta, não atenuou as desigualdades na distribuição da mão de obra.

Segurança dos profissionais

Passando à discussão das medidas excepcionais focadas na garantia da segurança dos RHS, são identificados dois principais objetos dentre as normas publicadas: a segurança financeira e a segurança ocupacional.

No âmbito da segurança financeira, foram identificadas duas medidas. A primeira delas foi a implementação, inicialmente por seis meses e posteriormente prorrogada até o fim da ESPIN (Portarias MS nº 580 e 2.654 de 2020), de bolsa mensal de R\$667 a ser paga a todos os profissionais ligados a Programas de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde do MS. A segunda foi a criação de compensação financeira, no valor mínimo de R\$50 mil e máximo de R\$240 mil, a ser paga pela União a trabalhadores de saúde (ou seus familiares, em caso de óbito) que, durante a ESPIN, tenham contraído COVID-19 no exercício de suas funções e, em decorrência da doença, tenham falecido ou se tornado permanentemente incapacitados para o trabalho (Lei nº 14.128/2021). A disposição abarca não apenas profissões cuja atividade-fim pertencesse à área de saúde, mas, também, os profissionais que prestassem serviços administrativos ou de apoio em estabelecimentos de saúde.

Em relação à segurança ocupacional dos trabalhadores, a Lei nº 14.023/2020 alterou a Lei da Quarentena para determinar que os “profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública” (art. 3º-J), enquanto durasse a ESPIN, teriam prioridade no acesso a testes diagnósticos e receberiam EPIs de seus respectivos contratantes. Pouco depois, a infecção por SARS-CoV-2 foi inserida na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho em casos em que houvesse exposição ao vírus em atividade de trabalho (Portaria MS nº 2.309/2020).

Quanto às normas de segurança financeira, o principal ponto a ser destacado é o baixo patamar dos adicionais ou recompensas implementados. A bonificação de R\$667 representou um aumento de apenas 20% em relação aos valores de bolsas de residência praticados previamente à pandemia¹¹⁷, incompatível com a elevação de riscos ocupacionais e da carga de trabalho a que passaram a estar sujeitos os profissionais. O valor de R\$50 mil de indenização, por sua vez, foi adotado como parâmetro para todos os casos de incapacidade permanente e de falecimento, contemplando-se a possibilidade de aumento apenas em casos em que o falecido tivesse dependentes jovens. Mesmo que não reflita a remuneração praticada de fato, os baixos valores denotam desprestígio do governo federal com relação aos profissionais de saúde, especialmente em se considerando fatores conjunturais como o veto integral do Presidente da República, derrubado pelo Congresso, à lei que estabeleceu a obrigatoriedade de indenização.

O sentido de desvalorização dos profissionais por parte do governo federal é reforçado ao se considerarem, conjuntamente com as políticas de compensação, as medidas de segurança ocupacional. Na prática, as garantias instituídas nas normas se restringiram praticamente apenas à obrigatoriedade da distribuição de EPIs e à prioridade na testagem – determinações que, ademais, foram largamente descumpridas ao longo da emergência (Lotta, Fernandez e Magri et al., 2021; Martin-Delgado, Viteri e Mula et al., 2020). Mesmo na definição da COVID-19 como doença ocupacional, houve resistência inicial do governo federal, e a efetiva inclusão na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho apenas ocorreu após judicialização do assunto (Silva, Machado e Oliveira et al., 2020). Ainda que, neste caso, seja importante ressaltar que as normas levantadas não fornecem um panorama fidedigno de todas as medidas de segurança adotadas, por deixarem de fora importantes decisões tomadas apenas no plano executivo ou em sede da regulação por conselhos profissionais (CEPEDISA-USP e Conectas Direitos Humanos, 2020-c; Delduque, 2021; Leite, Finkler e Martini et al., 2021), a falta de centralização a nível nacional gerou problemas na sua implementação e articulação.

¹¹⁷ Em 2019, valia o valor de R\$3.300,43, segundo definição da Portaria Interministerial nº 3/2016.

Um dos principais desdobramentos desta descoordenação foi a indefinição acerca de quais profissionais seriam priorizados a partir das medidas de segurança. Se, de um lado, é desejável que haja maleabilidade na definição de profissionais de saúde, de forma a incluir nas medidas de segurança todos os trabalhadores expostos a riscos, e não apenas aqueles envolvidos no trabalho de linha de frente, a Lei nº 14.023/2020, ao introduzir o conceito de “profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública”, criou ambiguidade quanto à distribuição de recursos de segurança e à priorização no seu acesso. Sob a mesma lista, foram incluídos, conjuntamente com os profissionais de saúde tradicionalmente considerados, integrantes de forças de segurança pública e de alguns setores industriais ou de serviços não relacionados à saúde. Esta indeterminação, mais à frente, foi replicada no planejamento da campanha de vacinação nacional (Scheffer, 2021) e abriu espaço, por exemplo, para a priorização de forças de segurança, em detrimento de pessoas mais velhas ou com comorbidades (Valente, 2021-b).

Além disso, a ambiguidade na definição de profissionais essenciais pode ter contribuído nas desigualdades que marcaram os níveis de proteção garantidos a diferentes profissionais de saúde. O acesso a EPIs e à testagem variaram significativamente de acordo com a profissão e o contexto de atuação dos trabalhadores (Lotta, Fernandez e Magri et al., 2021; Martin-Delgado, Viteri e Mula et al., 2020), sem necessariamente haver priorização dos grupos efetivamente mais expostos à contaminação (Correia, da Costa e Moore et al., 2022).

Finalmente, em um ponto que também tangencia a segurança, apenas duas das normas levantadas tratam, de forma superficial, da qualificação dos RHS para atuação na pandemia. Sob o programa O Brasil Conta Comigo – Acadêmicos, os estudantes que aderissem deveriam ser previamente capacitados para atuar nos serviços. Sob o programa O Brasil Conta Comigo – Profissionais de Saúde, foi disponibilizado um curso de qualificação para atuação no enfrentamento da COVID-19 a todos os profissionais cadastrados. Segundo a Secretaria de Gestão Estratégica do Trabalho, até maio de 2022, 450 mil profissionais haviam completado o curso¹¹⁸. Além do baixo alcance, diante do contingente estimado de 5 milhões de profissionais de

¹¹⁸ Informação disponível em: <<https://registra-rh-covid19.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 maio 2022.

saúde atuantes em todo o país (Dal Poz e Scheffer, 2022), pesquisas realizadas com trabalhadores da linha de frente apontam para altas porcentagens de profissionais que não receberam qualquer tipo de treinamento nos respectivos locais de trabalho (Lotta, Fernandez e Magri et al., 2021; Martin-Delgado, Viteri e Mula et al., 2020).

3.3.7 Vigilância em saúde

A função da vigilância em saúde abarca todas as atividades relacionadas à identificação e produção de informações sobre agravos à saúde e seus determinantes, com o objetivo fundamental de orientar a tomada de decisões organizacionais e de cuidado no sistema (Patrício, Michaloski e Rujula, 2011). Historicamente, a função foi construída no SUS de forma fragmentada, o que resultou na divisão entre as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária¹¹⁹.

As competências sobre a vigilância epidemiológica são compartilhadas entre todas as esferas federativas. De forma geral, as ações de planejamento e elaboração de diretrizes são prioritariamente compartilhadas entre a União e os Estados (arts. 5º, 6º e 9º do Anexo III da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017), reservando-se as atribuições executivas aos Municípios (art. 11). São exceções as “ações de caráter estratégico e longo alcance”, cuja execução pode ser atribuída a níveis superiores de governo (Patrício, Michaloski e Rujula, 2011, p. 360), como ocorre no caso de diversas ações relacionadas ao enfrentamento de ESPINs. O ordenamento sanitário prevê explicitamente a responsabilidade da União, na figura da SVS/MS, pelo planejamento, preparação e execução de ações de vigilância durante emergências de saúde (art. XIX, §1º da LOS e art. 6º, IX, da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017), além de contar com diversas disposições para a reorganização dos serviços federais de vigilância em contextos emergenciais (Teixeira, Costa e Carmo et al., 2018; ver Figura 2, p. 28).

¹¹⁹ A LOS define as vigilâncias sanitária e epidemiológica nos seguintes termos, respectivamente (art. 6º, §§1º e 2º): “(...) conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”, e; “(...) conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. A vigilância ambiental, por sua vez, não tem definição explícita no ordenamento sanitário, mas compreende ações que tenham por objeto o conhecimento e orientação para a ação sobre as interfaces entre a saúde das populações e o meio ambiente em que residem (Patrício, Michaloski e Rujula, 2011).

As competências sobre a vigilância sanitária, apesar de também compartilhadas entre as três esferas de governo, se concretizam de forma distinta, já que, enquanto as atribuições federais cabem à Anvisa, que tem autonomia administrativa e financeira em relação ao MS, as estruturas estaduais e municipais “são, geralmente, integrantes da administração direta, ligadas às respectivas secretarias de saúde” (Silva e Pepe, 2012, p. 1.121). A União, na figura da Anvisa, detém as atribuições de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e formular as suas políticas e diretrizes gerais (art. 7º, I da Lei nº 9.782/1999), competindo aos entes subnacionais a suplementação da regulação nacional, quando cabível (art. 10, §2º do Anexo VI da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017). Apesar de ser garantida a autonomia formal dos entes federados para a execução de ações em seus respectivos territórios (art. 8º do Anexo VI da Portaria de Consolidação MS nº 4/2017), a Anvisa detém uma série de atribuições executivas exclusivas, como as responsabilidades pela concessão de registros e controle da fabricação, importação e comercialização de produtos de interesse da saúde. Diferentemente do caso da vigilância epidemiológica, não há previsões sobre alteração excepcional das competências relacionadas à vigilância sanitária em contextos emergenciais.

A responsabilidade pelo financiamento de ambas as modalidades de vigilância é compartilhada entre todos os entes federados. Da parte da União, os repasses aos entes subnacionais são feitos com base em componentes fixos e variáveis (Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 6/2017). As transferências devem observar percentuais mínimos anuais (arts. 435, 445-447), respeitando-se a determinação de que 5% dos recursos orçados à SVS/MS sejam mantidos em reserva estratégica para responder a eventuais emergências epidemiológicas (art. 441).

Antes da pandemia, a vigilância em saúde no Brasil padecia de problemas relacionados, especialmente, à fragmentação dos serviços que a compõem. No âmbito da vigilância epidemiológica, isso se manifestava principalmente na dificuldade de integrar práticas de vigilância à prestação de serviços assistenciais, tanto por falta de planejamento quanto pela ausência de profissionais capacitados na APS (Paim, 2012; Teixeira e Costa, 2012; Teixeira, Medina e Costa et al., 2020; Giovanella, Martufi e Ruiz et al., 2021). No âmbito da vigilância sanitária, o problema residia, principalmente, na divisão imprecisa de competências entre os entes federados e na

dificuldade de concretizar a descentralização dos serviços (Silva e Pepe, 2012). Ainda, de forma transversal, a separação entre a vigilância epidemiológica e sanitária causa, simultaneamente, sobreposições e lacunas entre as competências atribuídas a cada uma das subfunções (Aith e Dallari, 2009), bem como a multiplicação e incompletude de sistemas de informação (Patrício, Michaloski e Rujula, 2011; Silva e Pepe, 2012).

Por ser uma função estratégica para a detecção e quantificação do risco, um dos objetivos centrais da vigilância, no contexto de emergências de saúde, é a de gerar informações em tempo hábil para orientar tempestivamente a tomada de decisão, nos níveis individual e coletivo (OMS, 2007; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021). No contexto da COVID-19, no nível individual, a testagem seria o elemento-chave para orientar decisões de rastreamento e isolamento; no coletivo, tanto os testes quanto os demais sistemas de informação orientariam as medidas de prevenção e promoção e, de forma transversal às demais funções, quaisquer decisões relacionadas à distribuição de recursos (ibid.). Para isso, seria necessário aumentar a capacidade de processamento de testes e estabelecer protocolos de testagem e fluxos de informação capazes de superar a ampla fragmentação prévia do sistema.

Considerando tais necessidades emergenciais, as normas excepcionais relacionadas à vigilância podem ser divididas entre dois principais objetos: vigilância epidemiológica e monitoramento de serviços emergenciais.

Vigilância epidemiológica

A Lei da Quarentena, ao permitir que gestores exigissem testagem obrigatória em determinados contextos (art. 3º, III, b), foi a primeira norma excepcional a tratar de vigilância em saúde. Assim como na maior parte das demais prerrogativas emergenciais criadas, não foram atribuídas competências ou condições específicas para o seu exercício. A única norma de competência explicitamente relacionada à vigilância foi publicada apenas em novembro de 2020, determinando que, no âmbito do governo federal, seria atribuição do MS a coordenação da coleta, tratamento e disseminação de dados epidemiológicos e a realização, a partir deles, de análises sobre o risco e a situação de saúde populacional (art. 4º da Resolução nº 10/2020 do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19).

A ausência de normas excepcionais estabelecendo parâmetros para a atuação emergencial da vigilância pode, em parte, ser explicada pelo fato de que, em decorrência dos esforços empreendidos para adaptar o sistema de saúde brasileiro às exigências do RSI (ver Capítulo I) e do acúmulo de experiência em emergências passadas, existiam normas previamente estabelecidas para nortear a reorganização da rede em casos de ESPINs (Carmo, Penna e Oliveira, 2008; Carmo, 2009; Teixeira, Costa e Carmo et al., 2018; Oliveira, Abreu e Siqueira, 2021). Por outro lado, a normatização prévia não era suficiente para responder adequadamente a muitas das necessidades específicas à COVID-19, com relação às quais houve, em diversas circunstâncias, severos atrasos e omissões.

Em relação à coordenação das ações de vigilância epidemiológica a nível nacional, houve importante demora na incorporação de testes diagnósticos para detecção da COVID-19 no sistema de saúde, que ocorreu apenas no final de maio de 2020 no SUS – a título de comparação, no setor privado, a incorporação se deu em meados de março¹²⁰. De forma similar, a obrigatoriedade de notificação ao MS dos resultados de testes realizados foi estabelecida apenas em meados de julho de 2020 (Portaria MS nº 1.792/2020), no mesmo momento em que se atingia o pico da primeira onda da pandemia no Brasil¹²¹. A publicação de normas subsequentes, voltadas à padronização e integração dos dados aos sistemas nacionais, se estendeu até praticamente o fim do período de coleta fixado para o estudo¹²².

Paralelamente, foram adotadas uma série de medidas de expansão de acesso a testes no sistema de saúde, sem, contudo, haver preocupação com o devido planejamento de políticas de rastreamento, o que acabou por favorecer apenas a dimensão clínica da testagem.

Muitas das normas de flexibilização sanitária publicadas pela Anvisa, primariamente classificadas sob a função dos produtos e tecnologias, contribuíram

¹²⁰ Incorporações na saúde suplementar: Resoluções Normativas ANS nº 453, 457, 458 e 460 de 2020 e 465/2021. Incorporação no SUS: Portaria SAES/MS nº 464/2020. Cumpre ainda, neste ponto, fazer a ressalva de que, no caso do SUS, apesar de o oferecimento do serviço não ser necessariamente condicionado à incorporação, a possibilidade de recebimento de remuneração federal pelos atendimentos prestados e, conseqüentemente, o seu oferecimento sistêmico, o são.

¹²¹ Portaria MS nº 1.792/2020.

¹²² Portaria SAES/MS nº 1.068/2020 e Portaria MS nº 1.046/2021.

para a facilitação da entrada de testes e insumos farmacêuticos no mercado nacional. No SUS, foram repassados recursos pontuais a serviços de vigilância (aproximadamente R\$1,2 bilhões, ou 3% dos recursos extraordinários repassados, cf. Tabela 4, p. 84)¹²³ e permitiu-se a expansão do escopo de atuação de alguns dos laboratórios públicos¹²⁴. No setor privado, farmácias foram autorizadas a realizar testes rápidos para detecção da COVID-19 (RDC Anvisa nº 377/2020). No conjunto, essas medidas resultaram em incremento significativo das capacidades e velocidade de processamento de testes no sistema de saúde (até agosto de 2020, estimado por Oliveira, Abreu e Siqueira (2021) na ordem de 40% e 30%, respectivamente). No período estudado, esse incremento se traduziu na realização de mais de 53,3 milhões de testes para detecção da COVID-19¹²⁵.

Contudo, mesmo que documentos administrativos publicados pelo MS recomendassem formalmente a adoção de ações de rastreamento ativo e de integração da vigilância com a APS (Patiño-Escarcina e Medina, 2022), os dados oficiais sugerem que uma parcela ínfima dos testes foram realizados como parte de estratégias coletivas de vigilância, predominando, por ampla margem, a testagem em contextos clínicos (e, conseqüentemente, individuais)¹²⁶. Mencione-se, neste sentido, que, entre maio de 2020 e julho de 2021, 9,1 milhões de testes rápidos foram realizados em farmácias (Abrafarma, 2021), o que equivale a 17,1% dos testes oficialmente registrados no período.

As normas excepcionais coletadas, ao permitirem a ampliação do acesso à testagem, especialmente no setor privado, sem integrá-la às medidas coletivas de

¹²³ Portarias MS nº 1.841, 2.298, 2.358, 2.624, 2.625, 2.782, 3.248 e 3.717 de 2020.

¹²⁴ RDCs Anvisa nº 364, 380, 396 e 426 de 2020.

¹²⁵ Essa estimativa foi feita a partir do sistema e-SUS Notifica, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para compilar dados, originados das notificações obrigatórias, sobre a investigação de casos de síndrome gripal suspeitos para COVID-19. Para o cálculo dos testes realizados em 2021, foram considerados apenas os registros de notificação realizadas até junho daquele ano, excluindo-se registros sem data de notificação ou com data de notificação preenchida erroneamente. Dados disponíveis em: <<https://dados.gov.br/dataset/notificacoes-de-sindrome-gripal-leve-2020/>> e <<https://dados.gov.br/dataset/notificacoes-de-sindrome-gripal-leve-2021/>>. Acesso em: 27 set. 2022.

¹²⁶ Os registros do e-SUS Notifica classificam as estratégias sob as quais a testagem foi realizada em três categorias: “diagnóstico assistencial (sintomático)”; “busca ativa de assintomático”, e; “triagem de população específica”. Apesar de ser um campo de preenchimento obrigatório, os dados estavam completos em apenas 713.588 ou 1,3% dos registros considerados, sugerindo baixa confiabilidade. Ainda assim, entre os registros em que o dado estava disponível, 91,8% deles indicava testagem realizada em contexto assistencial, contra apenas 6,9% em buscas ativas e 1,3% em triagens.

mitigação da pandemia, relegaram à vigilância uma função primordialmente assistencial. A dimensão estratégica da função não foi priorizada, à exceção de normas que implementam medidas pontuais, como a criação de um comitê, no âmbito do MS, para coordenar a execução de um inquérito populacional sobre a prevalência da COVID-19 no Brasil (Portaria MS nº 3.886/2020)¹²⁷, ou a decisão de priorizar profissionais de saúde na realização de testes diagnósticos (Lei nº 14.023/2020).

