

**Desafios e estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de
COVID-19**

**Challenges and strategies for the organization of the health sector in the face of the
COVID-19 pandemic**

**Desafíos y estrategias para la organización del sector de la salud ante la pandemia de
COVID-19**

Recebido: 24/06/2020 | Revisado: 01/07/2020 | Aceito: 03/07/2020 | Publicado: 16/07/2020

Lucia Teresa Côrtes da Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3272-3911>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luteco61@gmail.com

Alexandre Barbosa de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4611-1200>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: alexbaroli@gmail.com

Resumo

O setor saúde no Brasil atravessa um momento extremamente crítico em função do enfrentamento da pandemia de COVID-19. No âmbito do Sistema Único de Saúde, ações de gestão reativa vêm sendo tomadas em caráter emergencial para resposta a esse complexo desastre biológico. Nesse sentido, objetivou-se analisar os desafios e as potenciais estratégias voltadas à organização emergencial do setor saúde para melhor resposta à pandemia de COVID-19, no contexto nacional. Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido por meio do método de análise documental, cujas fontes de evidência foram documentos técnico-científicos relacionados às ações de gestão de risco de emergências e desastres em saúde pública, as quais foram tratadas pela análise de conteúdo temático-categorial. Os resultados apontam que, em geral, os desafios enfrentados pelos gestores referem-se à necessidade de adoção de ações céleres e resolutivas. Para tanto foram apontadas quatro medidas estratégicas: 1) organização de salas de situação em saúde; 2) interação de agentes e setores para resposta de saúde à pandemia; 3) estruturação de planos de emergência; e 4) desenvolvimento de modelos assistenciais específicos. Concluiu-se que a compreensão e empreendimento dessas medidas, sob o ponto de vista da gestão de risco de emergências e desastres em saúde pública,

fazem-se urgentes, uma vez que a inobservância de tais medidas pode produzir sérios prejuízos à saúde humana, sobretudo para comunidades e grupos mais vulneráveis socialmente. As medidas destacadas podem ser úteis a gestores municipais e estaduais frente à pandemia de COVID-19, e a outras possíveis situações futuras de emergências e desastres biológicos.

Palavras-chave: Desastres; Infecções por Coronavírus; Sistema Único de Saúde; Gestão de riscos; Administração de serviços de saúde.

Abstract

The health sector in Brazil is going through an extremely critical moment due to the confrontation of the COVID-19 pandemic. Within the scope of the Health Unic System, reactive management actions have been taken on an emergency basis to respond to this complex biological disaster. In this sense, the objective was to analyze the challenges and potential strategies aimed at the emergency organization of the health sector to better respond to the COVID-19 pandemic, in the national context. This is an exploratory study, developed using the document analysis method, whose sources of evidence were technical-scientific documents related to public health emergency and disaster risk management actions, which were treated by thematic content analysis category. The results show that, in general, the challenges faced by managers refer to the need to adopt fast and resolute actions. To this end, four strategic measures were identified: 1) organization of health situation rooms; 2) interaction of agents and sectors for health response to the pandemic; 3) structuring of emergency plans; and 4) development of specific assistance models. It was concluded that the understanding and undertaking of these measures, from the point of view of risk management of emergencies and disasters in public health, are urgent, since the non-observance of such measures can produce serious damages to human health, especially for more socially vulnerable communities and groups. The highlighted measures may be useful to municipal and state managers in the face of the COVID-19 pandemic, and to other possible future situations of emergencies and biological disasters.

Keywords: Disasters; Coronavirus infections; Health Unic System; Risk management; Health services administration.

Resumen

El sector de la salud en Brasil atraviesa un momento extremadamente crítico debido a la confrontación de la pandemia de COVID-19. Dentro del alcance del Sistema Único de Salud,

se han tomado medidas de gestión reactiva de emergencia para responder a este complejo desastre biológico. En este sentido, el objetivo era analizar los desafíos y las estrategias potenciales dirigidas a la organización de emergencia del sector salud para responder mejor a la pandemia de COVID-19, en el contexto nacional. Este es un estudio exploratorio, desarrollado utilizando el método de análisis de documentos, cuyas fuentes de evidencia fueron documentos técnico-científicos relacionados con acciones de gestión de riesgos de desastres y emergencias de salud pública, que fueron tratados mediante análisis de contenido temático-categorial. Los resultados muestran que, en general, los desafíos que enfrentan los gerentes se refieren a la necesidad de adoptar acciones rápidas y resueltas. Con este fin, se identificaron cuatro medidas estratégicas: 1) organización de salas de situación de salud; 2) interacción de agentes y sectores para la respuesta de salud a la pandemia; 3) estructuración de planes de emergencia; y 4) desarrollo de modelos de asistencia específicos. Se concluyó que la comprensión y la implementación de estas medidas, desde el punto de vista de la gestión de riesgos de emergencias y desastres en salud pública, son urgentes, ya que el incumplimiento de tales medidas puede producir daños graves a la salud humana, especialmente para comunidades y grupos socialmente más vulnerables. Las medidas destacadas pueden ser útiles para los administradores municipales y estatales ante la pandemia de COVID-19, y para otras posibles situaciones futuras de emergencias y desastres biológicos.