Finalmente, quanto à vigilância epidemiológica, cabe um breve comentário em relação à permanência dos efeitos das normas excepcionais no ordenamento ordinário. A vigilância foi a única função à qual foram destinados, sem necessidade de adesão prévia, incentivos financeiros de capital, voltados à compra de equipamentos permanentes para fortalecimento dos serviços¹²⁸. Por mais que estes recursos tenham sido ínfimos em relação à quantia total liberada extraordinariamente e que, mesmo no âmbito da vigilância, representem apenas 33,2% do total recebido, trata-se de uma exceção à lógica de restringir, tanto quanto possível, o prolongamento dos efeitos da excepcionalidade no tempo. Ademais, durante o segundo semestre de 2021, foram publicadas duas normas que introduziram novas estruturas de gestão de ESPINs no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica¹²⁹. Ainda que não seja possível apontar inequivocamente a causalidade entre o desenrolar da pandemia de COVID-19 e tais reformas, a proximidade temporal sugere haver relação entre elas.

Monitoramento de serviços emergenciais

Além do fortalecimento da vigilância epidemiológica, algumas das medidas excepcionais de vigilância se concentraram em torno do monitoramento da prestação de serviços emergenciais – nominalmente, internações hospitalares e a campanha de vacinação.

¹²⁷ Pontue-se que, até o encerramento deste trabalho, o inquérito PREVCOV, de que trata a norma referenciada, não havia sido concluído. A única pesquisa populacional realizada durante a ESPIN (e, portanto, que pôde ser aproveitada na formulação de medidas de enfrentamento à pandemia) foi operacionalizada pelo IBGE (PNAD-COVID-19), vinculado ao Ministério da Economia.

¹²⁸ Portarias MS nº 1.841, 3.248 e 3.717 de 2020.

¹²⁹ Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS nº 3/2017) e Rede de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde - Rede VIGIAR- SUS (Anexo XXVII da Portaria de Consolidação MS nº 3/2017).

No início de abril de 2020, foi determinada a obrigatoriedade de registro diário das internações e da publicação de informações sobre a disponibilidade de leitos para COVID-19 em todos os estabelecimentos que prestassem serviços no SUS (Portaria MS nº 758/2020). A determinação foi estendida aos estabelecimentos privados apenas em agosto, quando passou a ser obrigatório, adicionalmente, a publicação de informações sobre a taxa total de ocupação de leitos, destinados à COVID-19 ou não (Portaria MS nº 2.181/2020). Quanto à campanha de vacinação, a obrigatoriedade de notificação e registro das doses administradas foi estabelecida, para estabelecimentos públicos e privados, concomitantemente com as disposições que permitiram a aquisição de vacinas sob regimes excepcionais¹³⁰.

Em ambos os casos, as normas representaram importantes avanços para a otimização dos sistemas de informação públicos, especialmente em razão dos prazos rígidos estabelecidos para atualização dos dados (em sua maior parte, de 24 horas) e da vinculação do setor privado à obrigatoriedade de registro (Chioro, 2021). Apesar dos avanços, contudo, os dados produzidos a partir destas medidas não foram devidamente utilizados nas tomadas de decisões subsequentes. Conforme previamente discutido na subseção 3.3.3, as informações sobre disponibilidade de leitos não foram aproveitadas para garantir uma melhor distribuição dos equipamentos ou dos recursos necessários para o seu funcionamento. Em relação às medidas coletivas de prevenção, por sua vez, as orientações elaboradas pelo MS sugeriam que o critério da disponibilidade de leitos fosse usado prioritariamente para decidir sobre medidas de restrição de circulação, independentemente do ritmo de disseminação da doença, relegando à vigilância epidemiológica um papel secundário na tomada de decisões (Mota e Teixeira, 2020).

¹³⁰ Portaria MS nº 69/2021, MP nº 1.026/2021 e Leis nº 14.124 e 14.125 de 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos de 2020 e 2021, o Brasil se destacou como um dos países com piores respostas à pandemia de COVID-19, registrando, por quase todo o período, taxas de transmissão e números de casos e mortes escandalosamente elevados.

Dentre os diversos fatores que contribuíram para este péssimo desempenho, o presente trabalho se deteve sobre as normas excepcionais publicadas ao longo da crise sanitária. Em que pese a dificuldade de dimensionar os efeitos do direito, de forma isolada, sobre resultados de saúde, estudos prévios já apontavam para a possível associação entre a má condução nacional da pandemia e o sentido das normas. Autores destacaram que a expressiva atividade normativa do Poder Executivo federal fragmentou a gestão da emergência, limitou o papel do Poder Legislativo e obstruiu respostas dos governos estaduais e municipais, chegando a ser interpretada, inclusive, como uma estratégia institucional deliberada para promover a maior disseminação do vírus, em busca da imunidade de rebanho (e.g., CEPEDISA-USP, 2021-a; Duarte, Santos e Andrade et al., 2021; Ventura, Rached e Aith, 2021; Terrazas, 2021, e; Patiño-Escarcina e Medina, 2022).

Omissões propositais ou os próprios conteúdos das normas contribuíram para falhas no controle de portos, aeroportos e fronteiras, falta de equipamentos de proteção para profissionais de saúde, lacunas na oferta de leitos e ventiladores, escassez de testes para diagnóstico, baixo rastreamento de casos e contatos e atraso na aquisição de vacinas. Em alguns casos, as normas chegaram a, inclusive, decretar medidas sabidamente ineficazes e anticientíficas. O Brasil seguiu, assim, na contramão, de países que, através da aposta em medidas populacionais de prevenção e de amplas campanhas de vacinação, conseguiram atrasar ou controlar a disseminação do novo coronavírus, ao mesmo tempo em que aliviaram a pressão sobre seus sistemas de saúde e reduziram infecções e mortes.

Esta postura representou um lamentável rompimento com as boas tradições de vigilância epidemiológica e medidas preventivas e de cuidados aos pacientes desenvolvidas nacionalmente ao longo de décadas. Desde as campanhas sanitárias e vacinais do início do século XX até o enfrentamento da epidemia de zika, o país soube

reorganizar as suas estruturas de saúde para implementar políticas inovadoras e efetivas (ainda que, por vezes, passíveis de complementação). Antes da pandemia de COVID-19, a existência do SUS e o acúmulo de capacidades institucionais posicionavam o Brasil como um país bem preparado para responder a emergências de saúde (Bell e Nuzzo, 2021).

Este estudo contribui com a literatura sobre o enfrentamento da COVID-19 no Brasil por meio do mapeamento das normas excepcionais relacionadas à saúde publicadas ao longo da pandemia e da sua contextualização segundo a estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro. Os principais achados corroboram trabalhos prévios que refletiram sobre os possíveis efeitos de longo prazo da COVID-19 na organização do Estado brasileiro. Além disso, levanta novas questões em relação ao futuro do ordenamento sanitário e da organização do SUS no período pós-pandemia.

Em primeiro lugar, a partir da caracterização do regulamento jurídico aplicável às emergências de saúde pública no Brasil previamente à COVID-19, constatou-se a sua robustez material e formal. No plano material, a maior parte das prerrogativas emergenciais e capacidades de resposta enumeradas na literatura internacional e RSI já se encontravam regulamentadas nacionalmente. No plano formal, o modelo emergencial de acomodação, ao conciliar os objetivos de flexibilização administrativa e de máxima conservação possível das disposições ordinárias, garantiria, em tese, algum nível de segurança jurídica à atuação excepcional do Estado.

Esta regulamentação prévia não foi, contudo, suficiente para responder à COVID-19, como evidenciam as 1.1117 normas excepcionais coletadas e classificadas no estudo, que constituíram um ordenamento excepcional próprio para o enfrentamento da pandemia, em complementação ao ou por meio da derrogação do ordenamento ordinário.

Em casos pontuais, a exemplo do regime fiscal extraordinário, este amplo processo de acomodação legislativa promovido ao longo da pandemia resultou na incorporação permanente de dispositivos emergenciais, em patente desrespeito ao mandamento de transitoriedade das normas excepcionais.

Contudo, a análise do conjunto das normas sugere tendência oposta a esta: verificou-se, para a maior parte do ordenamento excepcional, um movimento abrangente de contenção temporal, tanto quanto possível, das suas vigência e desdobramentos. Foi possível identificar tentativas explícitas do governo federal de forjar um retorno à normalidade, sem consideração às reais necessidades de saúde da população ou do sistema, em ao menos três ocasiões: encerramento extemporâneo do regime fiscal extraordinário, no final de 2020; desmonte da infraestrutura emergencial criada, a partir do segundo semestre de 2021, e; encerramento abrupto da ESPIN, em abril de 2022.

Transversal a todas as funções do sistema, esta tendência foi traduzida de forma particularmente eloquente nas normas de financiamento. Apesar da injeção sem precedentes de recursos no SUS durante a emergência, foram estabelecidas, por diversas formas, limitações sobre o seu uso em finalidades que pudessem fortalecer o sistema no médio e longo prazo. Os recursos foram utilizados, praticamente em sua totalidade, em despesas de custeio, e diversas das amarras fiscais derogadas no início da crise foram recompostas antes do encerramento da ESPIN.

Um segundo movimento identificado foi a descentralização da gestão da emergência, operacionalizada principalmente pelas normas de gestão e financiamento. A estrutura excepcional de gestão criada atribuiu a maior parte das competências de forma compartilhada entre todos os entes federados. As normas de financiamento, por sua vez, operacionalizaram repasses de grande parte dos recursos excepcionais, frequentemente sem vinculação prévia, aos entes subnacionais. Combinadas com a postura profundamente omissa do governo federal na realização de funções de planejamento e coordenação, tais medidas resultaram na autonomização federativa do enfrentamento da pandemia, segundo a qual Estados e Municípios, por estarem providos de competência e recursos, deveriam se responsabilizar integralmente pelas respostas adotadas em seus respectivos territórios.

Em relação à função de promoção e prevenção, especificamente, a desresponsabilização do governo federal se deu de forma ambígua. A atribuição de competências compartilhadas, neste caso, foi acompanhada da ativa oposição da Presidência ao seu livre exercício pelos entes federados, seja por meio de vetos, de

disposições limitantes nas próprias normas ou de ações extranormativas. Apesar de este trabalho não ter abarcado a coleta sistemática de decisões judiciais relacionadas à pandemia, foram identificadas, na literatura, diversas circunstâncias em que a disputa federativa motivou a judicialização das normas extraordinárias e das medidas emergenciais nelas respaldadas.

Em relação às demais funções do sistema de saúde, por outro lado, a autonomização da resposta aconteceu de maneira quase irrestrita, resultando em descoordenação generalizada das medidas emergenciais, seja entre os entes federados ou entre os diferentes setores envolvidos na sua implementação.

Além de potenciais perdas de eficácia diretamente relacionadas à descoordenação (e.g., diferentes políticas de uso de máscara em Municípios contíguos), experiências internacionais sugerem que a falta de diretrizes centralizadas para enfrentamento da pandemia contribuiu para o aprofundamento de tendências prévias dos sistemas de saúde (Nathan, Azzopardi-Muscat e Middleton et al., 2021, p. 7). No Brasil, é possível levantar a mesma hipótese: a insuficiência e demora na regulamentação, a nível nacional, de medidas emergenciais estratégicas envolvendo a APS pode ter favorecido a concentração da alocação de recursos na MAC, reforçando padrões sistêmicos anteriores, em detrimento das efetivas necessidades emergenciais.

Além das ineficiências na alocação de recursos e das medidas emergenciais implementadas, a autonomização da resposta à pandemia pode ter desdobramentos mais duradouros sobre a organização do Estado brasileiro.

Diversos autores identificam a ESPIN da COVID-19 como um momento chave aproveitado pelo governo federal para acelerar a transição do arranjo de federalismo cooperativo para um “modelo competitivo” (Abrucio, Grin e Franzese et al., 2020; Vieira e Servo et al., 2020; Fleury e Fava, 2022). Por um lado, a necessidade de se articular independentemente do governo federal contribuiu para o surgimento de estruturas inovadoras de governança, tanto entre entes federados quanto entre gestores públicos e a sociedade civil (e.g., Consórcio Nordeste ou Consórcio de Veículos de Imprensa) (Fleury e Fava, 2022). Por outro, caso mantidos os padrões de austeridade e de alta dependência fiscal dos entes federados em relação à União, o novo modelo competitivo pode agravar os problemas de financiamento dos serviços públicos.

Como regra geral, as normas, por ação ou inação, foram marcadas pela descoordenação do Ministério da Saúde, seja na forma de atrasos na regulamentação ou de graves insuficiências diante da magnitude e da complexidade das necessidades emergenciais. Notadamente, as funções da promoção e prevenção e vigilância foram marcadas pela quase total ausência de medidas vinculantes a nível nacional. No entanto, foram identificados alguns casos em que as medidas implementadas apresentavam alto grau de alinhamento com as recomendações e a literatura internacional. Esta ambiguidade abre margens para diversas interpretações, em sentidos muito distintos.

Um exemplo é o caso das novas prerrogativas de flexibilização administrativa criadas, que replicaram, em grande parte, estratégias adotadas de forma bem sucedida em outros países (e.g., Barroy, Wang e Pescetto et al., 2020; Saxena e Stone, 2020; Haldane, Foo e Abdalla et al., 2021; Or, Gandré e Wharton, 2022; Sagan, Webb e Azzopardi-Muscat et al., 2021). No caso brasileiro, contudo, estas disposições foram operacionalizadas de forma descentralizada, levando aos problemas de coordenação já mencionados. Neste caso, pode-se levantar a hipótese de aproveitamento oportunista das recomendações internacionais, baseadas em exemplos de lideranças comprometidas com o bom enfrentamento da pandemia, para a promoção de uma estratégia de desresponsabilização do governo federal.

Por outro lado, exemplos como a criação dos Centros Comunitários de Referência e Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19, que demonstram uma tentativa de mobilizar de forma estratégica as capacidades da APS do SUS, permitem o levantamento de uma hipótese complementar de possível resistência burocrática, no âmbito do Ministério da Saúde, contrária aos posicionamentos negacionistas do Poder Executivo.

A grande distância entre o *ser* e o *dever ser* limitam, intrinsecamente, o potencial dos resultados deste trabalho em fornecer respostas definitivas acerca dessas e de diversas outras hipóteses levantadas ao longo do texto. Estudos adicionais serão necessários para que se diga sobre as motivações das normas, os limites da sua efetividade ou ao fato de refletirem fielmente o que foi efetivamente implementado na

administração pública. Ainda assim, os seus achados podem ser aproveitados em algumas reflexões a respeito da tragédia sanitária da COVID-19 no Brasil.

Retrospectivamente, a notável discrepância entre a magnitude dos esforços excepcionais, traduzidos na enorme quantidade de normas publicadas, e os catastróficos resultados obtidos no enfrentamento da pandemia, é reveladora dos limites da normatividade diante de lideranças autoritárias. Estes não se manifestam apenas na desobediência deliberada à lei, mas, também, na captura dos poderes regulatórios para resguardar interesses particulares. Ainda que a dimensão valorativa das normas coletadas não tenha sido objeto deste estudo, o esforço descritivo aqui empreendido permitiu a identificação de exemplos deste fenômeno, como as tentativas de encerramento precoce da excepcionalidade em nome da austeridade fiscal e de desresponsabilização do governo federal pela gestão da emergência.

Reconstruções mais abrangentes e completas da atuação do governo federal durante a excepcionalidade, capazes de captar a intencionalidade por trás das normas publicadas, apontam enfaticamente neste sentido:

Os resultados afastam a persistente interpretação de que haveria incompetência e negligência da parte do governo federal na gestão da pandemia. Ao contrário, a sistematização de dados revela o empenho e a eficiência em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível, o que segundo o Tribunal de Contas da União, configura a “opção política do Centro de Governo de priorizar a proteção econômica”. (CEPEDISA-USP, 2021-a, p. 4)

Tais constatações reforçam a percepção de que, mesmo diante do subfinanciamento crônico e da histórica falta de comprometimento político com as determinações constitucionais que o baseiam, o SUS foi determinante para conter o que poderia ter sido uma tragédia sanitária de magnitudes ainda maiores. A capacidade institucional acumulada garantiu que, mesmo diante da descoordenação generalizada e, por vezes, da ativa oposição por parte da União, as prerrogativas excepcionais pudessem ser mobilizadas por entes subnacionais para responder à emergência. Foi o que se viu nos casos da rápida e ampla expansão da rede hospitalar e da operacionalização da campanha de vacinação, que, a despeito de muito aquém das necessidades emergenciais, ilustram a resiliência do SUS.

Prospectivamente, contudo, o encerramento da ESPIN, acompanhado da imediata retomada do regime de austeridade e a reversão da expansão da rede assistencial promovida durante a crise, lançam dúvidas sobre como serão acomodadas as novas e acumuladas necessidades de saúde, apontando para o futuro incerto do SUS. Espera-se que a pandemia de COVID-19 seja considerada um evento crítico para avaliar e reformular os rumos do sistema de saúde no Brasil. Estão em jogo não apenas a capacidade do SUS de manter permanentemente as suas funções essenciais diante de estresses conjunturais, que sempre existirão, mas também de prevenir e, quando necessário, responder a crises sanitárias futuras. Apenas assim o Brasil cumprirá o imperativo moral de evitar novas tragédias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrafarma. **Perfil da COVID-19 no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://arquivos.scritta.com.br/abrafarma/ESTUDO_ABRAFARMA_PERFIL_DA_COVID-19_NO_BRASIL.pdf>.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, Cibele; *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663–677, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400663&tlng=pt>.

Acaps. **ACAPS Government Measures Dataset. Readme v1.1**. ACAPS, 2020. Disponível em: <https://www.acaps.org/sites/acaps/files/key-documents/files/acaps_-_covid-19_government_measures_dataset_readme.pdf>.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância sanitária. **Revista de Direito Sanitario**, v. 10, n. 2, p. 94–125, 2009.

AITH, Fernando. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

AITH, Fernando. Emergências em saúde pública em Estados democráticos. **Revista de Direito Sanitario**, v. 20, n. 2, p. 1–4, 2020.

ANDERSON, Evan D.; TREMPER, Charles; THOMAS, Sue; *et al.* Measuring Statutory Law and Regulations for Empirical Research. *In*: WAGENAAR, Alexander C.; BURRIS, Scott (Orgs.). **Public Health Law Research: Theory and Methods**. São Francisco: Jossey-Bass, 2013, p. 237–259.

ARAÚJO, Renan Ferreira de; ALVES, Vitor Lopes de Souza; SILVA, Newton Gracia da; *et al.* Medidas fiscais e para-fiscais diante da pandemia de COVID-19: Experiências internacionais selecionadas. **Revista Tempo do Mundo**, n. 26, p. 35–65, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/download/314/295/1114>>.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, p. 111–141, 1999.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução de Vulnerabilidade. *In*: MARTINS, Milton de Arruda; CARRILHO, Flair José; ALVES, Venâncio Avancini Ferreira; *et al* (Orgs.). **Clínica Médica**. 2. ed. Barueri: Manole, 2016, p. 436–454.

BAHIA, Ligia; MAGALHÃES, Marina de Almeida; ANDRIETTA, Lucas Salvador; *et al.* SUS durante e após a pandemia: recursos tardios e insuficientes. *In*:

BERCOVICI, Gilberto; SICSÚ, João; AGUIAR, Renan (Orgs.). **Utopias para reconstruir o Brasil**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2020, p. 677–698.

BAILEY, Kenneth D. **Typologies and Taxonomies: An Introduction to Classification Techniques**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

BARBERIA, Lorena G.; CANTARELLI, Luiz G. R.; OLIVEIRA, Maria Leticia Claro de Faria; *et al.* The effect of state-level social distancing policy stringency on mobility in the states of Brazil. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 1, p. 27–49, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122021000100027&tlng=en>.

BARBOSA, Larissa Arruda; BEM, Ivan Pricken de. Microcefalia pelo Zika Vírus: as ações dos Poderes Legislativo e Executivo brasileiros no combate à epidemia. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 7, n. 1, p. 127–146, 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.Fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/460>>.

BARROY, Hèlène; WANG, Ding; PES CETTO, Claudia; *et al.* **How to budget for Covid-19 response?** A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries. 2020. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/infographics-pdf/health-financing/how-to-budget-for-covid-19-english.pdf?sfvrsn=b653f4ac_2&download=true>.

BELL, Jessica A; NUZZO, Jennifer B. **Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis**. 2021. Disponível em: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSindexFullReport_Final.pdf>.

BIGONI, Alessandro; MALIK, Ana Maria; TASC A, Renato; *et al.* Brazil’s health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 10, p. 100222, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X22000394>>.

BOWEN, Glenn A. Document Analysis as a Qualitative Research Method. **Qualitative Research Journal**, v. 9, n. 2, p. 27–40, 2009. Disponível em: <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.3316/QRJ0902027/full/html>>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Editais emergenciais do Mais Médicos são lançados para enfrentamento do Coronavírus**. 2020. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/299-editais-emergenciais-do-mais-medicos-sao-lancados-para-enfrentamento-do-coronavirus>>. Acesso em: 30 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília: 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em>>.

saude/emergencia-em-saude-publica/cievs/rede-nacional-de-alerta-e-resposta-as-emergencias-em-saude-publica>. Acesso em: 8 mar. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 (PNE-Teste)**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-expansao-da-testagem-para-covid-19.pdf/@@download/file/Plano%20nacional%20de%20testagem%20_%20PNE-TESTE.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. As competências federativas no sistema de saúde brasileiro em face das decisões do STF durante a pandemia de COVID-19. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tôledo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.1: Principais elementos**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 126–143.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUVINICH, Danitza Passamai Rojas. A regulação sanitária e a resposta à pandemia no Brasil: a atuação da Anvisa. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tôledo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3: Competências e regras**. Brasília: CONASS, 2021, p. 106–120.

CAETANO, Rosângela; SILVA, Angélica Baptista; GUEDES, Ana Cristina Carneiro Menezes; *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&tlng=pt>.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Claudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 146–160, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800146&tlng=pt>.

CANABRAVA, Claudia Marques. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiências e iniquidade. *In*: **Coleção Covid-19, v. 5: Acesso e Cuidados Especializados**. Brasília: CONASS, 2021, p. 42–58. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7883/>>.

CARDOSO, Artur Monte; COSTA, Danielle Conte Alves Riani; CARVALHO, Elza Maria Cristina Laurentino de; *et al.* **Recursos para o enfrentamento da Covid-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual**. Rio de Janeiro: GEPS-USP e GPDES-UFRJ, 2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/344/>>.

CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 19–32, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300003&lng=pt&tlng=pt>.

CARMO, Eduardo Hage. Preparação para emergências de Saúde Pública no Brasil. *In*: COSTA, Alexandre Bernardino; JUNIOR, José Geraldo de Sousa; DELDUQUE, Maria Célia; *et al* (Orgs.). **O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: CEAD, 2009, p. 411–422.

CELUPPI, Ianka Cristina; LIMA, Geovana dos Santos; ROSSI, Elaine; *et al*. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000303001&tlng=pt>.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA-USP); Conectas Direitos Humanos **Direitos na Pandemia (Boletim n. 1)**. São Paulo: 2020-a. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2020/07/01boletimcovid_PT.pdf>.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA-USP); Conectas Direitos Humanos. **Direitos na Pandemia (Boletim n. 2)**. São Paulo: 2020-b. Disponível em: <<https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-2/>>.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA-USP); Conectas Direitos Humanos. **Direitos na Pandemia (Boletim n. 5)**. São Paulo: 2020-c. Disponível em: <<https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-5/>>.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA-USP); Conectas Direitos Humanos. **Direitos na Pandemia (Boletim n. 10)**. São Paulo: 2021. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf>.

Centro de Pesquisa e Estudos sobre Direito Sanitário (CEPEDISA-USP). **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19**. São Paulo: 2021-a. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v3.pdf>.

Centro de Pesquisa e Estudos sobre Direito Sanitário (CEPEDISA-USP). **Direitos na Pandemia (Boletim 17)**. São Paulo: 2021-b. Disponível em: <<https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2022/01/boletim17.pdf>>.

Centro de Pesquisa e Estudos sobre Direito Sanitário (CEPEDISA-USP). **Direitos na Pandemia (Boletim 18)**. São Paulo: 2022. Disponível em: <<https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2022/01/boletim18.pdf>>.

CHAVES, Marcelo André Barboza da Rocha. Contribuições do TCU para o SUS antes e durante a pandemia da COVID-19. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES,

Luciana Tolêdo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3:** Competências e regras. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 66–81.

CHENG, Cindy; BARCELÓ, Joan; HARTNETT, Allison Spencer; *et al.* COVID-19 Government Response Event Dataset (CoronaNet v.1.0). **Nature Human Behaviour**, v. 4, n. 7, p. 756–768, 2020. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/s41562-020-0909-7>>.

CHIORO, Arthur. Decisões de gestão: organização da atenção hospitalar em rede na pandemia de COVID-19. *In: Coleção Covid-19, v. 2:* Planejamento e Gestão. Brasília: CONASS, 2021, p. 174–199. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7869/>>.

COELHO, Ivan Batista. Atenção hospitalar à pandemia de COVID-19 no Brasil em 2020. *In: Coleção Covid-19, v. 5:* Acesso e Cuidados Especializados. Brasília: CONASS, 2021, p. 82–94. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7883/>>.

COLLIER, David; LAPORTE, Jody; SEAWRIGHT, Jason. Putting Typologies to Work: Concept Formation, Measurement, and Analytic Rigor. **Political Research Quarterly**, v. 65, n. 1, p. 217–232, 2012. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1065912912437162>>.

Conectas Direitos Humanos. **Governo Bolsonaro desconsidera orientação da Anvisa sobre fechamento de fronteiras.** 2021. Disponível em: <<https://www.conectas.org/noticias/governo-bolsonaro-desconsidera-orientacao-da-anvisa-sobre-fechamento-de-fronteiras/>>.

Conselho Nacional de Saúde. **Nota Explicativa:** CNS contesta posicionamento da ANS sobre fila única de leitos e pede explicações. Brasília: CNS, 25 jun. 2020. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-do-Conselho-Nacional-de-Saude-a-ANS-1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Conselho Nacional de Justiça. **Nota Técnica nº 24.** Brasília: CNJ, 12 maio 2020. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3315>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015-a. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011-b. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=34>>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015-b. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência de Média e Alta Complexidade.** Brasília: CONASS, 2011-a. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=35>>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Ofício Conjunto CONASS CONASEMS nº 0014/2022**. Brasília: 19 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/oficio-conjunto-conass-conasems-sobre-encerramento-da-emergencia-em-saude-publica-de-importancia-nacional-espim/>>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011-c. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=33>>.

CORREIA, Roberta Fernandes; DA COSTA, Ana Carolina Carioca; MOORE, Daniella Campelo Batalha Cox; *et al.* SARS-CoV-2 seroprevalence and social inequalities in different subgroups of healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 7, p. 100170, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X21001666>>.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani; BAHIA, Ligia; CARVALHO, Elza Maria Cristina Laurentino de; *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 232–247, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800232&tlng=pt>.

COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 11–25, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

CYLUS, Jonathan; SALLAKU, Julia; JOWETT, Matthew. Financing. In: PAPANICOLAS, Irene; RAJAN, Dheepa; KARANIKOLOS, Marina; *et al.* (Orgs.). **Health system performance assessment: a framework for policy analysis**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2022, p. 131–159. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415595/retrieve>>.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1924–1926, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002&lng=pt&tlng=pt>.

DAL POZ, Mario Roberto; SCHEFFER, Mário. Recursos humanos para a saúde em tempos de pandemia. In: Rudi Rocha; Miguel Lago, Fabio Giambiagi. (Org.). **A saúde do Brasil**. 1ed. São Paulo: Editora Lux, 2022, v. 1, p. 258-275.

DAUMAS, Regina Paiva; SILVA, Gulnar Azevedo e; TASCA, Renato; *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&tlng=pt>.

DEIANA, Claudio; GERACI, Andrea; MAZZARELLA, Gianluca; *et al.* COVID-19 Relief Programs and Compliance with Confinement Measures. Preprint. **SSRN Electronic Journal**, 2021. Disponível em: <<https://www.ssrn.com/abstract=3775969>>.

DELDUQUE, Maria Célia. Atuação dos conselhos de classe profissional no âmbito da saúde em face da pandemia de COVID-19. *In: Coleção Covid-19, v.4: Profissionais de Saúde e Cuidados Primários*. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 72–85. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7879/>>.

DESVARS-LARRIVE, Amélie; DERVIC, Elma; HAUG, Nils; *et al.* A structured open dataset of government interventions in response to COVID-19. **Scientific Data**, v. 7, n. 1, p. 285, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41597-020-00609-9>>.

DE VILLE, Kenneth. Legal Preparation and Pandemic Influenza. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 13, n. 3, p. 314–317, 2007. Disponível em: <<https://journals.lww.com/00124784-200705000-00012>>.

DUARTE, Maria Joseane Aparecida; SANTOS, Thadeu Borges Souza; ANDRADE, Laise Rezende de; *et al.* Delineamentos normativos da contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, v. 246, n. 252, p. 18, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ucsul.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/975>>.

FEHN, Amanda; NUNES, Letícia; AGUILLAR, Arthur; *et al.* **Nota Técnica 10 - Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19**. São Paulo: [s.n.], 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NT10_IEPS.pdf>.

FEREJOHN, John; PASQUINO, Pasquale. The law of the exception: A typology of emergency powers. **International Journal of Constitutional Law**, v. 2, n. 2, p. 210–239, 2004. Disponível em: <<https://academic.oup.com/icon/article-lookup/doi/10.1093/icon/2.2.210>>.

FERNANDES, Daniela Rangel Affonso; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000405002&tlng=pt>.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595–613, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400595&tlng=pt>.

FIUZA, Eduardo P. S.; SANTOS, Felipe Vilaça Loureiro; LOPES, Virgina Bracarense; *et al.* **Compras públicas centralizadas em situações de emergência e calamidade pública.** Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2575.pdf>.

FLEURY, Sonia; FAVA, Virgínia Maria Dalfior. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 248–264, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500248&tlng=pt>.

FLEURY, Sonia. Políticas de isolamento na pandemia: confrontação federativa, disputas discursivas e consequências político-sanitárias. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tôledo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.1: Principais elementos.** Brasília: CONASS, 2021, p. 110–125. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7865/>>.

FONSECA, Elize Massard da; SHADLEN, Kenneth C.; BASTOS, Francisco I. The politics of COVID-19 vaccination in middle-income countries: Lessons from Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 281, p. 114093, 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953621004251>>.

FONSECA, Pedro; BENASSATTO, Leonardo. Brasil sofre com esgotamento e escassez de médicos de UTI para enfrentar alta recorde da Covid. **Reuters**, 2021. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/saude-covid-medicos-idLTAKBN2BA2MT>>.

FUNCIA, Francisco; BRESCIANI, Luís Paulo; BENEVIDES, Rodrigo; *et al.* Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 263–276, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000200263&tlng=pt>.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patricia Seixas da Costa; MONTENEGRO, Karla Bernardo Mattoso; *et al.* Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 2, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001405002&tlng=pt>.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. *In*: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** [s.l.]: Editora Fiocruz, 2005, p. 19–30. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zt4fg/pdf/giglio-9788575413784-03.pdf>>.

GIOVANELLA, Ligia; MARTUFI, Valentina; RUIZ, Diana Carolina; *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19.

Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 748–762, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000300748&tlng=pt>.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&tlng=pt>.

GONZALEZ, Lauro; BARREIRA, Bruno. **Efeitos do auxílio emergencial sobre a renda**. São Paulo: FGV-EAESP, 2020. Disponível em: <<https://www.impacto.blog.br/site/wp-content/uploads/2020/07/estudo-FGVcemig-auxilio-emergencial-blog-impacto.pdf>>.

GOSTIN, Lawrence O.; MONAHAN, John T; KALDOR, Jenny; *et al.* The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. **The Lancet**, v. 393, n. 10183, p. 1857–1910, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619302338>>.

GOSTIN, Lawrence O.; WILEY, Lindsay F. **Public Health Law: Power, Duty, Restraint**. 3. ed. Oakland: University of California Press, 2016.

GROSS, Oren; NÍ AOLÁIN, Fionnuala. **Law in Times of Crisis**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/9780511493997/type/book>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS-USP); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES-UFRJ). **As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo**. São Paulo: USP, 2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/307/>>.

HALDANE, Victoria; DE FOO, Chuan; ABDALLA, Salma M.; *et al.* Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 964–980, 2021. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>>.

HALE, Thomas; ANGRIST, Noam; GOLDSZMIDT, Rafael; *et al.* A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). **Nature Human Behaviour**, v. 5, n. 4, p. 529–538, 2021. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/s41562-021-01079-8>>.

HART, Herbert. **O Conceito de Direito**. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

HARZHEIM, Erno; MARTINS, Caroline; WOLLMANN, Lucas; *et al.* Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2493–2497, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702493&tlng=pt>.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

HUNTLEY, Kyle S.; WAHOOD, Waseem; MINTZ, Joel; *et al.* Associations of Stay-at-Home Order Enforcement With COVID-19 Population Outcomes: An Interstate Statistical Analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 191, n. 4, p. 561–569, 2022.

JACCOUD, Luciana de Barros; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8523/1/TD_2399.pdf>.

JACOBSON, P. D.; WASSERMAN, J.; BOTOSENEANU, A.; *et al.* The Role of Law in Public Health Preparedness: Opportunities and Challenges. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 37, n. 2, p. 297–328, 2012. Disponível em: <<https://read.dukeupress.edu/jhppl/article/37/2/297-328/13480>>.

KAMOIE, Brian; PESTRONK, Robert M.; BALDRIDGE, Peter; *et al.* Assessing Laws and Legal Authorities for Public Health Emergency Legal Preparedness. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 36, n. S1, p. 23–27, 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1073110500010974/type/journal_article>.

KATZ, Rebecca; BANASKI, James A. **Essentials of public health preparedness and emergency management**. 2. ed. Burlington: Jones & Barlett, 2019.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAL, Arush; LIM, Christopher; ALMEIDA, Gisele; *et al.* Minimizing COVID-19 disruption: Ensuring the supply of essential health products for health emergencies and routine health services. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 6, p. 100129, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X21001253>>.

LAVRAS, Carmen Cecília de Campos. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 317–331.

LEITE, Silvana Nair; FINKLER, Mirelle; MARTINI, Jussara Gue; *et al.* Management of the health workforce in facing COVID-19: disinformation and absences in Brazil's Public Policies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1873–1884, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000501873&tlng=en>.

LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700504&tlng=pt>.

LINHARES, Paulo de Tarso Frazão Soares; RAMOS, Tarcila Queiroz; MESSEMBERG, Roberto Pires. **Inovação Institucional na Coordenação Federativa para o Enfrentamento e Saída do Surto de Covid-19**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200806_nt_41_di_est.pdf>.

LOTTA, Gabriela; FERNANDEZ, Michelle; MAGRI, Giordano; *et al.* **A pandemia de COVID-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil - 4ª fase**. São Paulo: 2021. Disponível em: <https://portal.Fiocruz.br/sites/portal.Fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf>.

LOTTA, Gabriela; FERNANDEZ, Michelle; KUHLMANN, Ellen; *et al.* COVID-19 vaccination challenge: what have we learned from the Brazilian process? **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 5, p. e613–e614, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X22000493>>.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 763–778, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700027&lng=pt&tlng=pt>.

MACEDO, Laylla Ribeiro; STRUCHINER, Claudio Jose; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Contexto de elaboração do Plano de Imunização contra COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2859–2862, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000702859&tlng=pt>.

MARTIN-DELGADO, Jimmy; VITERI, Eduardo; MULA, Aurora; *et al.* Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. **PLOS ONE**, v. 15, n. 11, p. e0242185, 2020. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0242185>>.

MARTINS, Thalyta Cassia de Freitas; GUIMARÃES, Raphael Mendonça. Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 265–280, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500265&tlng=pt>.

MASSUDA, Adriano; MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo; *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. spe, p. 735–744, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512021000400735&tlng=pt>.

MASSUDA, Adriano; TASCA, Renato; MALIK, Ana Maria. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 248–260, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800248&tlng=pt>.

MATTHEWS, Gene W.; ABBOTT, Ernest B.; HOFFMAN, Richard E.; *et al.* Legal Authorities for Interventions in Public Health Emergencies. *In: Law in Public Health Practice*. Oxford University Press, 2007, p. 262–283. Disponível em: <<https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195301489.001.0001/acprof-9780195301489-chapter-11>>.

MELO, Mariana Alves. Sob Emergência de Saúde Pública, repasses do MS a Estado e Municípios paulistas foi tardio e estratificado. *In: PIMENTA, Aparecida Linhares; SILVEIRA, Lidia Tobias (Orgs.). Cadernos COSEMS vol. 6: Análises e ações no enfrentamento da covid-19, pelo SUS, no Estado de São Paulo*. São Paulo: Pyxis Editorial, 2021. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Cad-COSEMS-VI_CAPA-E-MIOLO_11.pdf>.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224–243, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=pt&tlng=pt>.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. **A segunda onda da pandemia (mas não do distanciamento físico): COVID-19 e políticas de distanciamento social dos governos estaduais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2021-a. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10442/1/NT_31_Dinte_ASegundaOndadaPandemia.pdf>.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. **COVID-19 e medidas legais de distanciamento social: Tipologia de políticas estaduais e análise do período de 13 a 26 de abril de 2020-a**. Brasília: IPEA, 2020-a. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200429_nt18_covid-19.pdf>.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. Determinants of physical distancing during the covid-19 epidemic in Brazil: effects from mandatory rules, numbers of cases and duration of rules. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3393–3400, 2020-b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903393&tlng=en>.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. **Medidas legais de distanciamento social**: Análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da COVID-19 no Brasil. Brasília: 2021-b. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10572/1/NT_33_Dinte_MedidasLegaisDistanciamentoSocial_PrimeiraSegundaOndasPandemiadaCovid19.pdf>.

MORETTI, Bruno. A pandemia e os dilemas fiscais do SUS. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3**: Competências e regras. Brasília: CONASS, 2021, p. 236–247.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2020000903002&tlng=pt>.

MOTA, Eduardo; TEIXEIRA, Maria Glória. Vigilância Epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 130–145, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042020000800130&tlng=pt>.

MOULTON, Anthony D.; GOTTFRIED, Richard N.; GOODMAN, Richard A.; *et al.* What is Public Health Legal Preparedness? **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 31, n. 4, p. 672–683, 2003. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1073110500009037/type/journal_article>.