Palabras clave: Desastres; Infecciones por Coronavirus; Sistema Único de Salud; Gestión de riesgos; Administración de los servicios de salud.

1. Introdução

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre a ocorrência de um surto de pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Posteriormente, as autoridades chinesas identificaram o agente causador, uma nova cepa de coronavírus, a SARS-CoV-2 (OPAS, 2020).

Já em 30 de janeiro de 2020, a OMS enquadrou o surto no seu mais alto nível de alerta, conforme prevê o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), declarando-a como uma ‘Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional’ (ESPII), isto é, um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças, e potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada e imediata (OPAS, 2020). Na mesma data, o Ministério da Saúde promulga o

texto revisado do RSI, reconhecendo-o como instrumento chave de proteção contra a propagação internacional de doenças (Brasil, 2020e).

Posteriormente, em 11 de março de 2020, a situação foi declarada como uma pandemia, em função da distribuição geográfica da doença causada pela SARS-CoV-2, a COVID-19, em vários países e regiões do mundo (OPAS, 2020).

Na Política Nacional de Vigilância em Saúde, ‘Emergência em Saúde Pública’ está definida como situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (Brasil, 2018). Ademais, neste estudo compreende-se a pandemia de COVID-19 também como um ‘desastre’, um evento que combina ameaça natural, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente capacidade de resposta (Narváez, Lavell & Ortega, 2009). Por meio da Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE) é possível tipificar a pandemia de COVID-19 como um desastre de origem natural, de tipologia biológica (Brasil, 2012).

A SARS-CoV-2 é uma das sete cepas de coronavírus até hoje identificadas. As infecções por ela causadas incluem quadros clínicos leves, mas também quadros com sintomas graves, inclusive evolução a óbito. Os sinais e sintomas mais comuns envolvem manifestações respiratórias, tais como: tosse e dispneia, além de cefaleia, perda de olfato e paladar, hemoptise, fadiga, dores musculares, calafrios, dor de garganta, diarreia e febre. Entre os sintomas preocupantes apontam-se dispneia persistente e intensa, taquicardia, cianose labial/facial, pele fria ou excessivamente pálida, rigidez no pescoço, palidez, desorientação, sonolência persistente, confusão mental, queda súbita, entre outros. Acredita-se que os sinais e sintomas podem aparecer de dois até 14 dias após a exposição (Tiana *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2020).

Até 22 de junho de 2020, a OMS confirmou 8.860.331 casos de COVID-19 e 467.740 mortes desta doença no mundo (WHO, 2020a). No Brasil, até a mesma data, registram-se 1.106.470 casos confirmados e 51.271 mortes (Brasil, 2020c). Contudo, no contexto nacional, há sérios e comprometedores indícios de subnotificação, o que tende a dificultar sobremaneira o diagnóstico situacional e a consequente adoção de medidas reativas efetivas de gestão de risco frente o avanço da pandemia.

Para o enfrentamento dessa situação, a rede de vigilância e atenção à saúde no país necessita estar preparada para a resposta emergencial em função do aumento do número de casos e, por conseguinte, das demandas para os estabelecimentos de saúde, da atenção básica à alta complexidade, a fim de maximizar a eficiência e eficácia dos atendimentos. Isso envolve medidas de segurança, prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à

saúde, em tempo oportuno, de forma qualificada e cooperativa (Brasil, 2014; Oliveira *et al.*, 2020).

Por certo, o Sistema Único de Saúde (SUS) está diante de um evento complexo e dinâmico, que carece de ordenação e assunção de medidas de gestão de risco de desastres (antes, durante e após a crise), que deve estar orientada pelas especificidades dos territórios e pela necessária discussão transversal, multidimensional, interdisciplinar e intersetorial.

Ademais, parte-se da premissa de que as emergências e desastres em saúde pública não são acontecimentos insólitos no país. Ao contrário, se tornaram banais ao ponto de, em algumas regiões e municípios, sua ocorrência ser tão repetitiva que parece fazer parte da vida comum dos cidadãos locais e, particularmente, da maioria de grupos empobrecidos. Em geral, os estudos epidemiológicos demonstram que os desastres de origem natural levam a danos superiores àqueles relacionados às guerras. Na realidade brasileira, a população das camadas sociais menos favorecidas é atingida mais intensamente pelos desastres, que acabam tendo como resultado a estagnação econômica, a redução da arrecadação dos impostos e o aumento do custo de vida, o que carece de atenção da comunidade científica em termos de serem desenvolvidos melhores padrões de resposta, conforme aponta o Marco de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030, do qual o Brasil é país signatário (Valêncio, 2014; UNDRR, 2015).

Diante do exposto, o presente estudo objetiva analisar os desafios e as potenciais estratégias voltadas à organização emergencial do setor saúde para melhor resposta à pandemia de COVID-19, no contexto nacional.

2. Metodologia

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, que foi desenvolvido no primeiro semestre de 2020 por meio do método de análise documental, com foco nos desafios e estratégias voltadas à organização do setor saúde frente à pandemia de COVID-19, especialmente no contexto nacional.