NATHAN, Naomi Limaro; AZZOPARDI-MUSCAT, Natasha; MIDDLETON, John; *et al.* Public health leadership and the COVID-19 pandemic in Europe. **Eurohealth**, v. 27, n. 1, p. 4–9, 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344927>>.

NOLTE, Ellen; KARANIKOLOS, Marina; RECHEL, Bernd. Service delivery. *In*: PAPANICOLAS, Irene; RAJAN, Dheepa; KARANIKOLOS, Marina; *et al* (Orgs.). **Health system performance assessment**: a framework for policy analysis. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2022, p. 160–196. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415595/retrieve>>.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 133–140, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400018&lng=pt&tlng=pt>.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; SOÁREZ, Patricia Coelho De. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama

internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000900503&tlng=pt>.

NUNES, João. Critical Security Studies and Global Health. *In*: MCINNES, Colin; LEE, Kelley; YOUDE, Jeremy (Orgs.). **The Oxford Handbook of Global Health Politics**. Oxford University Press, 2018, p.160–177. Disponível em: <<http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001/oxfordhb-9780190456818-e-11>>.

NUNES, João. Health, Politics and Security. **e-cadernos CES**, n. 15, 2012. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/eces/989>>.

OLIVEIRA, Maria de Lourdes Aguiar; ABREU, André Luiz de; SIQUEIRA, Marilda Mendonça. A organização da vigilância laboratorial e a rede de laboratórios de saúde pública no contexto da pandemia de COVID-19. *In*: **Coleção Covid-19, v.4: Profissionais de Saúde e Cuidados Primários**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 310–326. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7879/>>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Essential Public Health Functions, Health Systems, and Health Security: Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272597>>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/phsm/phsm---taxonomy_95529eca-9133-42e5-8549-daff3b208e97.zip?sfvrsn=7b98572e_16>.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century – Conceptual Framework and Description**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124>>.

OR, Zeynep; GANDRÉ, Coralie; WHARTON, George. **Soutenabilité et résilience du système de santé français**. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2022. Disponível em: <<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/088-soutenabilite-et-resilience-du-systeme-de-sante-français.pdf>>.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Ligia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; *et al* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 691–745.

PAIVA, Andrea Barreto de; GONZALEZ, Roberto; BENEVIDES, Rodrigo. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, Luciana de Barros (Org.). **Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras**. Brasília: IPEA, 2020, p. 149–182. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10201/1/CoordRelInterPolSociais.pdf>>.

PATIÑO-ESCARCINA, Jesús Enrique; MEDINA, Maria Guadalupe. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 119–130, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500119&tlng=pt>.

PATRÍCIO, Karina Pavão; MICHALOSKI, Lilyan Cristina Rocha; RUJULA, Maria Josefa Penon. Vigilância em Saúde. *In*: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 354–373.

PAQUET, Mireille; SCHERTZER, Robert. COVID-19 as a Complex Intergovernmental Problem. **Canadian Journal of Political Science**, v. 53, n. 2, p. 343–347, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0008423920000281/type/journal_article>.

PEÑA, Sebastián; CUADRADO, Cristóbal; RIVERA-AGUIERRA, Ariadne; *et al.* PoliMap: A taxonomy proposal for mapping and understanding the global policy response to COVID-19. **OSF Preprints**, 2020. Preprint. Disponível em: <<https://osf.io/h6mvs/>>.

PEPE, Vera Lúcia Edais; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. COVID-19 e os desafios para a regulação de medicamentos em tempos de pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4693–4702, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232021001004693&tlng=pt>.

PINZON-RONDON, Angela Maria; ATTARAN, Amir; BOTERO, Juan Carlos; *et al.* Association of rule of law and health outcomes: an ecological study. **BMJ Open**, v. 5, n. 10, p. e007004, 2015. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2014-007004>>.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: OPAS, 2016, p. 101–138.

PRINJA, Shankar; PANDAV, Chandrakant S. Economics of COVID-19: challenges and the way forward for health policy during and after the pandemic. **Indian Journal of Public Health**, v. 64, n. 6, p. 231, 2020. Disponível em: <<http://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/231/285631>>.

RACHE, Beatriz; ROCHA, Rudi; NUNES, Leticia; *et al.* **Nota Técnica nº 3 - Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar.** São Paulo: IEPS, 2020. Disponível em: <<https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS-NT3.pdf>>.

RAJAN, Dheepa; KOCH, Kira; ROHRER, Katja; *et al.* Governance. *In*: PAPANICOLAS, Irene; RAJAN, Dheepa; KARANIKOLOS, Marina; *et al.* (Orgs.). **Health system performance assessment: a framework for policy analysis.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022, p. 43–74. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415595/retrieve>>.

RICHTER, André. Estados e municípios podem comprar vacinas contra covid-19, decide STF. Brasília: **Agência Brasil**, 23 fev. 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-02/estados-e-municipios-podem-comprar-vacinas-contracovid-19-decide-stf>>.

ROMERO, Luiz Carlos P.; DELDUQUE, Maria Célia. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 240–255, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100240&lng=pt&tlng=pt>.

ROVERI, Eduardo; FALCÃO, Matheus Zuliane; NAVARRETE, Ana Carolina. **A inovação como estratégia pública: A experiência dos laboratórios públicos brasileiros no desenvolvimento e na produção de vacinas contra a Covid-19.** São Paulo: Instituto de Defesa do Consumidor, 2022. Disponível em: <https://idec.org.br/sites/default/files/a_inovacao_como_estrategia_publica.pdf>.

SAGAN, Anna; WEBB, Erin; AZZOPARDI-MUSCAT, Natasha; *et al.* **Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better.** Reino Unido: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1390564/retrieve>>.

SANCTIS, Adriane; SLHESSARENKO, Marina. Como analisar o impacto da pandemia na democracia? *In*: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO (CEPEDISA-USP) (Org.). **Direitos na Pandemia (Boletim n. 3)**. 2020, p. 4–7. Disponível em: <<https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-3/>>.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431–1440, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=pt&tlng=pt>.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes público e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: OPAS, 2016, p. 205–245. Disponível em:

<https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financeiamento.pdf>.

SANTOS, Priscilla Paiva Gê Vilella dos; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 322–337, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500322&tlng=pt>.

SANTOS, René José Moreira dos; LUIZ, Viviane Rocha de. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: OPAS, 2016, p. 169–204. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financeiamento.pdf>.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; ANDRADE, Laise Rezende de; VIEIRA, Silvana Lima; *et al.* Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1407–1418, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000401407&tlng=pt>.

SAXENA, Sandeep; STONE, Michelle. **Preparing Public Financial Management Systems to Meet Covid-19 Challenges**. Public Financial Management Blog. Disponível em: <<https://blog-pfm.imf.org/pfmblog/2020/03/preparing-public-financial-management-systems-to-meet-covid-19-challenges.html>>.

SCHEFFER, Mário César. **Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde**. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08072008-133201/publico/mariocscheffer.pdf>>.

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex; ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e; *et al.* The multiple uses of telemedicine during the pandemic: the evidence from a cross-sectional survey of medical doctors in Brazil. **Globalization and Health**, v. 18, n. 1, p. 81, 2022. Disponível em: <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-022-00875-9>>.

SCHEFFER, Mario César et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf>.

SCHEFFER, Mario César et al. **Trabalhadores da saúde no centro da agenda pública**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Organização Panamericana de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasília: 2021.

SCHEFFER, Mario César. **Nota Técnica nº 26 - Vacinação prioritária contra Covid-19 para trabalhadores da saúde no Brasil**. São Paulo: Rede de Pesquisa Solidária, 2021. Disponível em: <<https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2021/01/boletimpps-nt26-vacinacovid.pdf>>.

Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI-Pandemia). **Relatório Final**. Brasília: 2021. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>>.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 114–129, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800114&tlng=pt>.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3781–3786, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001603781&tlng=pt>.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, André Luís Bonifácio de; *et al.* Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 945–957, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000400945&tlng=en>.

SILVA, Ana Célia Pessoa da; PEPE, Vera Lúcia Edais. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. *In*: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; *et al* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 1092–1141.

SILVA, José Agenor Álvares da. Anvisa: regulação sanitária em tempos de pandemia. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3: Competências e regras**. Brasília: CONASS, 2021, p. 270–287.

SILVA, Luiz Sérgio; MACHADO, Elaine Leandro; OLIVEIRA, Helian Nunes de; *et al.* Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101502&tlng=pt>.

SILVA, Michael da. COVID-19 and Health-Related Authority Allocation Puzzles. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 30, n. 1, p. 25–36, 2021. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0963180120000468/type/journal_article>.

SILVA, Rodolfo Souza da; SCHMTIZ, Carlos André Aita; HARZHEIM, Erno; *et al.* O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2149–2157, 2021. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000602149&tlng=pt>.

SOUSA, Angelica; SCHEFFLER, Richard M; NYONI, Jennifer; *et al.* A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 892–894, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/11/13-118927.pdf>>.

Supremo Tribunal Federal. **Após audiência, estados e União terão mais prazo para propor consenso sobre leitos de UTI**. Brasília: Portal STF, 12 maio 2021. Disponível em:

<<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=465791&ori=1>> . Acesso em: 29 ago. 2022.

TEIXEIRA JÚNIOR, Luiz Antônio de Souza. O enfrentamento da COVID-19 pelo Congresso Nacional: respostas legislativas à maior crise sanitária da história da humanidade. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3: Competências e regras**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 58–65.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; CARMO, Eduardo Hage; *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601811&lng=pt&tlng=pt>.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição N.; VIANA, Itana; *et al.* Vigilância em Saúde: É Necessária uma Legislação de Emergência? **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 126–144, 2009.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. *In*: GIOVANELLA, Ligia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; *et al* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 1054–1091.

TEIXEIRA, Maria Glória; MEDINA, Maria Guadalupe; COSTA, Maria da Conceição N.; *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400900&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. Legislação para o enfrentamento da COVID-19: leis e atos administrativos. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.3: Competências e regras**. São Paulo: CONASS, 2021, p. 248–268.

VALENTE, Jonas. Anvisa aplicou R\$148 milhões em multas sobre medicamentos em um ano. **Agência Brasil**, 2021-a. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/anvisa-aplicou-r-148-milhoes-em-multas-sobre-medicamentos-em-um-ano>>.

VALENTE, Jonas. Forças de segurança terão vacinação antes de pessoas com comorbidades. **Agência Brasil**, 2021-b. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/forcas-de-seguranca-terao-vacinacao-antes-de-pessoas-com-comorbidades>>.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 102–138, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662021000100102&tlng=pt>.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Direito e saúde global: O caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400302&lng=pt&tlng=pt>.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; RIBEIRO, Helena; GIULIO, Gabriela Marques di; *et al.* Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400502&tlng=pt>.

VIANA, Ana Luiza d’Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807–817, 2009.

VIANA, Ana Luiza d’Ávila; NUNES, Altacílio Aparecido; SILVA, Hudson Pacífico da. Complexo produtivo da Saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. *In*: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D’Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 75–101.

VIEIRA DA MOTTA, Marcia; MENA, Humberto; PIACSEK, Gabriel. Urgência e Emergência. Os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações

na clínica médica. **Saúde Ética & Justiça**, v. 22, n. 2, p. 81–94, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/144375>>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 100–113, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800100&tlng=pt>.

WALDMAN, Eliseu; AITH, Fernando. **Fechamento de fronteiras terrestres do Brasil para o controle da disseminação da COVID-19: aspectos jurídicos e epidemiológicos**. São Paulo: [s.n.], 2020. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2020/12/PARECER_JURÍDICO_SANITÁRIO_FRONTEIRAS_CEPEDISA_FSP_USP.pdf>.

WANG, Daniel Wei Liang. Atuação do sistema de justiça durante a pandemia de COVID-19: uma análise da jurisprudência do STF. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tôleo (Orgs.). **Coleção Covid-19, v.1**: Principais elementos. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 96–108.

WERNECK, Guilherme; BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **Nota Técnica nº 28 - Baixa cobertura vacinal e desafios do plano nacional de imunização contra a COVID-19 no Brasil**. Rede de Pesquisa Solidária, 2021. Disponível em: <<https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2021/03/boletimpps-28-12marco2021.pdf>>.

WRIGHT, Austin L.; SONIN, Konstantin; DRISCOLL, Jesse; *et al.* Poverty and economic dislocation reduce compliance with COVID-19 shelter-in-place protocols. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 180, p. 544–554, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167268120303760>>.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 453, de 12 de março de 2020. Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2020, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0453_13_03_2020.html>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 457, de 28 de maio de 2020. Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para a infecção pelo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0457_29_05_2020.html>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 458, de 26 de junho de 2020. Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes sorológicos para a infecção pelo Coronavírus (COVID-19), em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-458-de-26-de-junho-de-2020-263971789>>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 460, de 13 de agosto de 2020. Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes sorológicos para infecção pelo Coronavírus e revoga a Resolução Normativa - RN nº 458, de 26 de julho de 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0460_14_08_2020.html>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 81, de 5 de novembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Bens e Produtos Importados para fins de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://antigo.Anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_81_2008_COMP_.pdf/d031f6d6-3664-4d66-ae0b-d1d0ad106178>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 203, de 26 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-203-de-26-de-dezembro-de-2017-31718795>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 307, de 27 de setembro de 2019. Aprova os Requisitos Mínimos para Elaborar Planos de Contingência para Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em Pontos de Entrada Designados pelos Estados Partes Segundo o RSI (2005). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-307-de-27-de-setembro-de-2019-219468764>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 346, de 12 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a certificação de boas práticas de fabricação para fins de registro e alterações pós-registro de insumo farmacêutico ativo, medicamento e produtos para saúde em virtude da emergência de saúde pública internacional do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-346-de-12-de-marco-de-2020-247801951>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 347, de 17 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a exposição à venda de preparações antissépticas ou sanitizantes oficinais, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-347-de-17-de-marco-de-2020-248878952>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 348, de 17 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de registro de medicamentos, produtos biológicos e produtos para diagnóstico in vitro e mudança pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-348-de-17-de-marco-de-2020-248564332>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 349, de 19 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de regularização de equipamentos de proteção individual, de equipamentos médicos do tipo ventilador pulmonar e de outros dispositivos médicos identificados como estratégicos pela Anvisa, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-349-de-19-de-marco-de-2020-249028270>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 350, de 19 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a fabricação e comercialização de preparações antissépticas ou sanitizantes oficinais sem prévia autorização da Anvisa e dá outras providências, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-350-de-19-de-marco-de-2020-249028045>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 351, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/Resolucao%20n%C2%BA%20351-Anvisa.htm>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 354, de 23 de março de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 351, de 20 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-354-de-23-de-marco-de-2020-249317430>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0356_12_03_2020.html>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 364, de 1º de abril de 2020. Suspende os efeitos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005, em caráter temporário e excepcional, para os Laboratórios Federais de Defesa Agropecuária (LFDA) que irão realizar análises para o diagnóstico da COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-364-de-1-de-abril-de-2020-250711250>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 366, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre a importação de produtos para diagnóstico in vitro de Coronavírus durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-366-de-2-de-abril-de-2020-250915960>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 375, de 17 de abril de 2020. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre o regime para a submissão de ensaios clínicos utilizados para a validação de dispositivos médicos de classes III e IV identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-375-de-17-de-abril-de-2020-253004636>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 377, de 28 de abril de 2020. Autoriza, em caráter temporário e excepcional, a utilização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias, suspende os efeitos do § 2º do art. 69 e do art. 70 da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-377-de-28-de-abril-de-2020-254429215>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 378, de 28 de abril de 2020. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação, comercialização e doação de ventiladores pulmonares, monitores de sinais vitais, bombas de infusão, equipamentos de oximetria e capnógrafos usados, indispensáveis em unidades de terapia intensiva, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada a COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-378-de-28-de-abril-de-2020-254764715>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 379, de 30 de abril de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 356, de 23 de março de 2020, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-379-de-30-de-abril-de-2020-254764712>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 380, de 12 de maio de 2020. Altera o art. 1º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 364, de 1º de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-380-de-12-de-maio-de-2020-256532246>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 386, de 15 de maio de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para obtenção da Anuência Excepcional para Fabricação, Comercialização e Doação de Equipamentos de Suporte Respiratório Emergencial e Transitório do tipo "Ambu Automatizado". Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-386-de-15-de-maio-de-2020-258335933>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 389, de 26 de maio de 2020. Dispõe sobre os requisitos temporários para caracterização e verificação do risco de redução da oferta de medicamentos durante a pandemia do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-389-de-26-de-maio-de-2020-258909834>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 392, de 26 de maio de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos das Boas Práticas de Fabricação e de Importação de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-392-de-26-de-maio-de-2020-258912696>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 396, de 9 de junho de 2020. Altera o art. 1º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 364, de 1º de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-396-de-9-de-junho-de-2020-261921117>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 400, de 21 de julho de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos de rotulagem e bulas de medicamentos, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-400-de-21-de-julho-de-2020-268192338>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 405, de 22 de junho de 2020. Estabelece as medidas de controle para os medicamentos que contenham substâncias constantes do Anexo I desta Resolução, isoladas ou em associação, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-405-de-22-de-julho-de-2020-268192342>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 415, de 26 de agosto de 2020. Define novos critérios e procedimentos extraordinários para tratamento de petições de registro e mudanças pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-415-de-26-de-agosto-de-2020-274387454>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 422, de 16 de setembro de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 350, de 19 de março de 2020, que define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a fabricação e comercialização de preparações antissépticas ou desinfetantes sem prévia autorização da Anvisa e dá

outras providências, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-422-de-16-de-setembro-de-2020-277906952>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 425, de 24 de setembro de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 357, de 24 de março de 2020, que estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-425-de-24-de-setembro-de-2020-279455835>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 426, de 30 de setembro de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 364, de 1º de abril de 2020, que suspende os efeitos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005, em caráter temporário e excepcional, para os laboratórios oficiais que irão realizar as análises para o diagnóstico da COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-426-de-30-de-setembro-de-2020-280526788>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020. Estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas Covid-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-444-de-10-de-dezembro-de-2020-293481443>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 448, de 15 de dezembro de 2020. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e comercialização de equipamentos de proteção individual identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-448-de-15-de-dezembro-de-2020-294648890>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2ª, 4ª e 5ª Diretorias. Portaria Conjunta nº 1, de 22 de dezembro de 2020. Institui a Comissão Provisória no âmbito da Segunda, Quarta e Quinta Diretorias da Anvisa para fins de acompanhar, avaliar e atuar nos procedimentos para o registro e autorização de uso emergencial de vacinas Covid-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-1-de-22-de-dezembro-de-2020-296046532>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 465, de 9 de fevereiro de 2021. Estabelece a dispensa de registro e da autorização de uso emergencial e os procedimentos para importação e monitoramento das vacinas Covid-19 adquiridas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility) para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-465-de-9-de-fevereiro-de-2021-303002180>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 475, de 10 de março de 2021. Estabelece os procedimentos e requisitos para submissão de pedido de autorização temporária de uso emergencial (AUE), em caráter experimental, de medicamentos e vacinas para Covid-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-475-de-10-de-marco-de-2021-307999666>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 476, de 10 de março de 2021. Estabelece os procedimentos e requisitos para submissão de pedido de autorização excepcional e temporária para importação e distribuição de medicamentos e vacinas contra Covid19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2), nos termos da Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-476-de-10-de-marco-de-2021-307999746>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 483, de 19 de março de 2021. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-483-de-19-de-marco-de-2021-309557207>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 484, de 19 de março de 2021. Dispõe sobre procedimentos temporários e extraordinários para a autorização em caráter emergencial, de medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e outros medicamentos hospitalares usados para manutenção da vida de pacientes no enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-484-de-19-de-marco-de-2021-309501644>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 489, de 7 de abril de 2021. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 483, de 19 de março de 2021, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos

médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-489-de-7-de-abril-de-2021-312893942>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 495, de 16 de abril de 2021. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a exposição à venda de preparações antissépticas ou sanitizantes oficinais, em virtude da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-495-de-16-de-abril-de-2021-315184781>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 496, de 11 de maio de 2021. Prorroga por 60 (sessenta) dias a vigência da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 483, de 19 de março de 2021, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-496-de-11-de-maio-de-2021-319410020>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 516, de 2 de junho de 2021. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 483, de 19 de março de 2021, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-516-de-2-de-junho-de-2021-323825328>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 517, de 10 de junho de 2021. Dispõe sobre os critérios e requisitos excepcionais e temporários, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus, para isenção das bulas nas embalagens e informações de rotulagem para as apresentações de medicamentos de uso restrito a hospitais, clínicas, ambulatórios e serviços de atenção domiciliar, exceto farmácias e drogarias. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-517-de-10-de-junho-de-2021-326187747>>.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução nº 4, de 25 de março de 2021. Estabelece procedimentos para a análise dos Documentos Informativos de Preço referentes aos pedidos de precificação de medicamentos destinados ao tratamento da Covid-19, pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cte-cmed-n-4-de-25-de-marco-de-2021-310840340>>.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução nº 5, de 27 de maio de 2021. Altera a Resolução CTE-CMED nº 06, de 21 de dezembro de 2020, para estabelecer procedimentos para a análise dos Documentos Informativos de Preço

referentes aos pedidos de precificação de medicamentos novos e vacinas contra a Covid-19 no âmbito da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cte-cmed-n-5-de-27-de-maio-de-2021-323278693>>.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução nº 6, de 21 de dezembro de 2020. Estabelece procedimentos para a análise dos Documentos Informativos de Preço referentes aos pedidos de precificação das vacinas contra a Covid-19, pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-6-de-21-de-dezembro-de-2020-295756300>>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 126, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt126-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 133, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20133-20-CCV.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 47, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%2047-CC.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 158, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20158-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 8, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%208-20-mjsp.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 195, de 20 de abril de 2020. Prorroga a restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/prt195-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 201, de 24 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-201-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 203, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, por via aérea, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-203-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 204, de 29 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 255, de 22 de maio de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-255-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 319, de 20 de junho de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt319-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 340, de 30 de junho de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/prt340-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 419, de 26 de agosto de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de

estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-419-20-cc-mjssp-minfra-ms.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 29 de julho de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-1-20-cc-mjssp-minfra-ms.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 470, de 2 de outubro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-470-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 478, de 14 de outubro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-478-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 518, de 12 de novembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-518-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Infraestrutura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 615, de 11 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-615-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt120-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que

relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt125-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 630, de 17 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-630-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 648, de 23 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-648-20-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 651, de 8 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-651-21-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 652, de 25 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-652-21-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 653, de 14 de maio de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-653-21-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 654, de 28 de maio de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-654-21-ccv.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 655, de 23 de junho de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

- Anvisa. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-655-21-ccv.htm>.

BRASIL. Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Resolução nº 8, de 9 de setembro de 2020. Institui Grupo de Trabalho para a coordenação de esforços da União na aquisição e na distribuição de vacinas contra a Covid-19, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-8-de-9-de-setembro-de-2020-276627239>>.

BRASIL. Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Resolução nº 10, de 25 de novembro de 2020. Dispõe sobre a definição de responsabilidades entre o Ministério da Economia, o Ministério da Cidadania e o Ministério da Saúde em relação às demandas por proteção social no combate à covid-19. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao%2010-20-PR.htm>.

BRASIL. Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Resolução nº 12, de 9 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre ações de apoio da administração pública federal em auxílio aos Estados e ao Distrito Federal que o solicitarem, para enfrentamento da pandemia de Covid-19. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/RES/Resolucao%2012-21-PR.htm>.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm>.

BRASIL. Decreto nº 7.257, de 4 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, para dispor sobre as transferências de recursos para ações de socorro, assistência às vítimas, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução nas áreas atingidas por desastre e sobre a prestação de contas e fiscalização dos recursos transferidos. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7257.htm>.

BRASIL. Decreto s/n de 6 de dezembro de 2010. Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12959.htm>.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde

- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm>.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm>.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10211.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.285, de 20 de março de 2020. Reduz temporariamente as alíquotas do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI incidentes sobre os produtos que menciona. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10285.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.292, de 25 de março de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10292.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.302, de 1º de abril de 2020. Reduz temporariamente as alíquotas do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI incidentes sobre os produtos que menciona. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10302.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.311, de 3 de abril de 2020. Institui o Conselho de Solidariedade para Combate à Covid-19 e aos seus Efeitos Sociais e Econômicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10311.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.344, de 11 de maio de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10344.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.352, de 19 de maio de 2020. Reduz temporariamente a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre o produto que menciona. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10352.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.407, de 29 de junho de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.993, de 23 de abril de 2020, que dispõe sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à epidemia da covid-19 no País. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.407-de-29-de-junho-de-2020-264166500>>.

BRASIL. Decreto nº 10.503, de 2 de outubro de 2020. Prorroga a aplicação da redução das alíquotas de tributos de que tratam o Decreto nº 10.285, de 20 de março de 2020, o Decreto nº 10.302, de 1º de abril de 2020, o Decreto nº 10.318, de 9 de abril de 2020, e o Decreto nº 10.352, de 19 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10503.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.579, de 18 de dezembro de 2020. Estabelece regras para a inscrição de restos a pagar das despesas de que trata o art. 5º da Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10579.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.593, de 24 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil e do Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil e sobre o Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil e o Sistema Nacional de Informações sobre Desastres. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10593.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.595, de 7 de janeiro de 2021. Reabre, em favor do Ministério da Saúde, crédito extraordinário, no valor de R\$ 19.911.094.462,00, aberto pela Medida Provisória nº 1.015, de 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10595.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.601, de 15 de janeiro de 2021. Reabre, em favor do Ministério da Saúde, crédito extraordinário, no valor de R\$ 1.682.804.743,00, aberto pela Medida Provisória nº 1.004, de 24 de setembro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10601.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.659, de 25 de março de 2021. Institui o Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento da Pandemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10659.htm>.

BRASIL. Decreto nº 10.697, de 10 de maio de 2021. Altera o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, para criar a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10697.htm>.

BRASIL. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/D11098.htm>.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/decretolegislativo-395-9-julho-2009-589324-publicacaooriginal-114307-pl.html>>.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm>.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm>.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp172.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 180, de 14 de abril de 2021. Altera a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, que estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp180.htm>.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm>.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437compilado.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745compilada.htm>.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>.

BRASIL. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.742.htm>.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika ; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.978, de 17 de janeiro de 2020. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113978.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020. Suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13992.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.993, de 23 de abril de 2020. Dispõe sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais ao combate à epidemia de coronavírus no Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113993.htm>.

BRASIL. Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020. Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às santas casas e hospitais filantrópicos, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no combate à pandemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13995.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.006, de 28 de maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14006.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.018, de 29 de junho de 2020. Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), no exercício de 2020, em razão do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14018.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14019.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14021.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14023.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.028, de 27 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tenha validade pelo menos enquanto perdurarem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14028.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.029, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre a transposição e a reprogramação de saldos financeiros constantes dos fundos de assistência social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14029.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114035.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.040, de 18 de agosto de 2020. Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14040.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.041, de 18 de agosto de 2020. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14041.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.061, de 23 de setembro de 2020. Prorroga até 30 de setembro de 2020 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida na Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14061.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.065, de 23 de setembro de 2020. Autoriza pagamentos antecipados nas licitações e nos contratos realizados no âmbito da administração pública; adequa os limites de dispensa de licitação; amplia o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC) durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14065.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.072, de 14 de outubro de 2020. Autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14072.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.107, de 3 de dezembro de 2020. Abre crédito extraordinário em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 1.994.960.005,00, (um bilhão, novecentos e noventa e quatro milhões, novecentos e sessenta mil e cinco reais), para o fim que especifica; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14107.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.121, de 1º de março de 2021. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility) e

estabelece diretrizes para a imunização da população. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14121.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas e de insumos e à contratação de bens e serviços de logística, de tecnologia da informação e comunicação, de comunicação social e publicitária e de treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14124.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.125, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre a responsabilidade civil relativa a eventos adversos pós-vacinação contra a Covid-19 e sobre a aquisição e distribuição de vacinas por pessoas jurídicas de direito privado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14125.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.128, de 26 de março de 2021. Dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito; e altera a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14128.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.141, de 19 de abril de 2021. Altera o art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14141.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.143, de 21 de abril de 2021. Altera a Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020, que “dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2021”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14143.htm>.

BRASIL. Lei nº 14.147, de 26 de abril de 2021. Cria o Programa Pró-Leitos, com aplicação enquanto perdurar a emergência de saúde pública decorrente da pandemia da covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14147.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 922, de 28 de fevereiro de 2020. Altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto de prestações em folha de pagamento, a Lei nº 13.334, de 13 de setembro de 2016, que cria o Programa de Parcerias de Investimentos - PPI, e a Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019, que estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv922.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 929, de 25 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, das Relações Exteriores, da Defesa e da Cidadania, no valor de R\$ 3.419.598.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv929.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 933, de 31 de março de 2020. Suspende, pelo prazo que menciona, o ajuste anual de preços de medicamentos para o ano de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv933.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 934, de 1º de abril de 2020. Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv934.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 938, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv938.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 940, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv940.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 941, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 2.113.789.466,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv941.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 942, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Educação, da Justiça e Segurança Pública, e da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no valor de R\$

639.034.512,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV942.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 947, de 8 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.600.000.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV947.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 951, de 15 de abril de 2020. Estabelece normas sobre compras públicas, sanções em matéria de licitação e certificação digital e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV951.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 961, de 6 de maio de 2020. Autoriza pagamentos antecipados nas licitações e nos contratos, adequa os limites de dispensa de licitação e amplia o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV961.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 962, de 6 de maio de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e das Relações Exteriores, no valor de R\$ 418.800.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV962.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 966, de 13 de maio de 2020. Dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV966.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 967, de 19 de maio de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.566.379.351,00, para os fins que especifica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV967.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 969, de 20 de maio de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 10.000.000.000,00, para os fins que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV969.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 970, de 25 de maio de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 29.058.260.654,00, para os fins que especifica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV970.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 974, de 28 de maio de 2020. Autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/MPV/MPV974.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 976, de 4 de junho de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 4.489.224.000,00,

para o fim que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv976.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 978, de 4 de junho de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor de R\$ 60.189.488.452,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv978.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 985, de 25 de junho de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Defesa, no valor de R\$ 300.000.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv985.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 989, de 8 de julho de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 348.347.886,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv989.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 991, de 15 de julho de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no valor de R\$ 160.000.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv991.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 994, de 6 de agosto de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 1.994.960.005,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv994.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 926, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável

BRASIL. Medida Provisória nº 1.003, de 24 de setembro de 2020. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - Covax Facility. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1003.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.004, de 24 de setembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1004.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.007, de 2 de outubro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Economia, no valor de R\$ 98.270.969,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1007.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.015, de 17 de dezembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 20.000.000.000,00,

para o fim que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1015.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.022, de 31 de dezembro de 2020. Autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1022.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.026, de 6 de janeiro de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços de logística, tecnologia da informação e comunicação, comunicação social e publicitária e treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1026.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.861.205.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1032.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.041, de 30 de março de 2021. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.324.320.142,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1041.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.043, de 16 de abril de 2021. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.693.315.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1043.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.046, de 27 de abril de 2021. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1046.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.047, de 3 de maio de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais para a aquisição de bens e a contratação de serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da pandemia da covid-19. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1047.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.048, de 10 de maio de 2021. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5.500.071.904,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1048.htm>.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.054, de 8 de junho de 2021. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Defesa e da Cidadania, no valor de R\$ 235.348.850,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1054.htm>.

BRASIL. Ministério da Economia e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 11.259, de 5 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-11.259-de-5-de-maio-de-2020-256092403>>. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-12.683-de-25-de-maio-de-2020-258469317>>.

BRASIL. Ministério da Economia e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 12.683, de 25 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-12.683-de-25-de-maio-de-2020-258469317>>.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3, de 16 de março de 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21396034/UCEQITzKXPYVi6cWuD3q0ksQ>.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 343, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>>.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 374, de 3 de abril de 2020. Dispõe sobre a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, exclusivamente para atuação nas ações de combate à pandemia do novo coronavírus - Covid-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-374-de-3-de-abril-de-2020-251289249>>.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 5, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%205-20-mj-sp-ms.htm>.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020. Revoga a Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%209-20-mj-sp-ms.htm>.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 151 de 30 de março de 2020. Dispõe sobre o emprego da Força Nacional de Segurança Pública em apoio ao Ministério da Saúde em todo território nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20151-20-mj-sp.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília: [s.n.], 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.707, de 17 de novembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o § 5º do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, para estabelecer as condições e circunstâncias que permitem a realização de saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2707_17_11_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível

em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0356_12_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 395, de 16 de março de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0395_16_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-414-de-18-de-marco-de-2020-*--251908689>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0430_20_03_2020.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0454_20_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 476, de 23 de março de 2020. Delega competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0476_23_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 480, de 23 de março de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480_25_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 488, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0488_23_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0492_23_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 515, de 24 de março de 2020. Prorroga os prazos de qualificação de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0515_25_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 561, de 26 de março de 2020. Autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva e leitos de enfermagem de hospitais de referência ao COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0561_26_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento

exclusivo dos pacientes COVID-19. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0568_26_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0580_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 593, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0593_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 594, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0594_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 595, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0595_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 596, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0596_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 597, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0597_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 598, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0598_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0599_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 600, de 27 de março de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento

temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0600_30_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 662, de 1º de abril de 2020. Estabelece regras de forma excepcional -para as transferências de recursos do Bloco de Custeio - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC pelo período de 90 (noventa) dias. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0662_03_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 732, de 7 de abril de 2020. Prorroga os prazos de qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0732_09_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 774, de 9 de abril de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus - COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0774_09_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0758_09_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, de 17 de abril de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a ser disponibilizado aos Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0859_24_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0985_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 986, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0986_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 987, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0987_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 988, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0988_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 989, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0989_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 990, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0990_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 991, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0991_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0992_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 993, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0993_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 994, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0994_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 995, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de

ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0995_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 996, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0996_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 997, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0997_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 998, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0998_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 999, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0999_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.000, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1000_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.001, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1001_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.002, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1002_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.003, de 24 de abril de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1003_30_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.193, de 8 de maio de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1193_13_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.231, de 18 de maio de 2020. Prorroga, excepcionalmente para o ano de 2020, o prazo para apresentação de contas referente ao exercício de 2019 no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - Proadi-SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1231_19_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.247, de 18 de maio de 2020. Prorroga o prazo dos estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde com equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária não informatizadas aderidos ao Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização na Atenção Primária à Saúde, para iniciar o envio regular dos dados por meio de sistema de prontuário eletrônico ao Ministério da Saúde, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1247_22_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.335, de 19 de maio de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1335_20_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.350, de 19 de maio de 2020. Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao incremento temporário do Piso da Atenção Básica (PAB). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1350_20_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.371, de 19 de maio de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1371_21_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.388, de 21 de maio de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1388_22_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.389, de 21 de maio de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1389_22_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.390, de 21 de maio de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento

temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.390-de-21-de-maio-de-2020-258046906>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.393, de 21 de maio de 2020. Dispõe sobre o auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1393_22_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.414, de 26 de maio de 2020. Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao incremento temporário do Piso da Atenção Básica (PAB). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1414_27_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1444_01_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1445_01_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.448, de 29 de maio de 2020. Dispõe sobre a transferência da segunda parcela do auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020, e do art. 3º da Portaria nº 1.393/GM/MS, de 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1448_29_05_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.454, de 1º de junho de 2020. Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao incremento temporário do Piso da Atenção Básica (PAB). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1454_02_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.455, de 1º de junho de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1455_02_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.456, de 1º de junho de 2020. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade

(MAC). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1456_02_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.514, de 15 de junho de 2020. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar - HOSPITAL DE CAMPANHA - voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1514_16_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.521, de 15 de junho de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1521_16_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1565_19_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.579, de 19 de junho de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1579_22_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.587, de 19 de junho de 2020. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Força Tarefa de Fundamentação. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1587_22_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.613, de 24 de junho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1613_25_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.615, de 24 de junho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1615_25_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.666, de 1º de julho de 2020. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Coronavírus - COVID 19. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1666_01_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.696, de 3 de julho de 2020. Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único

de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1696_06_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1740_14_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.741, de 13 de julho de 2020. Prorroga o prazo para adequação do cadastro de equipes, referente à Portaria nº 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, que fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória), considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1741_14_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1742_14_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.792, de 17 de julho de 2020. Altera a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1792_21_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.802, de 20 de julho de 2020. Autoriza a habilitação de novos leitos de unidade de terapia intensiva - uti adulto COVID-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1802_23_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.797, de 21 de julho de 2020. Credencia temporariamente Municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1797_27_08_2020_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.848, de 27 de julho de 2020. Dispõe sobre a suspensão da execução de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - Pronon e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - Pronas/PCD, durante a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - Espin declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus - Covid-19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1848_28_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.841, de 28 de julho de 2020. Autoriza o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, no Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde para o fortalecimento da Vigilância Laboratorial nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1841_28_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1857_28_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.862, de 29 de julho de 2020. Altera a Portaria nº 1.521/GM/MS, de 15 de junho de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1862_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.871, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1871_31_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.878, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1878_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.879, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1879_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.880, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem

disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1880_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.881, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1881_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1882_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.883, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1883_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.884, de 29 de julho de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1884_30_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.940, de 3 de agosto de 2020. Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1940_05_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.975, de 6 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1975_27_08_2020_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.062, de 11 de agosto de 2020. Estabelece normas excepcionais para a análise e execução de projetos de apoio e de serviços ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - Proadi-SUS, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - Espin declarada em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus - Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2062_12_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.067, de 11 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos

Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2067_27_08_2020_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.071, de 11 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2071_12_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.181, de 19 de agosto de 2020. Dispõe sobre o registro obrigatório de internações hospitalares nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, em todo o território nacional, durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2181_20_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.217, de 24 de agosto de 2020. Acresce o art. 5A à Portaria nº 1.802/GM/MS, de 20 de julho de 2020, que autoriza a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto COVID-19, para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.217/gm/ms-de-24-de-agosto-de-2020-274147531>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.222, de 25 de agosto de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2222_26_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.234, de 26 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2234_27_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.236, de 26 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2236_27_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.237, de 26 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância

nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2237_27_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.239, de 26 de agosto de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2239_27_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.298, de 27 de agosto de 2020. Institui, para o ano de 2020, o repasse financeiro referente ao Piso Variável de Vigilância Sanitária (PV-Visa) para o fortalecimento e execução das ações de Vigilância Sanitária voltadas ao enfrentamento do coronavírus - Sars-CoV-2. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2298_28_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2309_01_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.358, de 2 de setembro de 2020. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2358_04_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020. Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2405_17_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.485, de 18 de setembro de 2020. Credencia temporariamente municípios a receber incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2485_21_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.624, de 28 de setembro de 2020. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2624_29_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.625, de 28 de setembro de 2020. Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional temporário, aos estados, municípios e Distrito Federal para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2625_29_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.632, de 29 de setembro de 2020. Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2632_30_09_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.654, de 1º de outubro de 2020. Altera a Portaria nº 580/GM/MS, de 27 de março de 2020, para prorrogar o pagamento de bonificação aos profissionais de saúde residentes pelo prazo que durar a situação de emergência de saúde pública decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2654_02_10_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.699, de 5 de outubro de 2020. Autoriza a prorrogação de prazos relativos às obras financiadas por recursos transferidos na modalidade fundo a fundo, nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2699_08_10_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.782, de 14 de outubro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para execução das ações de imunização e vigilância em saúde, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2782_15_10_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.958, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo dos estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde com equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária não informatizadas aderidos ao Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização na Atenção Primária à Saúde, para iniciar o envio regular dos dados por meio de sistema de prontuário eletrônico ao Ministério da Saúde, considerando o contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2958_28_10_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.994-de-29-de-outubro-de-2020-285765919>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.008, de 4 de novembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para viabilização do acesso e resolução das demandas de saúde bucal em condições adequadas para a mitigação

dos riscos individuais e coletivos relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (Covid-19), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3008_05_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.017, de 4 de novembro de 2020. 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). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3017_09_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.067, de 11 de novembro de 2020. Estende o prazo para credenciamento e repasse do incentivo financeiro de custeio para os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria nº 1.444/GM/MS, de 29 de maio de 2020, e os Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria nº 1.445/GM/MS, de 29 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.067-de-11-de-novembro-de-2020-287777555>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.186, de 26 de novembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinado à aquisição de equipamentos para reorganização do processo de trabalho e qualificação do cuidado e assistência nos estabelecimentos saúde Municipais, Distritais e Estaduais de administração pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, que prestam assistência às gestantes, parturientes, recém-nascidos e puérperas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do Coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3186_27_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.190, de 26 de novembro de 2020. Institui o Gabinete de Crise da Covid-19 e altera a Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, para dispor sobre o Centro de Operações de Emergências para o novo Coronavírus (COE Covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3190_27_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.193, de 27 de novembro de 2020. Institui incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, para informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3193_30_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.248, de 2 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro destinado aos Estados e Distrito Federal, para estruturação de unidades de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações e para Vigilância Epidemiológica, para o enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de Covid19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3248_07_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.290, de 4 de dezembro de 2020. Institui Comitê Técnico para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 n-CoV19 contra a Covid19, decorrentes da Encomenda Tecnológica firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3290_07_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.300, de 4 de dezembro de 2020. Autoriza a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.300-de-4-de-dezembro-de-2020-292435824>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350_09_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.389, de 10 de dezembro de 2020. Habilita estado, município e o Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3389_15_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.391, de 10 de dezembro de 2020. Habilita estado, município e o Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3391_14_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.393, de 10 de dezembro de 2020. Habilita estado, município e o Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3389_15_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.467, de 16 de dezembro de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3467_17_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.473, de 17 de dezembro de 2020. Habilita estados, municípios e o Distrito Federal a receberem incentivo financeiro federal de

capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do Coronavírus (Covid19). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3473_18_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.474, de 17 de dezembro de 2020. Homologa a adesão dos municípios e Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para informatização das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3474_18_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.627, de 21 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3627_22_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3712_23_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.717, de 22 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de capital aos Estados, Municípios e Distrito Federal para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3717_23_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.874, de 30 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio aos Municípios que receberam recursos, na competência financeira novembro do ano de 2020, para custeio dos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e dos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3874_30_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.886, de 30 de dezembro de 2020. Institui o Comitê de Governança da Pesquisa de Prevalência de Infecção por COVID-19 no Brasil - PREVCOV. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3886_30_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.896, de 30 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados e Distrito Federal, para o

enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3896_30_12_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 69, de 14 de janeiro de 2021. Institui a obrigatoriedade de registro de aplicação de vacinas contra a Covid-19 nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0069_18_01_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0166_29_01_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 247, de Altera a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0247_11_02_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 361, de 1º de março de 2021. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios que, nas competências financeiras novembro ou dezembro do ano de 2020, possuíam credenciados e implantados Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, ou Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0361_02_03_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 2 de março de 2021. Dispõe sobre o procedimento para autorização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19, em caráter excepcional e temporário. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0373_02_03_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 471, de 17 de março de 2021. Dispõe sobre o procedimento para autorização de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP), em caráter excepcional e temporário, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0471_17_03_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 551, de 25 de março de 2021. Delega competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0551_26_03_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 650, de 8 de abril de 2021. Credencia, excepcionalmente, como Centros os estabelecimentos de saúde que no ano de 2020 foram credenciados temporariamente ou solicitaram credenciamento como Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e como Centros de Atendimento para

Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020, com informações registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na competência fevereiro de 2021, e concede incentivo financeiro federal, para custeio destes Centros, a ser transferido em parcela única. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-650-de-8-de-abril-de-2021-312958525>>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 731, de 16 de abril de 2021. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0731_19_04_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 829, de 28 de abril de 2021. Dispõe sobre o procedimento para autorização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Covid-19, em caráter excepcional e temporário, para o atendimento exclusivo de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG/Covid-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-829-de-28-de-abril-de-2021-316881852>>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 839, de 29 de abril de 2021. Autoriza leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19 e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado aos Estados e Municípios. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0839_04_05_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 851, de 30 de abril de 2021. Autoriza leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19 e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado aos Estados e Municípios. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0851_04_05_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 897, de 5 de maio de 2021. Autoriza, em caráter excepcional, o pagamento de leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Tipo II Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0897_06_05_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 894, de 11 de maio de 2021. Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0894_12_05_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros

federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previnde Brasil, para o ano de 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0985_18_05_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1.129, de 2 de junho de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o processo administrativo simplificado de incorporação ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS em caso de relevante interesse público, nos termos do art. 29 do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.129-de-2-de-junho-de-2021-324148508>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.142, de 4 de junho de 2021. Institui a Comissão de Avaliação de Responsabilidade Civil por Eventos Adversos Graves Pós-Vacinação Covid-19, para dar cumprimento ao disposto no Anexo B do contrato celebrado entre a União e a Janssen para aquisição de vacinas Covid-19, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1142_04_06_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.253, de 18 de junho de 2021. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Covid-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.253-de-18-de-junho-de-2021-326843724>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.263, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1263_18_06_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 28 de junho de 2021. Dispõe sobre o procedimento para autorização de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP), em caráter excepcional e temporário, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.412-de-28-de-junho-de-2021-328562324>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.446, de 29 de junho de 2021. Torna pública a decisão de incorporar a vacina da Fiocruz [ChAdOx-1 (vacina Covid-19 recombinante)] e a da Pfizer/Wyeth [BNT162b2 (vacina Covid-19)] para prevenção da Covid-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1446_30_06_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021. Dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de programas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4114_03_01_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.226, de 31 de dezembro de 2021. Dispõe sobre o procedimento para desmobilização e pagamentos de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Covid-19 autorizados, em caráter excepcional e temporário, para o atendimento exclusivo de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG/Covid-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4226_28_01_2022_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0913_22_04_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.142, de 23 de maio de 2022. Revoga as Portarias GM/MS nºs 492, de 23 de março de 2020, e 639, de 31 de março de 2020, que dispõem sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", e a Portaria GM/MS nº 3.945, de 27 de dezembro de 2021, que altera a Portaria GM/MS nº 580, de 27 de março de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1142_26_05_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 464, de 12 de março de 2020. Inclui exames para o diagnóstico laboratorial de infecção pelo SARS-CoV-2 na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-464-de-20-de-maio-de-2020-258043581>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 237, de 18 de março de 2020. Inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico clínico de COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0237_15_06_2020_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 245, de 24 de março de 2020. Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pelo COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0245_26_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 510, de 16 de junho de 2020. Inclui leito e habilitação de Suporte Ventilatório Pulmonar no CNES e procedimento de diária na Tabela de Procedimentos,

Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0510_17_06_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0526_02_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 766, de 18 de agosto de 2020. Inclui atributo a procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0766_19_08_2020.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.068, de 17 de novembro de 2020. Institui o Modelo de Informação de Resultado de Exame Laboratorial COVID-19. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt1068_19_11_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.136, de 18 de dezembro de 2020. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.136-de-18-de-dezembro-de-2020-296886322>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 19, de 12 de janeiro de 2022. Exclui a habilitação 28.06 - Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar - COVID-19 na Tabela de Habilitações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Leito 96 - Suporte Ventilatório Pulmonar - COVID-19, na Tabela de Leitos do CNES do Tipo 03 - Complementar e procedimento, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0019_18_01_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 177, de 25 de maio de 2022. Exclui habilitações e leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0177_31_05_2022.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 21, de 24 de março de 2020. Prorroga o prazo de cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0021_25_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada

do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0029_16_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020. Prorroga o prazo da Portaria nº 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0042_17_07_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 47, de 28 de agosto de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0047_31_08_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-26-de-outubro-de-2020-285017450>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 3, de 27 de janeiro de 2021. Prorroga o prazo para cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde credenciados e das adesões aos Programas Saúde na Hora e Informatiza APS homologadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0003_28_01_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 10, de 3 de março de 2021. Institui Câmara Técnica Assessora para ações integradas à Assistência à Gestante e Puérpera no contexto do coronavírus (covid-19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0010_04_03_2021.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 16, de 24 de março de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2020/prt0016_24_03_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 36, de 1º de abril de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2020/prt0036_02_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2020/prt0055_14_04_2020.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html>.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 155, de 3 de abril de 2020. Regulamenta o art. 115 do Decreto nº 8.772, de 11 de maio de 2016, estabelecendo procedimento simplificado para a realização de remessa de patrimônio genético relacionado à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN, de que trata o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, especificamente para o enfrentamento do estado de ESPIN em decorrência da Infecção Humana pelo coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-155-de-3-de-abril-de-2020-251290107>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 17 de março de 1995. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>>.

APÊNDICE I

Resultado da categorização das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (exceto normas exclusivamente destinadas a fazer repasses financeiros ou habilitar equipamentos de saúde) – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Norma	Origem	Data de publicação	Prazo	Revogação	Função no sistema de saúde	Link
Portaria 188/2020	Ministério da Saúde	04/02/2020	Indeterminado	Não	Gestão	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html
Lei 13979/2020	Congresso Nacional	07/02/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos; Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13979.htm
Medida Provisória 922/2020	Presidência da República	02/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv922.htm
Portaria 356/2020	Ministério da Saúde	12/03/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0356_12_03_2020.html
Resolução Normativa 453/2020	ANS	13/03/2020	Indeterminado	Sim	Produtos e tecnologias de saúde; Serviços de assistência à saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0453_13_03_2020.html
Medida Provisória 924/2020	Presidência da República	13/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm
Medida Provisória 929/2020	Presidência da República	13/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm
Medida Provisória 940/2020	Presidência da República	13/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm
Medida Provisória 941/2020	Presidência da República	13/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm
Resolução 346/2020	Anvisa	13/03/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-346-de-12-de-marco-de-2020-247801951
Decreto 10277/2020	Presidência da República	16/03/2020	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm

Portaria Interministerial 5/2020	Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	17/03/2020	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%205-20-mj-sp-ms.htm
Portaria 120/2020	Casa Civil	18/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt120-20-ccv.htm
Portaria 343/2020	Ministério da Educação	18/03/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376
Portaria Interministerial 7/2020	Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	18/03/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%207-20-mj-sp-ms.htm
Resolução 347/2020	Anvisa	18/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-346-de-12-de-marco-de-2020-247801951
Resolução 348/2020	Anvisa	18/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-348-de-17-de-marco-de-2020-248564332
Portaria Interministerial 125/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	19/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt125-20-ccv.htm
Portaria Interministerial 126/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	20/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt126-20-ccv.htm
Decreto Legislativo 6/2020	Congresso Nacional	20/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm
Portaria 237/2020	Ministério da Saúde	20/03/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0237_15_06_2020_rep.html
Portaria 414/2020	Ministério da Saúde	20/03/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-414-de-18-de-marco-de-2020-*-251908689

Portaria 428/2020	Ministério da Saúde	20/03/2020	Determinado abstrato	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-428-de-19-de-marco-de-2020-249027772
Portaria 430/2020	Ministério da Saúde	20/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0430_20_03_2020.html
Portaria 454/2020	Ministério da Saúde	20/03/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0454_20_03_2020.html
Medida Provisória 926/2020	Presidência da República	20/03/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114035.htm
Decreto 10285/2020	Presidência da República	20/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10285.htm
Decreto 10282/2020	Presidência da República	20/03/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm
Resolução 349/2020	Anvisa	20/03/2020	Determinado objetivamente*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-348-de-17-de-marco-de-2020-248564332
Resolução 350/2020	Anvisa	20/03/2020	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-350-de-19-de-marco-de-2020-249028045
Resolução 351/2020	Anvisa	20/03/2020	Indeterminado	Sim	Produtos e tecnologias de saúde; Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/Resolucao%20n%C2%BA%20351-ANVISA.htm
Portaria 132/2020	Casa Civil	22/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt132-20-ccv.htm
Medida Provisória 927/2020	Presidência da República	22/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm
Portaria Interministerial 133/2020	Casa Civil; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Infraestrutura; Ministério da Saúde	23/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20133-20-CCV.htm

Portaria 476/2020	Ministério da Saúde	23/03/2020	Determinado abstrato	Sim	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0476_23_03_2020.html
Portaria 488/2020	Ministério da Saúde	23/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0488_23_03_2020.html
Portaria 492/2020	Ministério da Saúde	23/03/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0492_23_03_2020.html
Portaria 467/2020	Ministério da Saúde	23/03/2020	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html
Resolução 354/2020	Anvisa	23/03/2020	InDeterminado	Sim	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-354-de-23-de-marco-de-2020-249317430
Resolução 355/2020	Anvisa	23/03/2020	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-355-de-23-de-marco-de-2020-249317431
Resolução 356/2020	Anvisa	23/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-*-250404719
Decreto 10289/2020	Presidência da República	24/03/2020	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10289.htm
Resolução 352/2020	Anvisa	24/03/2020	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-352-de-20-de-marco-de-2020-*-249500170
Resolução 357/2020	Anvisa	24/03/2020	Determinado abstrato*	Não	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721
Portaria 515/2020	Ministério da Saúde	25/03/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0515_25_03_2020.html
Portaria 21/2020	Ministério da Saúde	25/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0021_25_03_2020.html
Medida Provisória 942/2020	Presidência da República	25/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv929.htm

Portaria Interministerial 47/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	26/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%2047-CC.htm
Portaria 16/2020	Ministério da Saúde	26/03/2020	Determinado abstrato	Sim	Gestão	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/sesai/2020/prt0016_24_03_2020.html
Portaria 245/2020	Ministério da Saúde	26/03/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/saes/2020/prt0245_26_03_2020.html
Portaria 545/2020	Ministério da Saúde	26/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2020/prt0545_26_03_2020.html
Portaria 561/2020	Ministério da Saúde	26/03/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2020/prt0561_26_03_2020.html
Portaria 568/2020	Ministério da Saúde	26/03/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2020/prt0568_26_03_2020.html
Decreto 10292/2020	Presidência da República	26/03/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10292.htm
Portaria 151/2020	Ministério da Justiça e da Segurança Pública	30/03/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20151-20-mjps.htm
Portaria 580/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2020/prt0580_30_03_2020.html
Portaria 158/2020	Casa Civil	31/03/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20158-20-ccv.htm
Portaria 340/2020	Ministério da Cidadania	31/03/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-340-20-mcidadania.htm
Decreto 10300/2020	Presidência da República	31/03/2020	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10300.htm
Medida Provisória 933/2020	Presidência da República	01/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv933.htm
Medida Provisória 934/2020	Presidência da República	01/04/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14040.htm
Resolução 364/2020	Anvisa	01/04/2020	Determinado abstrato*	Não	Vigilância em saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-364-de-1-de-abril-de-2020-250711250
Portaria Interministerial 8/2020	Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	02/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%208-20-mjps.htm
Portaria 36/2020	Ministério da Saúde	02/04/2020	Indeterminado	Não	Gestão	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/sesai/2020/prt0036_02_04_2020.html

Portaria 639/2020	Ministério da Saúde	02/04/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html
Medida Provisória 938/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv938.htm
Decreto 10302/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10302.htm
Medida Provisória 947/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv940.htm
Medida Provisória 962/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv940.htm
Medida Provisória 967/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv941.htm
Medida Provisória 969/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv941.htm
Medida Provisória 970/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv942.htm
Medida Provisória 976/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv942.htm
Medida Provisória 978/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv942.htm
Medida Provisória 985/2020	Presidência da República	02/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv942.htm
Resolução 366/2020	Anvisa	02/04/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde;Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-366-de-2-de-abril-de-2020-250915960
Portaria 662/2020	Ministério da Saúde	03/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0662_03_04_2020.html
Decreto 10311/2020	Presidência da República	03/04/2020	Indeterminado	Sim	Gestão;Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10311.htm
Portaria 374/2020	Ministério da Educação	06/04/2020	Determinado abstrato	Sim	Recursos humanos	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-374-de-3-de-abril-de-2020-251289249
Portaria Interministerial 155/2020	Ministério do Meio Ambiente;Ministério da Saúde	06/04/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-155-de-3-de-abril-de-2020-251290107
Portaria 732/2020	Ministério da Saúde	09/04/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0732_09_04_2020.html
Portaria 758/2020	Ministério da Saúde	09/04/2020	Indeterminado	Sim	Vigilância em saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0758_09_04_2020.html
Medida Provisória 989/2020	Presidência da República	09/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv947.htm
Portaria 383/2020	Ministério da Educação	13/04/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-383-de-9-de-abril-de-2020-252085696

Resolução 370/2020	Anvisa	13/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/CCIViI_03/Portaria/RES/Resolucao-370-MS-ANVISA.htm
Resolução 1/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	14/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Gestão; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao%201-PR.htm
Portaria 55/2020	Ministério da Saúde	14/04/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/sesai/2020/prt0055_14_04_2020.html
Resolução 2/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	15/04/2020	Indeterminado	Sim	Gestão; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2-de-14-de-abril-de-2020-252500159
Medida Provisória 951/2020	Presidência da República	15/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv951.htm
Resolução 3/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	16/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão; Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-15-de-abril-de-2020-252726373
Lei complementar 172/2020	Congresso Nacional	16/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp172.htm
Lei 13989/2020	Congresso Nacional	16/04/2020	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm
Portaria 813/2020	Ministério da Saúde	16/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2020/prt0813_16_04_2020.html
Portaria 827/2020	Ministério da Saúde	16/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento; Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2020/prt0827_16_04_2020.html
Portaria 29/2020	Ministério da Saúde	16/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/saps/2020/prt0029_16_04_2020.html
Resolução 371/2020	Anvisa	16/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-371-de-15-de-abril-de-2020-252726473
Resolução 373/2020	Anvisa	17/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-373-de-16-de-abril-de-2020-253004633
Resolução 375/2020	Anvisa	17/04/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-375-de-17-de-abril-de-2020-253004636
Portaria Interministerial 195/2020	Casa Civil; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da	20/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/prt195-20-ccv.htm