Neste estudo, o método de análise documental estruturou-se como uma operação que buscou representar o conteúdo de uma dada massa documental sob uma forma distinta da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência. Assim, buscou-se dar forma conveniente à informação disponível sobre o tema (Bardin, 2011).

Para tanto, as fontes de informação foram especialmente acessadas em repositórios institucionais da Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde (Brasil).

Após seleção, organização e leitura crítica, os dados advindos dessas fontes foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo temático-categorial. Esta técnica permitiu a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto, além de oportunizar a definição de categorias a partir dos elementos deduzíveis, donde foram considerados resultados significativos e servíveis para o tratamento do fenômeno considerado (Bardin, 2011). Já a discussão se deu à luz de estudos sobre gestão de risco de emergências e desastres em saúde pública (Narváez, Lavell & Ortega, 2009; Freitas, 2018; UNDRR, 2015).

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 3.653.634 (CAAE: 18207019.0.0000.5238).

3. Resultados e Discussão

Os elementos que emergiram das fontes de evidência documentais foram isolados e classificados por meio de quatro categorias: 1) organização de salas de situação em saúde; 2) interação de agentes e setores para resposta de saúde à pandemia; 3) estruturação de planos de emergência; e 4) desenvolvimento de modelos assistenciais específicos.

Organização de Salas de Situação em Saúde

No Brasil, as bases legais definem o direito à saúde como dever do Estado, o que está claramente garantido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Além disso, ressalta-se que é papel da Vigilância em Saúde a coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância nas situações de emergências em saúde pública (Brasil, 2013). A realização da coleta, consolidação e análise de dados permitem a difusão de informações, que possibilitam a instituição de medidas de prevenção e proteção à saúde, prevenindo e controlando riscos, agravos e doenças. Tais ações contribuem com a integralidade da atenção à saúde e com o desenvolvimento de diretrizes para o cuidado de forma conjunta e articulada, além da definição de estratégias ordenadoras dos fluxos da rede de atenção, priorização de territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, superação de desigualdades sociais e de saúde, bem como a equidade na atenção (Brasil, 2018; Souza *et al.*, 2019).

Com efeito, as construções em saúde precisam ser transversais e perscrutarem cada um dos condicionantes sociais e econômicos. Sem isso, a atenção se fragmenta e alcança uns cidadãos em detrimento de outros, fato comumente observado nas situações de emergências e desastres em saúde pública no país.

Portanto, a atenção e vigilância em saúde precisam trabalhar de forma sincronizada e ordenada, para que os dados e informações permitam potencializar a tomada de decisões, o que possibilitará otimizar as intervenções assistenciais necessárias à cada momento que o evento demandar.

O planejamento e preparação para a resposta a emergências e desastres fazem parte da gestão de risco de tais situações e exige um processo de desenvolvimento de ações antecipadas, que envolvam os diferentes setores e esferas de governo municipal, estadual e federal, assim como a sociedade organizada e as comunidades suscetíveis (Freitas, 2018; OPAS, 2010).

Ademais, a gestão de desastres, no contexto do risco continuado, está relacionada à gestão do novo, cujos cenários de risco se modificam, avolumam-se e se transformam continuamente, demandando, para tanto, ações corretivas, prospectivas, compensatórias e reativas (Narváez, Lavell & Ortega, 2009).

Desse modo, ao se realizar a gestão do risco no contexto de um desastre, pretende-se evitar o dano direto e indireto de um dado evento. Assim, no atual contexto da pandemia de COVID-19, o que deve ser objeto de intervenção é justamente o controle das suas formas graves de infecção, a pressão sobre o sistema de saúde, o aumento progressivo do número de óbitos, bem como a progressão e os desdobramentos do desastre em outros eventos, que também geram danos à população. Ao se organizar a rede de atenção à saúde, por exemplo, interfere-se não só na assistência propriamente dita aos pacientes com COVID-19, como também na assistência aos demais pacientes com outros agravos de saúde, que competem pelas mesmas portas de entrada do SUS.

Nessa linha de resposta ao desastre, registra-se a reação do Governo Federal com a publicação do Decreto n. 10.277, de 16 de março de 2020 (Brasil, 2020f), que instituiu o ‘Comitê de Crise’ para supervisão e monitoramento dos impactos da COVID-19. Por seu turno, o Ministério da Saúde (MS), através da edição dos boletins epidemiológicos, indicou a adoção de medidas não farmacológicas para a redução do contato social, com o intuito de reduzir e postergar a transmissão viral e de retardar o avanço da epidemia no país. Ao se adotar essas medidas, planejou-se achatar a curva epidemiológica de distribuição de casos e permitir a organização dos serviços de saúde, com o intuito de diminuir a demanda

desordenada às portas de entrada das emergências, organizar a atenção primária como o primeiro nível de resposta, e também evitar que outras doenças crônicas ou crônicas agudizadas fossem negligenciadas ao competirem com a COVID-19 (Brasil, 2020a).

Na sequência, o MS avaliou o risco do avanço nacional da doença como muito alto, e passou a fomentar a instituição de medidas de distanciamento social ampliado para as Unidades da Federação, orientando-as que as mantivessem até o provisionamento contingencial de recursos materiais e humanos para fazer frente à demanda (Brasil, 2020a).

Para enfrentamento desse tipo de situação, é preconizada pela OMS a criação do ‘Centro de Operações em Emergências em Saúde Pública’ (COESP). Trata-se de um lugar físico, onde são coordenadas as informações e os recursos apoiadores da gestão do incidente, de caráter temporal ou permanente. O COESP deve ser legalmente instituído, possuir assessoria jurídica e um comitê diretivo, desenvolver um plano de emergência com a indicação de outros órgãos, setores e instituições que trabalharão em conjunto, e ter uma estrutura organizacional/organograma de funcionamento, indicando quando e como cada órgão, setor ou instituição precisará ser envolvido e os responsáveis por cada um. A estrutura organizacional deve contar com um modelo de gestão de incidentes subdividido em níveis estratégico, operacional e tático, cada um exercendo funções essenciais de: gestão, operação, planejamento, logística e administração financeira com definição de fontes de custeio e orçamento (WHO, 2015).

Este local de decisão também pode ser chamado de ‘Comitê Operativo de Emergências Geral’ (COE-GERAL), de cunho multidisciplinar e multissetorial, agrupando setores não governamentais e governamentais das esferas federal, estadual e municipal, além de setores privados e empresas, e levantando informações diversas fundamentais à tomada de decisão que norteará a resposta (Freitas, 2018).

E, ainda, pode ser nominado como ‘Sala de Situação em Saúde’, espaço de inteligência de ampla e constante discussão, onde a informação em saúde é obtida de forma sistematizada e analisada com base técnico-científica por equipe técnica, o que permite conhecer a situação de saúde da população. A Sala de Situação em Saúde deve ser apoiada pelo acesso a dados críveis, que permitam visão integral e intersetorial do problema, com informações epidemiológicas, científicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e de recursos físicos e humanos, constituindo-se em um espaço de suporte e assessoria capaz de contribuir de forma bem sustentada para a tomada de decisões. Funciona apoiando a vigilância, permitindo planejar adequadamente a resposta de saúde em situações de emergências e desastres (OPAS, 2010; Oliveira *et al.*, 2020).

Independente do termo utilizado, já que ainda existem outros considerados nas bases documentais e literatura técnico-científica, os conceitos referidos tendem a se entrecruzar. Para suporte ao processo de gestão de risco é consenso a necessidade de organização dessa estrutura para direção estratégica e tomada contínua de decisões, que deverá buscar a adoção de ações voltadas à melhor forma possível de resposta e de recuperação pós-crise.

Interação de agentes e setores para resposta de saúde à pandemia

No mês de fevereiro de 2020, o MS estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) (Brasil, 2020d). O seu primeiro e grande desafio foi a articulação e interação de agentes e setores para a estruturação da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, com a participação dos serviços públicos e privados suplementares ao Sistema.

Da esfera federal às esferas estaduais e municipais, os desafios de operacionalização da resposta à pandemia são inúmeros e multifacetados, especialmente pelas dimensões continentais do país e níveis diferenciados de avanço da pandemia, acesso a estabelecimentos de saúde, disponibilidade de recursos tecnológicos, registros de vigilância, insumos e profissionais de saúde, além das questões de ordem social, política e cultural.

Em geral, as crises confrontam os desafios do campo teórico às necessidades práticas da sociedade. Se existem ainda muitos questionamentos sobre a gestão desse desastre biológico entre os cientistas, esses questionamentos são ainda mais agudos para os gestores públicos, que precisam enfrentar a crise propriamente dita e a sobreposição de riscos que ela envolve. Tal situação ainda é agravada pelas *fake news*, fenômeno contemporâneo extremamente sério e desafiador, especialmente neste contexto de avanço da COVID-19.

A pandemia demanda ações de todas as áreas das políticas públicas, e o resultado das ações desenvolvidas não depende apenas do quão efetivas são as ações, mas sobretudo da existência de uma coordenação governamental atuante. Além disso, o processo de resposta não envolve apenas os gestores públicos e o trabalho de planejamento, execução e alcance dos resultados esperados, mas também a percepção e ação por parte da população e empresas de como esses resultados devem e podem ser alcançados (Brasil, 2020b).

Em síntese, independente do modelo organizacional é imprescindível que a Sala de Situação em Saúde ou Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública seja um espaço integrador, articulador e resolutivo, onde tenham assento agentes que desenvolvam ações hierarquicamente organizadas e devidamente articuladas entre os diversos e plurais

entes públicos e privados. Para tanto há que se considerar o respeito aos níveis estratégicos de tomada de decisão e os limites operacionais de cada um deles, e que os gestores responsáveis por cada nível e ação tenham apoio contínuo das instituições e setores envolvidos, e que possuam as devidas habilidades e competências, inclusive de liderança, para que possam realizar, de forma eficaz e célere, o gerenciamento estratégico e a organização das prioridades da rede de atenção à saúde.