	Infraestrutura;Ministério da Saúde					
Resolução 376/2020	Anvisa	20/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-376-de-20-de-abril-de-2020-253195839
Lei 13992/2020	Congresso Nacional	23/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13992.htm
Portaria Interministerial 201/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	24/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-201-20-ccv.htm
Lei 13993/2020	Congresso Nacional	24/04/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13993.htm
Portaria Interministerial 203/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	28/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-203-20-ccv.htm
Portaria Interministerial 204/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	29/04/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm
Resolução 377/2020	Anvisa	29/04/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-377-de-28-de-abril-de-2020-254429215
Portaria 2172/2020	Ministério da Saúde	30/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/funasa/2020/prt2172_30_04_2020.html
Resolução 378/2020	Anvisa	30/04/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-378-de-28-de-abril-de-2020-254764715
Resolução 379/2020	Anvisa	30/04/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-379-de-30-de-abril-de-2020-254764712
Lei 13995/2020	Congresso Nacional	06/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13995.htm
Medida Provisória 991/2020	Presidência da República	06/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv962.htm
Medida Provisória 994/2020	Presidência da República	06/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv962.htm
Medida Provisória 961/2020	Presidência da República	07/05/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv961.htm
Emenda Constitucional 106/2020	Congresso Nacional	08/05/2020	Determinado abstrato	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm

Portaria Interministerial 11259/2020	Ministério da Economia;Ministério da Saúde	11/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-11.259-de-5-de-maio-de-2020-256092403
Decreto 10344/2020	Presidência da República	11/05/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10344.htm
Resolução 380/2020	Anvisa	13/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-380-de-12-de-maio-de-2020-256532246
Resolução 381/2020	Anvisa	13/05/2020	Determinado objetivamente	Sim	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-381-de-12-de-maio-de-2020-256532002
Resolução 382/2020	Anvisa	13/05/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-382-de-12-de-maio-de-2020-256531932
Resolução 384/2020	Anvisa	13/05/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-384-de-12-de-maio-de-2020-256532404
Resolução 385/2020	Anvisa	13/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-385-de-12-de-maio-de-2020-256531887
Resolução 4/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	14/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde;Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao-4-20-PR.htm
Resolução 5/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	14/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao-5-20-PR.htm
Medida Provisória 966/2020	Presidência da República	14/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv966.htm
Resolução 386/2020	Anvisa	15/05/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-386-de-15-de-maio-de-2020-258335933
Portaria 1231/2020	Ministério da Saúde	19/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1231_19_05_2020.html
Decreto 10352/2020	Presidência da República	19/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10352.htm
Medida Provisória 1004/2020	Presidência da República	19/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv967.htm
Medida Provisória 1007/2020	Presidência da República	19/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv967.htm
Medida Provisória 1015/2020	Presidência da República	20/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv969.htm
Portaria Interministerial 255/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	22/05/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-255-20-ccv.htm

Portaria 1247/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1247_22_05_2020.html
Portaria 464/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde;Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-464-de-20-de-maio-de-2020-258043581
Portaria 1393/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1393_22_05_2020.html
Portaria Interministerial 12683/2020	Ministério da Economia;Ministério da Saúde	26/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-12.683-de-25-de-maio-de-2020-258469317
Medida Provisória 1032/2021	Presidência da República	26/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv970.htm
Portaria 2531/2020	Ministério da Saúde	27/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.531-de-26-de-maio-de-2020-258706301
Lei Complementar 173/2020	Congresso Nacional	28/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm
Portaria Interministerial 9/2020	Ministério da Justiça e da Segurança Pública;Ministério da Saúde	28/05/2020	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%209-20-mjps-ms.htm
Medida Provisória 974/2020	Presidência da República	28/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos;Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv974.htm
Resolução 389/2020	Anvisa	28/05/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-389-de-26-de-maio-de-2020-258909834
Resolução 392/2020	Anvisa	28/05/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-392-de-26-de-maio-de-2020-258912696
Resolução Normativa 457/2020	ANS	29/05/2020	Indeterminado	Sim	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0457_29_05_2020.html
Lei 14006/2020	Congresso Nacional	29/05/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14006.htm
Portaria 1448/2020	Ministério da Saúde	01/06/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1448_29_05_2020.html
Portaria 1444/2020	Ministério da Saúde	01/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1444_01_06_2020.html
Portaria 1445/2020	Ministério da Saúde	01/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1445_01_06_2020.html
Resolução 6/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	03/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/res-6-20-pr.htm
Medida Provisória 1041/2021	Presidência da República	04/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv976.htm

Medida Provisória 1043/2021	Presidência da República	04/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv976.htm
Medida Provisória 1048/2021	Presidência da República	04/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv978.htm
Portaria 1514/2020	Ministério da Saúde	16/06/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1514_16_06_2020.html
Portaria 1521/2020	Ministério da Saúde	16/06/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1521_16_06_2020.html
Portaria 510/2020	Ministério da Saúde	17/06/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/saes/2020/prt0510_17_06_2020.html
Resolução 395/2020	Anvisa	17/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-395-de-9-de-junho-de-2020-261921074
Resolução 396/2020	Anvisa	17/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-396-de-9-de-junho-de-2020-261921117
Portaria 1565/2020	Ministério da Saúde	19/06/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1565_19_06_2020.html
Portaria 1498/2020	Ministério da Saúde	19/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1498_19_06_2020.html
Portaria Interministerial 319/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	20/06/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt319-20-ccv.htm
Portaria 1587/2020	Ministério da Saúde	22/06/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão;Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1587_22_06_2020.html
Decreto 10404/2020	Presidência da República	23/06/2020	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10404.htm
Medida Provisória 1054/2021	Presidência da República	26/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv985.htm
Resolução Normativa 458/2020	ANS	29/06/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-458-de-26-de-junho-de-2020-263971789
Portaria Interministerial 340/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	30/06/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/prt340-20-ccv.htm
Lei 14018/2020	Congresso Nacional	30/06/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14018.htm
Portaria 1653/2020	Ministério da Saúde	30/06/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt1653_30_06_2020.html
Decreto 10407/2020	Presidência da República	30/06/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.407-de-29-de-junho-de-2020-264166500

Portaria 1666/2020	Ministério da Saúde	01/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1666_01_07_2020.html
Portaria 526/2020	Ministério da Saúde	02/07/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0526_02_07_2020.html
Emenda Constitucional 107/2020	Congresso Nacional	03/07/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc107.htm
Lei 14019/2020	Congresso Nacional	03/07/2020	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14019.htm
Resolução 7/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	06/07/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao-7-20-PR.htm
Portaria 1696/2020	Ministério da Saúde	06/07/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1696_06_07_2020.html
Lei 14021/2020	Congresso Nacional	07/07/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde;Serviços de assistência à saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14021.htm
Lei 14022/2020	Congresso Nacional	08/07/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14022.htm
Lei 14023/2020	Congresso Nacional	09/07/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14023.htm
Resolução 398/2020	Anvisa	10/07/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-398-de-7-de-julho-de-2020-266124092
Portaria 1740/2020	Ministério da Saúde	14/07/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1740_14_07_2020.html
Portaria 1741/2020	Ministério da Saúde	14/07/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1741_14_07_2020.html
Portaria 1792/2020	Ministério da Saúde	17/07/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1792_21_07_2020.html
Portaria 42/2020	Ministério da Saúde	17/07/2020	Determinado objetivamente	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0042_17_07_2020.html
Portaria 1802/2020	Ministério da Saúde	23/07/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1802_23_07_2020.html
Resolução 400/2020	Anvisa	23/07/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-400-de-21-de-julho-de-2020-268192338
Resolução 405/2020	Anvisa	23/07/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-405-de-22-de-julho-de-2020-268192342
Lei 14028/2020	Congresso Nacional	27/07/2020	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14028.htm
Portaria 1841/2020	Ministério da Saúde	28/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1841_28_07_2020.html

Portaria 1848/2020	Ministério da Saúde	28/07/2020	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1848_28_07_2020.html
Portaria 1857/2020	Ministério da Saúde	28/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1857_28_07_2020.html
Portaria Interministerial 1/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	29/07/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-1-20-cc-mjps-minfra-ms.htm
Portaria 1859/2020	Ministério da Saúde	29/07/2020	Indeterminado	Sim*	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1514_16_06_2020.html
Resolução 402/2020	Anvisa	29/07/2020	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-402-de-21-de-julho-de-2020-269155481
Portaria 1862/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1862_30_07_2020.html
Portaria 1863/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1863_30_07_2020.html
Portaria 564/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0564_30_07_2020.html
Lei 14032/2020	Congresso Nacional	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14032.htm
Lei 14033/2020	Congresso Nacional	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14033.htm
Portaria 2027/2020	Ministério da Saúde	10/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2027_10_08_2020.html
Portaria 2062/2020	Ministério da Saúde	11/08/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2062_12_08_2020.html
Lei 14035/2020	Congresso Nacional	12/08/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14035.htm
Resolução Normativa 460/2020	ANS	14/08/2020	Indeterminado	Sim	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2020/res0460_14_08_2020.html
Portaria 1950/2020	Ministério da Saúde	17/08/2020	Determinado abstrato	Sim	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1950_17_08_2020.html
Lei 14040/2020	Congresso Nacional	19/08/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14040.htm
Lei 14041/2020	Congresso Nacional	19/08/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14041.htm
Portaria 766/2020	Ministério da Saúde	19/08/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0766_19_08_2020.html
Portaria 2181/2020	Ministério da Saúde	20/08/2020	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2181_20_08_2020.html

Portaria Interministerial 419/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	26/08/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-419-20-cc-mj-sp-minfra-ms.htm
Portaria 2217/2020	Ministério da Saúde	26/08/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.217/gm/ms-de-24-de-agosto-de-2020-274147531
Portaria 2222/2020	Ministério da Saúde	26/08/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2222_26_08_2020.html
Resolução 415/2020	Anvisa	27/08/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-415-de-26-de-agosto-de-2020-274387454
Portaria 2277/2020	Ministério da Saúde	28/08/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.277/gm/ms-de-27-de-agosto-de-2020-274645835
Portaria 2297/2020	Ministério da Saúde	28/08/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2297_28_08_2020.html
Portaria 2306/2020	Ministério da Saúde	28/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2306_31_08_2020.html
Portaria 2298/2020	Ministério da Saúde	31/08/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2298_28_08_2020.html
Portaria 47/2020	Ministério da Saúde	31/08/2020	Determinado objetivamente	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2020/prt0047_01_10_2020.html
Portaria 2309/2020	Ministério da Saúde	01/09/2020	Indeterminado	Sim	Vigilância em saúde;Recursos humanos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2309_01_09_2020.html
Resolução 420/2020	Anvisa	01/09/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-420-de-1-de-setembro-de-2020-275243243
Resolução 2345/2020	Ministério da Saúde	02/09/2020	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2345_02_09_2020.html
Resolução 419/2020	Anvisa	03/09/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-419-de-1-de-setembro-de-2020-275655953
Portaria 2358/2020	Ministério da Saúde	04/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2358_04_09_2020.html
Resolução 8/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	10/09/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão;Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-9-de-setembro-de-2020-276627239
Lei 14055/2020	Congresso Nacional	11/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14055.htm
Lei 14056/2020	Congresso Nacional	11/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14056.htm
Portaria 2405/2020	Ministério da Saúde	17/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2405_17_09_2020.html
Resolução 422/2020	Anvisa	17/09/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-422-de-16-de-setembro-de-2020-277906952

Portaria 2516/2020	Ministério da Saúde	22/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2516_22_09_2020.html
Resolução 424/2020	Anvisa	23/09/2020	InDeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-424-de-18-de-setembro-de-2020-278925270
Portaria Interministerial 456/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	24/09/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/Portaria/PRT/Portaria-456-20-ccv.htm
Lei 14061/2020	Congresso Nacional	24/09/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14061.htm
Medida Provisória 1003/2020	Presidência da República	24/09/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1003.htm
Resolução 425/2020	Anvisa	25/09/2020	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-425-de-24-de-setembro-de-2020-279455835
Portaria 2600/2020	Ministério da Saúde	29/09/2020	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2600_29_09_2020.html
Portaria 2624/2020	Ministério da Saúde	29/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2624_29_09_2020.html
Portaria 2625/2020	Ministério da Saúde	29/09/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2625_29_09_2020.html
Portaria 2632/2020	Ministério da Saúde	30/09/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2632_30_09_2020.html
Medida Provisória 1005/2020	Presidência da República	30/09/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1005.htm
Lei 14065/2020	Congresso Nacional	01/10/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L14065.htm
Resolução 426/2020	Anvisa	01/10/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-426-de-30-de-setembro-de-2020-280526788
Lei 14067/2020	Congresso Nacional	02/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L14067.htm
Portaria 2654/2020	Ministério da Saúde	02/10/2020	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2654_02_10_2020.html
Decreto 10503/2020	Presidência da República	02/10/2020	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10503.htm
Portaria Interministerial 470/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	05/10/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-470-20-ccv.htm

Portaria 2699/2020	Ministério da Saúde	08/10/2020	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2699_08_10_2020.html
Portaria Interministerial 478/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	14/10/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-478-20-ccv.htm
Lei 14072/2020	Congresso Nacional	15/10/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos;Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L14072.htm
Portaria 2782/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2782_15_10_2020.html
Portaria 2824/2020	Ministério da Saúde	16/10/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2824_16_10_2020.html
Resolução 13/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	20/10/2020	Indeterminado	Não	Gestão	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-13-de-19-de-outubro-de-2020-283732048
Portaria 59/2020	Ministério da Saúde	27/10/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801
Portaria 2958/2020	Ministério da Saúde	28/10/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2958_28_10_2020.html
Portaria 2994/2020	Ministério da Saúde	03/11/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.994-de-29-de-outubro-de-2020-285765919
Portaria 3008/2020	Ministério da Saúde	05/11/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3008_05_11_2020.html
Portaria 3017/2020	Ministério da Saúde	09/11/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3017_09_11_2020.html
Portaria Interministerial 518/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	12/11/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-518-20-ccv.htm
Portaria 3067/2020	Ministério da Saúde	12/11/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.067-de-11-de-novembro-de-2020-287777555
Portaria 65/2020	Ministério da Saúde	13/11/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0065_13_11_2020.html
Portaria 1068/2020	Ministério da Saúde	19/11/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt1068_19_11_2020.html
Resolução 10/2020	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	26/11/2020	Indeterminado	Não	Gestão;Vigilância em saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/Resolucao%2010-20-PR.htm

Portaria 3186/2020	Ministério da Saúde	27/11/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3186_27_11_2020.html
Portaria 3190/2020	Ministério da Saúde	27/11/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3190_27_11_2020.html
Portaria 3193/2020	Ministério da Saúde	30/11/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3193_30_11_2020.html
Portaria 61/2020	Ministério da Saúde	02/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0061_02_12_2020.html
Portaria 63/2020	Ministério da Saúde	02/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0063_02_12_2020.html
Portaria 1071/2020	Ministério da Saúde	03/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.071-de-18-de-novembro-de-2020-*-291822729
Lei 14107/2020	Congresso Nacional	04/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/14107.htm
Portaria 3290/2020	Ministério da Saúde	07/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Gestão;Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3290_07_12_2020.html
Portaria 3248/2020	Ministério da Saúde	07/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3248_07_12_2020.html
Portaria 3300/2020	Ministério da Saúde	07/12/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.300-de-4-de-dezembro-de-2020-292435824
Portaria 3350/2020	Ministério da Saúde	09/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350_09_12_2020.html
Resolução 444/2020	Anvisa	10/12/2020	Determinado abstrato	Sim	Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-444-de-10-de-dezembro-de-2020-293481443
Resolução 445/2020	Anvisa	10/12/2020	Determinado abstrato	Não	Vigilância em saúde;Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-445-de-10-de-dezembro-de-2020-293481519
Resolução 456/2020	Anvisa	10/12/2020	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-456-de-17-de-dezembro-de-2020-295172928
Portaria Interministerial 615/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	11/12/2020	Determinado objetivamente	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-615-20-ccv.htm
Portaria Interministerial 630/2020	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	17/12/2020	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-630-20-ccv.htm
Portaria 3467/2020	Ministério da Saúde	17/12/2020	Indeterminado	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3467_17_12_2020.html
Resolução 448/2020	Anvisa	17/12/2020	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-448-de-15-de-dezembro-de-2020-294648890

Decreto 10579/2020	Presidência da República	18/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10579.htm
Portaria 3627/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3627_22_12_2020.html
Resolução 6/2020	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Conselho de Governo/Presidência da República)	23/12/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-6-de-21-de-dezembro-de-2020-295756300
Portaria Interministerial 648/2020	Casa Civil; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Infraestrutura; Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-648-20-ccv.htm
Portaria 3712/2020	Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3712_23_12_2020.html
Portaria 3717/2020	Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3717_23_12_2020.html
Portaria Conjunta 1/2020	Anvisa	23/12/2020	Determinado abstrato	Não	Gestão; Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-conjunta-n-1-de-22-de-dezembro-de-2020-296046532
Portaria 1136/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde; Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.136-de-18-de-dezembro-de-2020-296886322
Portaria 3874/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3874_30_12_2020.html
Portaria 3875/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3875_30_12_2020.html
Portaria 3886/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde; Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3886_30_12_2020.html
Portaria 3896/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3896_30_12_2020.html
Portaria 6174/2020	Ministério da Saúde	31/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/funasa/2020/prt6174_31_12_2020.html
Medida Provisória 1022/2020	Presidência da República	31/12/2020	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1022.htm
Portaria 1/2021	Ministério da Saúde	04/01/2021	Indeterminado	Não	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2021/prt0001_06_01_2021.html

Medida Provisória 1026/2021	Presidência da República	06/01/2021	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde;Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1026.htm
Decreto 10595/2021	Presidência da República	07/01/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10595.htm
Portaria Interministerial 651/2021	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	08/01/2021	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-651-21-ccv.htm
Decreto 10601/2021	Presidência da República	15/01/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10601.htm
Portaria 69/2021	Ministério da Saúde	18/01/2021	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt0069_18_01_2021.html
Portaria 383/2021	Ministério da Saúde	25/01/2021	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-funasa-n-383-de-21-de-janeiro-de-2021-300432876
Portaria Interministerial 652/2021	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Infraestrutura;Ministério da Saúde	26/01/2021	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-652-21-ccv.htm
Portaria 3/2021	Ministério da Saúde	28/01/2021	Determinado objetivamente	Não	Serviços de assistência à saúde	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/saps/2021/prt0003_28_01_2021.html
Resolução 462/2021	Anvisa	28/01/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-462-de-26-de-janeiro-de-2021-301102535
Portaria 166/2021	Ministério da Saúde	29/01/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt0166_29_01_2021.html
Medida Provisória 1027/2021	Presidência da República	01/02/2021	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1027.htm
Portaria 197/2021	Ministério da Saúde	02/02/2021	Determinado abstrato	Sim	Gestão	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt0197_02_02_2021.html
Resolução 12/2021	Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19	09/02/2021	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/RES/Resolucao%2012-21-PR.htm
Resolução 465/2021	Anvisa	09/02/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-465-de-9-de-fevereiro-de-2021-303002180
Portaria 247/2021	Ministério da Saúde	11/02/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt0247_11_02_2021.html
Portaria 268/2021	Ministério da Saúde	12/02/2021	Determinado abstrato	Não	Gestão	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt0268_12_02_2021.html