Tais ações devem ser enquadradas por meio do desenvolvimento de um plano de emergência, que dê conta das múltiplas e complexas demandas do dia a dia de resposta à pandemia de COVID-19, que um evento desta natureza e magnitude trás.

Estruturação de Planos de Emergência

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), do Ministério da Saúde, traz a recomendação de que as secretarias de saúde dos municípios, estados e governo federal, bem como os serviços de saúde pública ou privada, agências e empresas elaborem seus respectivos planos de contingência e medidas de gestão (Brasil, 2020b). A par da mesma linha utilizada na preparação e resposta mundial à pandemia, este Plano classifica a emergência em três níveis: alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública, conforme elencados no Quadro 1. Com isso, a descentralização da gestão permite a interação e a construção de planos específicos locais, que possam estar alinhados aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, mas também às demandas e características específicas dos diversos municípios e estados da Federação.

Quadro 1: Níveis e medidas de resposta à pandemia de COVID-19.

| Níveis de Resposta | | |
|---|----------------------------------|---|
| Alerta | Perigo iminente | Emergência em Saúde Pública |
| Não existem casos suspeitos. | Há confirmação de caso suspeito. | Há confirmação de transmissão local do primeiro caso de COVID-19. |
| Medidas de Resposta | | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Vigilância Epidemiológica;▪ Suporte Laboratorial;▪ Controle de Infecção;▪ Atenção à Saúde;▪ Assistência Farmacêutica;▪ Vigilância Sanitária, inclusive em pontos de entrada (portos, aeroportos e fronteiras);▪ Gestão. | | |
| Considerar: <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Transmissibilidade da doença;</i>▪ <i>Propagação geográfica;</i>▪ <i>Gravidade clínica da doença;</i>▪ <i>Vulnerabilidade da população;</i>▪ <i>Disponibilidade de medidas preventivas e corretivas;</i>▪ <i>Recomendações da OMS/OPAS e evidências científicas publicadas em periódicos reconhecidos.</i> | | |

Fonte: Adaptado de Brasil (2020b) e WHO (2020b).

A OMS orienta que os planos de emergência devem contemplar os seguintes objetivos: limitar a transmissão entre humanos; identificar, isolar e prestar assistência aos indivíduos infectados; identificar e reduzir a transmissão de fonte animal; abordar questões cruciais ainda desconhecidas sobre a gravidade clínica, extensão da transmissão e infecção, além de opções de tratamento; acelerar o desenvolvimento de diagnósticos, intervenções terapêuticas e vacinas; comunicar informações relativas aos riscos a todas as comunidades; combater a desinformação; e minimizar o impacto social e econômico através de parcerias multissetoriais (WHO, 2020c).

No Brasil, as limitações de cunho político-partidário (e seus efeitos de retardo de ações de gestão de risco positivas) vêm impactando sobremaneira na qualidade da resposta à pandemia. A desconfiança da população e os discursos precários produzidos sobre a pandemia tendem a impactar em como os cidadãos vêm percebendo o risco. Esse quadro é agravado especialmente porque as informações relevantes sobre a doença são ainda limitadas, e o conhecimento técnico-científico sobre a mesma está em processo de desenvolvimento. Além disso, as taxas de letalidade, mortalidade e transmissibilidade não são definitivas e estão

subestimadas ou superestimadas. Nesse sentido, a comunicação de risco é um elemento singular, complexo e desafiador a ser especialmente considerado nos planos de emergência.

Este e outros aspectos devem ser cuidadosamente considerados na construção e desenvolvimento desses planos, e pactuados entre cada um dos entes públicos e privados envolvidos, conforme é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Aspectos fundamentais dos Planos de Emergência.

| | |
|--|--|
| Acesso à Assistência | Mapeamento das unidades de saúde existentes no município/estado, e número de leitos disponíveis e necessários, para efeito de ampliação e regulação. |
| Recursos Humanos | Dimensionamento, captação/contratação, harmonização da remuneração, substituição, (re)distribuição inter-unidades, voluntariado, capacitação e educação continuada, proteção do trabalhador e interlocução com os órgãos de classe. |
| Serviços de Apoio Diagnóstico | Mapeamento da rede de serviços de apoio diagnóstico, capacidade instalada, quantitativo de exames, logística para coleta, processamento das amostras, tempo de resposta e disponibilidade de insumos. |
| Equipamentos e materiais para assistência à Saúde | Quantitativo, disponibilidade, qualidade, estímulo à produção de novas tecnologias, demanda, aquisição, apoio externo e desenvolvimento e validação de materiais similares em caso de desabastecimento. |
| Sistemas de Vigilância | Sistemas com monitoramento do agravo usando indicadores de incidência, mortalidade, letalidade, tendências, uso de modelos matemáticos, estimativa da demanda dos serviços de saúde, avaliação das medidas de mitigação (distanciamento social), análise de perfil sócio-demográfico e proteção das populações mais vulneráveis. |
| Comunicação de Risco | Gestão da informação, com otimização das redes de telefonia e dados, documentação das ações desenvolvidas, controle de rumores, assessoria técnico-científica na tomada de decisão e divulgação das ações das unidades aos gestores, usuários e população em geral. |
| Logística | Organização da cadeia de suprimentos, armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição, abastecimento (compras e doações). |
| Transporte | Organização da rede de transporte inter e pré-hospitalar, estimativa de quantitativo de viaturas, configuração, alocação, regulação, contratação e substituição. |
| Segurança | Suporte de segurança para os estabelecimentos de saúde e de produção de materiais e insumos, e estudo de emprego de forças policiais e forças armadas. |

Fonte: adaptação da nota técnica de Oliveira *et al* (2020).

Especificamente quanto à questão nevrálgica dos recursos humanos em saúde, os planejamentos dos governos e da iniciativa privada, de ampliação de leitos hospitalares para a resposta à pandemia, que necessitam de captação de pessoal para neles atuarem, tendem a buscar esses recursos nas mesmas fontes, que são limitadas e findas, principalmente em relação à pessoal especializado necessário ao funcionamento dos leitos de emergência e

terapia intensiva. Ademais, esses profissionais podem passar por situações de risco físico, psíquico e social, com número de adoecimento e mortes em curva ascendente, além dos quadros reportados de angústia e pânico, o que tem preocupado os gestores dos estabelecimentos de saúde pelos riscos também de colapso do próprio sistema de saúde. Soma-se a isso as longas jornadas de trabalho, os múltiplos vínculos empregatícios, e a incorporação de profissionais contratados em regime temporário, sem a devida competência e habilidade para assistência a pacientes de alta complexidade.

Uma preocupação extra, no caso da pandemia de COVID-19, refere-se aos problemas de abastecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e sua produção, dispensação e utilização adequada, não só para a proteção do trabalhador de saúde ou de apoio, como também em relação à segurança do paciente, e à provável ocorrência de surtos nosocomiais. Assim, é necessário não só fazer constar no Plano de Emergência os tipos de EPI adequados a cada nível de exposição, como também a possibilidade futura de readequação diante da escassez ou desabastecimento. Para ambas as situações é imprescindível que fique clara a fonte técnico-científica, bem como os critérios de validação a aprovação dos EPI. A discordância entre diretrizes, como aquelas emitidas por organizações e aquelas orientadas a nível hospitalar, tem sido uma das principais fontes de ponderação entre os profissionais de saúde, o que tende a gerar efeitos negativos de desconfiança em relação a orientações futuras.

A reserva técnica de suprimentos e equipamentos e os investimentos inteligentes orientados por tecnologias são pontos-chave no enfrentamento de desastres. Experiências passadas apontam que sistemas de reserva emergencial são cruciais para um melhor padrão de resposta, especialmente no que diz respeito à atenção à saúde. Estudos de caso internacionais de resposta a tais situações vêm demonstrando a necessidade de se aprimorar esses sistemas de reserva, como também de se desenvolver tecnologias e modelos inovadores de governança viáveis do setor saúde, que impactam sobremaneira no sucesso das ações (Wang, Zhang & He, 2020).

Todos esses elementos reportados devem estar sistematicamente previstos no corpo do Plano de Emergência, que é um documento norteador e estruturante da organização da gestão da própria crise, o qual deve trazer relevantes considerações sobre a abordagem dos riscos, vulnerabilidades e capacidade de resposta do setor saúde.

Desenvolvimento de modelos assistenciais específicos

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolva quando clínico leve ou sem complicações, aproximadamente 14% desenvolve quadro grave e vão requerer hospitalização e suporte de oxigênio; e, destes, cerca de 5% vão necessitar de internação em unidade de terapia intensiva. Em geral, os casos graves podem evoluir para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse, choque séptico, lesão cardíaca, insuficiência renal, incluindo lesão renal aguda. Soma-se o fato que a idade avançada e as comorbidades agregam maior risco de evolução para óbitos (WHO, 2020d). Contudo, os casos leves e moderados precisam ser adequadamente manejados, o que determina a observância de modelos assistenciais condizentes com as demandas impostas pelo avanço da pandemia em diversos municípios do país.

Com efeito, as estratégias voltadas à atenção à saúde para enfrentamento da pandemia de COVID-19 envolvem a compreensão da operacionalização e capilaridade do SUS em todo o território nacional, e a necessidade de estabelecimento de modelos assistenciais que dêem conta do atendimento à população em todos os locais, e considerando todos os níveis de complexidade determinados pela evolução da pandemia de COVID-19.

Isso envolve medidas para a (re)organização de: visitas domiciliares; triagem; vigilância; teleconsultas; atendimento em estabelecimentos de saúde, especialmente de atenção básica, emergência e alta complexidade; acompanhamento de casos suspeitos e confirmados; transferência, evacuação e transporte de pacientes; atenção psicossocial; gestão de morgue e manejo de cadáveres. Para o desenvolvimento de tais medidas há que se considerar políticas, procedimentos, recursos e insumos estratégicos, bem como o estabelecimento de fluxos assistenciais e estratégias de atendimento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, especialmente de grupos e comunidades vulneráveis.