Resolução Normativa 465/2021	ANS	24/02/2021	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2021/res0465_02_03_2021.html
Portaria 329/2021	Ministério da Saúde	25/02/2021	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0329_25_02_2021.html
Portaria 334/2021	Ministério da Saúde	25/02/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0334_25_02_2021.html
Lei 14121/2021	Congresso Nacional	02/03/2021	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14121.htm
Portaria 361/2021	Ministério da Saúde	02/03/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0361_02_03_2021.html
Portaria 373/2021	Ministério da Saúde	02/03/2021	Variável	Sim	Financiamento; Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0373_02_03_2021.html
Lei 14122/2021	Congresso Nacional	04/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14122.htm
Portaria 10/2021	Ministério da Saúde	04/03/2021	Indeterminado	Não	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0010_04_03_2021.html
Decreto 10642/2021	Presidência da República	04/03/2021	Indeterminado	Sim	Gestão; Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10642.htm
Resolução 474/2021	Anvisa	05/03/2021	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-474-de-3-de-marco-de-2021-*-306761433
Portaria 398/2021	Ministério da Saúde	09/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0398_09_03_2021.html
Lei 14125/2021	Congresso Nacional	10/03/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14125.htm
Lei 14124/2021	Congresso Nacional	10/03/2021	Determinado objetivamente	Não	Vigilância em saúde; Produtos e tecnologias de saúde; Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14124.htm
Resolução 475/2021	Anvisa	11/03/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-475-de-10-de-marco-de-2021-307999666
Resolução 476/2021	Anvisa	11/03/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-476-de-10-de-marco-de-2021-307999746
Resolução 477/2021	Anvisa	12/03/2021	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-477-de-11-de-marco-de-2021-308019310
Portaria 471/2021	Ministério da Saúde	17/03/2021	Determinado objetivamente	Sim	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0471_17_03_2021.html
Resolução 479/2021	Anvisa	17/03/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-479-de-12-de-marco-de-2021-309012707
Resolução 483/2021	Anvisa	19/03/2021	Determinado objetivamente*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-483-de-19-de-marco-de-2021-309557207
Resolução 484/2021	Anvisa	19/03/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-484-de-19-de-marco-de-2021-309501644
Lei 14128/2021	Congresso Nacional	26/03/2021	Determinado abstrato	Não	Recursos humanos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14128.htm
Portaria 551/2021	Ministério da Saúde	26/03/2021	Determinado abstrato	Não	Gestão	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0551_26_03_2021.html

Decreto 10659/2021	Presidência da República	26/03/2021	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10659.htm
Resolução 4/2021	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Conselho de Governo/Presidência da República)	29/03/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cte-cmed-n-4-de-25-de-marco-de-2021-310840340
Portaria 562/2021	Ministério da Saúde	31/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0562_31_03_2021.html
Resolução 485/2021	Anvisa	31/03/2021	Determinado abstrato*	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-485-de-26-de-marco-de-2021-311593107
Portaria 602/2021	Ministério da Saúde	06/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-602-de-31-de-marco-de-2021-312045774
Resolução 489/2021	Anvisa	08/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-489-de-7-de-abril-de-2021-312893942
Portaria 650/2021	Ministério da Saúde	09/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-650-de-8-de-abril-de-2021-312958525
Lei Complementar 180/2021	Congresso Nacional	15/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos;Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp180.htm
Portaria 731/2021	Ministério da Saúde	19/04/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0731_19_04_2021.html
Lei 14143/2021	Congresso Nacional	21/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14143.htm
Resolução 495/2021	Anvisa	22/04/2021	Determinado abstrato	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-495-de-16-de-abril-de-2021-315184781
Lei 14147/2021	Congresso Nacional	27/04/2021	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14147.htm
Medida Provisória 1046/2021	Presidência da República	28/04/2021	Determinado objetivamente	Não	Recursos humanos;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1046.htm
Portaria 829/2021	Ministério da Saúde	29/04/2021	Determinado abstrato	Não	Financiamento;Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-829-de-28-de-abril-de-2021-316881852
Medida Provisória 1047/2021	Presidência da República	04/05/2021	Determinado objetivamente	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1047.htm
Portaria 927/2021	Ministério da Saúde	10/05/2021	Determinado abstrato	Não	Gestão;Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0927_10_05_2021.html
Decreto 10697/2021	Presidência da República	10/05/2021	Indeterminado	Não	Gestão	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10697.htm#art9
Portaria 894/2021	Ministério da Saúde	12/05/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0894_12_05_2021.html
Resolução 496/2021	Anvisa	12/05/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-496-de-11-de-maio-de-2021-319410020
Lei 14151/2021	Congresso Nacional	13/05/2021	Determinado abstrato	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14151.htm

Portaria Interministerial 653/2021	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	14/05/2021	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-653-21-ccv.htm
Portaria 985/2021	Ministério da Saúde	18/05/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2021/prt0985_18_05_2021.html
Lei 14152/2021	Congresso Nacional	20/05/2021	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14152.htm
Portaria 1046/2021	Ministério da Saúde	25/05/2021	Indeterminado	Não	Vigilância em saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.046-de-24-de-maio-de-2021-321789506
Portaria Interministerial 654/2021	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	28/05/2021	Indeterminado	Sim	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-654-21-ccv.htm
Resolução 5/2021	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Conselho de Governo/Presidência da República)	01/06/2021	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cte-cmed-n-5-de-27-de-maio-de-2021-323278693
Resolução 516/2021	Anvisa	02/06/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-516-de-2-de-junho-de-2021-323825328
Lei 14160/2021	Congresso Nacional	04/06/2021	Determinado objetivamente	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14160.htm
Portaria 1142/2021	Ministério da Saúde	04/06/2021	Indeterminado	Não	Gestão	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2021/prt1142_04_06_2021.html
Portaria 1162/2021	Ministério da Saúde	10/06/2021	Determinado objetivamente	Não	Gestão;Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2021/prt1162_10_06_2021.html
Resolução 517/2021	Anvisa	16/06/2021	Determinado objetivamente	Não	Produtos e tecnologias de saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-517-de-10-de-junho-de-2021-326187747
Portaria 1263/2021	Ministério da Saúde	18/06/2021	Determinado objetivamente	Não	Financiamento	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2021/prt1263_18_06_2021.html
Portaria 1253/2021	Ministério da Saúde	21/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.253-de-18-de-junho-de-2021-326843724
Portaria Interministerial 655/2021	Casa Civil;Ministério da Justiça e Segurança Pública;Ministério da Saúde	24/06/2021	Indeterminado	Não	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-655-21-ccv.htm
Portaria 1412/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Determinado abstrato	Não	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.412-de-28-de-junho-de-2021-328562324
Portaria 1446/2021	Ministério da Saúde	30/06/2021	Indeterminado	Não	Produtos e tecnologias de saúde;Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2021/prt1446_30_06_2021.html

APÊNDICE II

Resultado da classificação das normas federais excepcionais relacionadas à saúde publicadas em razão da pandemia de COVID-19 (apenas normas destinadas a fazer repasses financeiros ou habilitar equipamentos de saúde) – Brasil, fevereiro de 2020 a junho de 2021

Norma	Origem	Data de publicação	Prazo	Revogação	Função no sistema de saúde	Finalidade do financiamento	Link
Portaria 395/2020	Ministério da Saúde	16/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0395_16_03_2020.html
Portaria 480/2020	Ministério da Saúde	25/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480_25_03_2020.html
Portaria 593/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0593_30_03_2020.html
Portaria 594/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0594_30_03_2020.html
Portaria 595/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0595_30_03_2020.html
Portaria 596/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0596_30_03_2020.html
Portaria 597/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0597_30_03_2020.html
Portaria 598/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0598_30_03_2020.html
Portaria 599/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0599_30_03_2020.html
Portaria 600/2020	Ministério da Saúde	30/03/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0600_30_03_2020.html
Portaria 658/2020	Ministério da Saúde	01/04/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0658_03_04_2020.html
Portaria 660/2020	Ministério da Saúde	01/04/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0660_03_04_2020.html
Portaria 774/2020	Ministério da Saúde	09/04/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0774_09_04_2020.html
Portaria 792/2020	Ministério da Saúde	15/04/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0792_15_04_2020.html
Portaria 793/2020	Ministério da Saúde	15/04/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0793_15_04_2020.html

Portaria 1280/2020	Ministério da Saúde	19/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1280_19_05_2020.html
Portaria 1358/2020	Ministério da Saúde	19/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1358_20_05_2020.html
Portaria 1335/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1335_20_05_2020.html
Portaria 1350/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1350_20_05_2020.html
Portaria 1359/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1359_20_05_2020.html
Portaria 1360/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1360_20_05_2020.html
Portaria 1361/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1361_20_05_2020.html
Portaria 1364/2020	Ministério da Saúde	20/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1364_20_05_2020.html
Portaria 1237/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1237_21_05_2020.html
Portaria 1371/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1371_21_05_2020.html
Portaria 1375/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1375_21_05_2020.html
Portaria 1376/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1376_21_05_2020.html
Portaria 1377/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1377_21_05_2020.html
Portaria 1379/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1379_21_05_2020.html
Portaria 1384/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1384_21_05_2020.html
Portaria 1385/2020	Ministério da Saúde	21/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1385_21_05_2020.html
Portaria 1388/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1388_22_05_2020.html
Portaria 1389/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1389_22_05_2020.html
Portaria 1390/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.390-de-21-de-maio-de-2020-258046906
Portaria 1393/2020	Ministério da Saúde	22/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1393_22_05_2020.html
Portaria 1395/2020	Ministério da Saúde	25/05/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1395_25_05_2020.html

Portaria 1787/2020	Ministério da Saúde	20/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1787_20_07_2020.html
Portaria 1788/2020	Ministério da Saúde	20/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1788_20_07_2020.html
Portaria 1789/2020	Ministério da Saúde	20/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1789_20_07_2020.html
Portaria 1790/2020	Ministério da Saúde	20/07/2020	Indeterminado	Sim	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1790_20_07_2020.html
Portaria 1791/2020	Ministério da Saúde	20/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1791_20_07_2020.html
Portaria 1797/2020	Ministério da Saúde	22/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1797_27_08_2020_rep.html
Portaria 1799/2020	Ministério da Saúde	22/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1799_22_07_2020.html
Portaria 1803/2020	Ministério da Saúde	22/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1803_22_07_2020.html
Portaria 1804/2020	Ministério da Saúde	22/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1804_22_07_2020.html
Portaria 1841/2020	Ministério da Saúde	28/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1841_28_07_2020.html
Portaria 1857/2020	Ministério da Saúde	28/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1857_28_07_2020.html
Portaria 1878/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1878_30_07_2020.html
Portaria 1879/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1879_30_07_2020.html
Portaria 1880/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1880_30_07_2020.html
Portaria 1881/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1881_30_07_2020.html
Portaria 1882/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1882_30_07_2020.html
Portaria 1883/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1883_30_07_2020.html
Portaria 1884/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1884_30_07_2020.html
Portaria 1889/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1889_30_07_2020.html
Portaria 1890/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1890_30_07_2020.html
Portaria 1891/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1891_30_07_2020.html

Portaria 1892/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1892_30_07_2020.html
Portaria 1893/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1893_30_07_2020.html
Portaria 1895/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1895_30_07_2020.html
Portaria 1896/2020	Ministério da Saúde	30/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1896_30_07_2020.html
Portaria 1871/2020	Ministério da Saúde	31/07/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1871_31_07_2020.html
Portaria 1918/2020	Ministério da Saúde	03/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1918_03_08_2020.html
Portaria 1919/2020	Ministério da Saúde	03/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1919_03_08_2020.html
Portaria 1936/2020	Ministério da Saúde	04/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1936_04_08_2020.html
Portaria 1940/2020	Ministério da Saúde	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1940_05_08_2020.html
Portaria 1960/2020	Ministério da Saúde	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1960_05_08_2020.html
Portaria 1962/2020	Ministério da Saúde	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1962_05_08_2020.html
Portaria 1964/2020	Ministério da Saúde	05/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1964_05_08_2020.html
Portaria 1970/2020	Ministério da Saúde	06/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1970_06_08_2020.html
Portaria 1971/2020	Ministério da Saúde	06/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1971_06_08_2020.html
Portaria 1968/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1968_06_08_2020.html
Portaria 1975/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1975_27_08_2020_rep.html
Portaria 1993/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1993_07_08_2020.html
Portaria 1994/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1994_07_08_2020.html
Portaria 1996/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1996_07_08_2020.html
Portaria 2005/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2005_07_08_2020.html
Portaria 2006/2020	Ministério da Saúde	07/08/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2006_07_08_2020.html

Portaria 2782/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Promoção da saúde coletiva e prevenção de agravos	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2782_15_10_2020.html
Portaria 2811/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2811_15_10_2020.html
Portaria 2812/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2812_15_10_2020.html
Portaria 2813/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2813_15_10_2020.html
Portaria 2814/2020	Ministério da Saúde	15/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2814_15_10_2020.html
Portaria 2819/2020	Ministério da Saúde	19/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2819_19_10_2020.html
Portaria 2820/2020	Ministério da Saúde	19/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2820_19_10_2020.html
Portaria 2842/2020	Ministério da Saúde	19/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2842_19_10_2020.html
Portaria 2843/2020	Ministério da Saúde	19/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2843_19_10_2020.html
Portaria 2847/2020	Ministério da Saúde	19/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2847_19_10_2020.html
Portaria 2906/2020	Ministério da Saúde	22/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2906_22_10_2020.html
Portaria 2910/2020	Ministério da Saúde	22/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2910_22_10_2020.html
Portaria 2913/2020	Ministério da Saúde	22/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2913_22_10_2020.html
Portaria 2897/2020	Ministério da Saúde	23/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2897_23_10_2020.html
Portaria 2943/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2943_26_10_2020.html
Portaria 2944/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Sim	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2944_26_10_2020.html
Portaria 2945/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2945_26_10_2020.html
Portaria 2946/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2946_26_10_2020.html
Portaria 2947/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2947_26_10_2020.html
Portaria 2948/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2948_26_10_2020.html
Portaria 2949/2020	Ministério da Saúde	26/10/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2949_26_10_2020.html

Portaria 3487/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3487_18_12_2020.html
Portaria 3488/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3488_18_12_2020.html
Portaria 3489/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3489_18_12_2020.html
Portaria 3490/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3490_18_12_2020.html
Portaria 3498/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3498_18_12_2020.html
Portaria 3499/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3499_18_12_2020.html
Portaria 3506/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3506_18_12_2020.html
Portaria 3522/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3522_18_12_2020.html
Portaria 3537/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3537_18_12_2020.html
Portaria 3538/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3538_18_12_2020.html
Portaria 3567/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3567_18_12_2020.html
Portaria 3570/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3570_18_12_2020.html
Portaria 3571/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3571_18_12_2020.html
Portaria 3572/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3572_18_12_2020.html
Portaria 3573/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3573_18_12_2020.html
Portaria 3574/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3574_18_12_2020.html
Portaria 3575/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3575_18_12_2020.html
Portaria 3576/2020	Ministério da Saúde	18/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3576_18_12_2020.html
Portaria 3566/2020	Ministério da Saúde	21/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3566_21_12_2020.html
Portaria 3462/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.462-de-21-de-dezembro-de-2020-295503822
Portaria 3638/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3638_22_12_2020.html

Portaria 3639/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3639_22_12_2020.html
Portaria 3640/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3640_22_12_2020.html
Portaria 3644/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3644_22_12_2020.html
Portaria 3646/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3646_22_12_2020.html
Portaria 3651/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3651_22_12_2020.html
Portaria 3680/2020	Ministério da Saúde	22/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3680_22_12_2020.html
Portaria 3712/2020	Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3712_23_12_2020.html
Portaria 3717/2020	Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Vigilância em saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3717_23_12_2020.html
Portaria 3729/2020	Ministério da Saúde	23/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3729_23_12_2020.html
Portaria 3758/2020	Ministério da Saúde	24/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3758_24_12_2020.html
Portaria 3772/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3772_28_12_2020.html
Portaria 3775/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.775-de-24-de-dezembro-de-2020-296434889
Portaria 3781/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3781_28_12_2020.html
Portaria 3782/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3782_28_12_2020.html
Portaria 3783/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3783_28_12_2020.html
Portaria 3784/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3784_28_12_2020.html
Portaria 3785/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3785_28_12_2020.html
Portaria 3786/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3786_28_12_2020.html
Portaria 3789/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.789-de-24-de-dezembro-de-2020-296435114
Portaria 3796/2020	Ministério da Saúde	28/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3796_28_12_2020.html
Portaria 3805/2020	Ministério da Saúde	29/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3805_29_12_2020.html

Portaria 3855/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3855_30_12_2020.html
Portaria 3857/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3857_30_12_2020.html
Portaria 3874/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3874_30_12_2020.html
Portaria 3887/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3887_30_12_2020.html
Portaria 3888/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3888_30_12_2020.html
Portaria 3896/2020	Ministério da Saúde	30/12/2020	Indeterminado	Não	Financiamento	Não definido	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3896_30_12_2020.html
Portaria 132/2021	Ministério da Saúde	26/01/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0132_26_01_2021.html
Portaria 373/2021	Ministério da Saúde	02/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0373_02_03_2021.html
Portaria 431/2021	Ministério da Saúde	12/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0431_12_03_2021.html
Portaria 472/2021	Ministério da Saúde	18/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0472_18_03_2021.html
Portaria 478/2021	Ministério da Saúde	18/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0478_18_03_2021.html
Portaria 499/2021	Ministério da Saúde	19/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0499_19_03_2021.html
Portaria 501/2021	Ministério da Saúde	19/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0501_19_03_2021.html
Portaria 518/2021	Ministério da Saúde	24/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0518_24_03_2021.html
Portaria 557/2021	Ministério da Saúde	29/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0557_29_03_2021.html
Portaria 558/2021	Ministério da Saúde	29/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0558_29_03_2021.html
Portaria 559/2021	Ministério da Saúde	29/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0559_29_03_2021.html
Portaria 561/2021	Ministério da Saúde	29/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0561_29_03_2021.html
Portaria 567/2021	Ministério da Saúde	30/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0567_30_03_2021.html
Portaria 568/2021	Ministério da Saúde	30/03/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0568_30_03_2021.html
Portaria 598/2021	Ministério da Saúde	05/04/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0598_05_04_2021.html

Portaria 1390/2021	Ministério da Saúde	28/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1390_28_06_2021.html
Portaria 1401/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1401_29_06_2021.html
Portaria 1402/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1402_29_06_2021.html
Portaria 1404/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1404_29_06_2021.html
Portaria 1407/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1407_29_06_2021.html
Portaria 1409/2021	Ministério da Saúde	29/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1409_29_06_2021.html
Portaria 1448/2021	Ministério da Saúde	30/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1448_30_06_2021.html
Portaria 1453/2021	Ministério da Saúde	30/06/2021	Indeterminado	Não	Financiamento	Serviços de assistência à saúde	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1453_30_06_2021.html