Para a ordenação da atenção à saúde, tem papel preponderante a Atenção Primária à Saúde (APS), que envolve ampla participação social e faz-se de maneira interligada às redes secundárias e terciárias de serviços. É potencialmente capaz de promover atenção integral e responder de forma equânime às necessidades de saúde, por meio da promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população, inclusive nas situações de emergências e desastres (Fernandes *et al.*, 2019).

Para organização da assistência, em um país plural em termos de cenários e contextos, marcados por diferenças sócio-econômicas, culturais e necessidades de saúde específicas, se faz necessária a organização em rede no âmbito do SUS, com o intuito de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas diversas regiões do país (Brasil, 2010; OPAS, 2010). Dentre todas as ferramentas necessárias à rede de atenção, a Regulação tem papel fundamental para integrar a rede em seus fluxos assistenciais, através do acompanhamento propriamente dito do acesso à assistência, que tem por finalidade organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais do SUS (Brasil, 2008).

Tais elementos precisam ser considerados para o funcionamento da rede de atenção à saúde, os quais devem estar elencados nos planos de emergência e pactuados no Centro de Operações ou Sala de Situação em Saúde (Brasil, 2010). Ademais, cada ponto de assistência precisa estar listado nos planos, com suas referências e contra-referências pactuadas, alinhadas, reguladas e com transporte assegurado entre elas.

Nesse sentido, um aspecto fundamental da organização lógica do setor saúde é o modelo assistencial instituído para o enfrentamento da pandemia, o qual deve estar estruturado de modo humanizado, solidário e resolutivo, com abrangência equilibrada em todos os pontos de atenção, buscando privilegiar os cidadãos que os demandam, de acordo com seus riscos e com as desigualdades em saúde. Isso envolve a construção emergencial de uma agenda comum entre gestores, cidadãos, movimentos sociais e pesquisadores ligados ao setor saúde para, juntos, estruturarem modelos que minorem a desigualdade no acesso, a inadequação dos serviços às necessidades, a qualidade insatisfatória dos mesmos e a inobservância do princípio da integralidade (Mendes, 2011).

Em suma, as estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de COVID-19, nas diferentes esferas de governo (municipal, estadual e federal), precisam considerar as especificidades locais e a gestão com as pessoas considerando suas habilidades e competências. Isso envolve a estruturação de planos de emergências plausíveis, claros e transparentes, que apontem ações exequíveis e envolvam cada uma das unidades assistenciais nominadas e interligadas a outras em nível de complexidade maior ou menor, com a referência entre elas bem definida. Desse modo, importa o planejamento de ações a curto, médio e longo prazo, para se prevenir o agravamento da crise a partir da consideração de boas práticas de gestão de risco, o que deve ser desenvolvido em alinhamento a uma análise coerente de indicadores e evidências científicas, que evitem o desperdício de dinheiro público. Planos gerais, não pactuados, sem adequada governança e matrizes de responsabilidades bem definidas, e ações no gerúndio, não levam a resultados eficazes...

4. Considerações Finais

São diversas e complexas as ações necessárias à resposta para redução dos riscos e impactos de um desastre ou emergência em saúde pública sobre uma dada sociedade. No decorrer do tempo, muitas foram as lições aprendidas sobre a definição de ações mais resolutivas para o enfrentamento de tais situações. O acúmulo de capital científico nesse campo permite-nos, hoje, algum apoio para que sejam delineadas ações estratégicas indispensáveis ao enfrentamento da atual pandemia de COVID-19.

O entendimento da necessidade de articulação e interlocução dos entes públicos, a nomeação de agentes responsáveis por cada ação desenvolvida, e a consideração de que a resposta do setor saúde não se faz sozinha e sem envolvimento de outros setores nos dão, com bastante clareza, a dimensão transversal, multidimensional, interdisciplinar e intersetorial da gestão das emergências e desastres.

Todas as ações precisam ser planejadas dentro de um ambiente democrático, procurando sempre buscar meios de torná-las possíveis tanto na percepção de quem as executam quanto naquela de quem as recebe. De tal maneira, a construção de planos de emergência deve estar sempre norteada por sua exequibilidade e pautada por matrizes de responsabilidades claras, coerentes e concisas. Isso tende a permitir que o plano em si desloque-se do papel para o espaço concreto das ações e soluções, por meio de resultados e metas possíveis de serem alcançadas.

Cada um dos prestadores de serviços do SUS de determinado território, com seus distintos níveis assistenciais, desde a atenção primária até aquela de mais alta complexidade, devem reportar-se a um determinado, acordado e único ente regulador, o que evita intervenções assistenciais isoladas, as quais fragmentam e fragilizam a assistência e o próprio princípio da universalidade do SUS.

A adoção das quatro medidas recomendadas neste estudo: organização de salas de situação em saúde, interação de agentes e setores para resposta de saúde à pandemia, estruturação de planos de emergência e desenvolvimento de modelos assistenciais específicos devem ser contempladas e discutidas com a profundidade que a situação de crise exige, em um só espaço e linhas de comando e controle bem definidas. Planejar e personificar ações envolve indivíduos e instituições, desnuda as dificuldades e entraves, socializa os problemas, e permite contribuições diversificadas para a busca de soluções plausíveis, com vistas a se prestar uma assistência mais resolutiva ao maior número possível de cidadãos, com melhor

qualidade e segurança, considerando obviamente o contexto e os limites sociais e os jogos políticos que são impostos aos gestores.

As potenciais limitações deste estudo dizem respeito ao próprio método de análise documental, uma vez que o mesmo possui ainda poucos aparatos para validação de seu rigor. Contudo, esse aspecto foi contornado por meio da eleição de fontes de informação de autores e organizações reconhecidas em relação à abordagem do tema. Enfim, espera-se que os apontamentos levantados por este artigo possam ser úteis para o desenvolvimento de novos estudos e potenciais estratégias de preparação do setor saúde e de gestão de risco de emergências e desastres em saúde pública.

Referências

Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Brasil, Ministério da Integração Nacional, Secretaria Nacional de Defesa Civil. (2012). *Instrução Normativa nº 001, de 24 de agosto de 2012*. Brasília: MIN. Disponível em: http://www.editoramagister.com/doc_23667061_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_1_DE_24_DE_AGOSTO_DE_2012.aspx

Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2018). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: MS. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Reso588.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. (2020a). *Boletins Epidemiológicos*. Brasília: MS. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COE-COVID-19. (2020b). *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Brasília: MS; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. (2014). *Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública*. Brasília: MS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2020c). *Coronavírus Brasil: Painel Geral Coronavírus*. Brasília: MS. Acesso em 22 junho 2020, em <https://covid.saude.gov.br/>

Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013*. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2020d). *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). Brasília: MS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (2020e). *Decreto Legislativo nº 395, de 13 de março de 2020*. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional. Brasília: Secretaria Geral. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm

Brasil. (2020f). *Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020*. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Brasília: Secretaria Geral. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm

Fernandes, G. C. M., Treich, R. S., Costa, M. F. B. N. A., Oliveira, A. B., Kempfer, S. S., & Abeldaño, R. A. (2019). Atenção Primária em situação de desastres: revisão sistemática. *Panam Salud Publica*, (43), 1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6733306/>.

Freitas, C. M. (2018). *Guia de preparação e resposta do setor saúde aos desastres*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/adbf1fb1bd20e237ab67233e3f0a4cfe67a267c.PDF>

Liu, K., Fang, Y. Y., Deng, Y., Liu, W., Wang, M. F., Ma, J. P., Xiao, W., Wang, Y. N., Zhong, M. H., Li, C. H., Li, G. C., & Liu, G. (2020). Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chin Med J*, 133(9), 1025-1031. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147277/>

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: OPAS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Narváez, L., Lavell, A., & Ortega, G.P. (2009). *La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos*. Lima: Comunidad andina. Disponível em: http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/procesos_ok.pdf

Oliveira, A. B., Freitas, C. M., Barcellos, C., Vater, M. C., Fehn, A. C., Silveira, L. T. C., Poz, M. R. D., Galliez, R. M. & Medronho, R. A. (2020). *Organização emergencial da rede de atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro para enfrentamento da pandemia do novo*

coronavírus (COVID-19). Rio de Janeiro: UFRJ; UERJ; Fiocruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40790>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2010). *Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Brasília: OPAS, MS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=958-salas-situacao-em-saude-compartilhando-as-experiencias-do-brasil-8&Itemid=965

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*: atualizada em 19/06/2020. Acesso em 19 junho 2020, em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

Souza, L. E. P. F., Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N., Machado, C. V., Campos, G. W., & Azevedo-e-Silva, G. (2019). The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, 24(8), 2783-2792. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Tiana, S., Hu, N., Lou, J., Chen, K., Kang, X., Xiang, Z., Chen, H., Wang, D., Liu, N., Liu, D., Chen, G., Zhang, Y., Li, D., Li, J., Lian, H., Niu, S., & Zhang, L. (2020). Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *J. Infect*, 80, 401-06. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102527/pdf/main.pdf>

United Nations Office For Disaster Risk Reduction (UNDRR). (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Genebra: UNDRR. Disponível em: <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>

Valencio, N. (2014). Desastre como prática sociopolítica de solapamento da segurança humana. In: Carmo, R.; Valencio, N. (org.). *Segurança humana no contexto dos desastres*. São Carlos: RiMa, 15-44. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/segurancahumana/segurancahumana.pdf>

Wang, X., Zhang, X., He, J. (2020). Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *BioSci. Trends.*, 14(1), 3-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062645/>

World Health Organization. (2015). *Framework for a Public Health Emergency Operations Centre*. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/ihr/publications/9789241565134_eng/en/

World Health Organization. (2020a). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard - Data last updated: 2020/6/22, 3:50pm CEST*. Acesso em 22 jun 2020, em <https://covid19.who.int/>

World Health Organization. (2020b). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Interim guidance*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>

World Health Organization. (2020c). *2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

World Health Organization. (2020d). *Clinical management of COVID-19*. Geneva: WHO. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Lucia Teresa Côrtes da Silveira – 60%

Alexandre Barbosa de Oliveira – 40%