

Parte III - Estratégias de enfrentamento e vigilância
18. Gestão de riscos no primeiro mês de enfrentamento da
pandemia de Covid-19 no Brasil

Isadora Vida de Mefano e Silva
Natália da Cunha Cidade

Carlos Machado de Freitas
Mariano Andrade da Silva

Maria Cristina Mitsuko Peres

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, I. V. M., FREITAS, C. M., CIDADE, N. C., SILVA, M. A., and PERES, M. C. M. Gestão de riscos no primeiro mês de enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. In: FREITAS, C. M., BARCELLOS, C., and VILLELA, D. A. M., eds. *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2021, pp. 303-319. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-049-8. <https://doi.org/10.7476/9786557081211.0019>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Gestão de Riscos no Primeiro Mês de Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Brasil

Isadora Vida de Mefano e Silva, Carlos Machado de Freitas, Natália da Cunha Cidade, Mariano Andrade da Silva e Maria Cristina Mitsuko Peres

Apresentamos aqui um desdobramento do relatório técnico “Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês” (Freitas *et al.*, 2020), que teve sua elaboração iniciada exatamente no contexto em que foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia global, em 11 de março de 2020, e aprovado pelo Congresso Nacional o reconhecimento do estado de calamidade pública em 18 de março. O referido relatório foi publicado no dia 12 de maio.

No intervalo de oito semanas, entre o início da produção do relatório (semana epidemiológica 13) e sua conclusão (semana epidemiológica 20), os números de casos e de óbitos passaram de 2.775 e 96, para 77.203 e 5.006, respectivamente. Ou seja, houve um crescimento de cerca de 28 vezes no número de casos e de 52 vezes no de óbitos. Nesse período também assistimos a um grande crescimento dos números na pandemia em países da Europa, nas situações dramáticas vivenciadas na Itália, na Espanha e no Reino Unido, seguidas de debates e da implementação de medidas para contenção e organização dos serviços de saúde.

No Brasil, os primeiros decretos estaduais relativos ao enfrentamento da Covid-19 começaram a ser publicados em 13 de março de 2020. Aqui, sistematizamos e analisamos os decretos e diretrizes publicados nas 27 unidades da federação (UFs) no primeiro mês de enfrentamento da pandemia, com o objetivo de contribuir para uma gestão de riscos ativa e prospectiva em relação às respostas aos desastres e emergências em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PANDEMIA COMO DESASTRE E ENFRENTAMENTO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES

Desde a década de 90 do século XX tem havido importantes movimentos no âmbito da comunidade científica e dos organismos internacionais para a redução de desastres e de emergências em saúde. Esses movimentos foram resultando na convergência cada vez maior entre os temas relacionados aos desastres com origens em ameaças/perigos de origem natural e/ou tecnológica e aqueles atinentes às emergências em saúde pública (ESPs) com origens em ameaças/perigos de origem biológica.

Foi neste contexto que a OMS publicou, no final de 2019, o documento “Estrutura de gestão de risco de desastres e emergências em saúde” (WHO, 2019). Esse documento tem como referência importante o Marco de Sendai para Redução de Risco de Desastres (UNDRR, 2015), que junto com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e o Acordo de Paris constituem os marcos de referência do pós-2015 e têm como foco políticas, medidas e ações para reduzir as situações de crises, sejam elas de origem climática, humanitária, de desastres ou ESPs.

Particularmente o Marco de Sendai, em 2015, e o documento da OMS, em 2019, refletem uma mudança de perspectiva, procurando priorizar uma gestão de riscos mais ativa, preventiva e prospectiva e menos reativa e focada na redução dos impactos e dos danos com estratégias que priorizam a resposta. A convergência das agendas relacionadas aos desastres e às ESPs combina a multiplicidade de processos, desde a prevenção de riscos de desastres e ESPs até os que envolvem a preparação, o alerta precoce, as respostas e os processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde (Freitas *et al.*, 2019).

É na convergência dessas agendas que procuramos abordar a pandemia por Covid-19 no marco conceitual dos desastres, mediante a compreensão de algumas características fundamentais. Primeiro, esta pandemia combina quatro elementos importantes: 1) um novo vírus, Sars-Cov-2, como uma ameaça; 2) a exposição da população em diferentes situações de vida e trabalho a um novo vírus; 3) as condições de vulnerabilidade de determinados grupos sociais por idade (idosos), por comorbidades (diabéticos, hipertensos, com insuficiência cardíaca, renal ou doença respiratória crônica) ou por precariedade das condições de vida e proteção social (trabalho, renda, saúde e educação, habitação e saneamento, entre outros) afetando principalmente os mais pobres; 4) capacidades para respostas e redução dos riscos e danos à saúde da população, o que envolve, entre outros aspectos, a infraestrutura de saúde. Em segundo lugar, combina impactos sociais, econômicos, sanitários e políticos

que alteram a rotina de uma sociedade ou mesmo crises, como também sobrepõem as capacidades de resposta, incluindo as dos sistemas de saúde, dos municípios, estados ou países afetados (Freitas, Silva & Cidade, 2020).

A gestão de riscos de desastres abrange um conjunto de etapas e processos interligados, como prevenção e mitigação, preparação e resposta, reabilitação, recuperação e reconstrução, com medidas combinadas para cada um dos elementos que compõem o desastre. Isso significa que, além de focalizar a gestão reativa, que caracteriza a fase de manejo da resposta, a gestão de riscos deve se combinar com uma gestão corretiva dos problemas conjunturais e estruturais e prospectiva dos riscos, o que envolve o conjunto de medidas e ações que antecipem e previnam a construção de novos fatores de risco para o enfrentamento de ESPs futuras (Freitas *et al.*, 2019).

Assim, na impossibilidade de eliminar uma ameaça como o vírus Sars-Cov-2 e até que se tenha a imunidade coletiva por meio de uma vacina, devem ser combinadas medidas: 1) para reduzir a exposição (medidas de distanciamento físico e social) para todos, principalmente os grupos populacionais vulneráveis por idade ou doenças crônicas; 2) para reduzir as condições de vulnerabilidade social das populações com condições de vida e trabalho mais precárias e sem acesso à proteção social; 3) para fortalecer as capacidades de respostas e de redução dos riscos dentro do setor Saúde – desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a atenção hospitalar –, assim como das capacidades de detecção e vigilância em saúde, e fora do setor Saúde (ver Quadro 1). Essas combinações envolvem as medidas relacionadas com a gestão corretiva (redução dos riscos já existentes), as de gestão prospectiva dos riscos (redução dos riscos futuros) e as de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, um dos grandes desafios da gestão de riscos é fazer com que um conjunto de ações de enfrentamento da emergência seja implementado de forma coordenada e articulada, intersetorial e considerando as etapas e processos fundamentais, rompendo a lógica setorializada de atuação e promovendo uma articulação horizontal entre os diferentes setores e atores sociais envolvidos. Isso significa que as medidas adotadas no manejo da resposta a uma pandemia ou desastre devem implicar não só ações para cessar a exposição ao vírus e, por conseguinte, reduzir os riscos imediatos, mas também a capacidade de reduzir os riscos de futuras pandemias e desastres, que se encontram relacionados aos processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde no pós-pandemia. Nessa perspectiva, compreender as primeiras medidas adotadas é fundamental para compreender o alcance e os limites da forma de enfrentamento adotada.

MÉTODO

Realizamos um levantamento de medidas legais, em nível estadual, que foram publicadas em decretos entre o dia 26 de fevereiro de 2020, quando foi confirmado o primeiro caso da Covid-19 no Brasil, no estado de São Paulo, e o dia 26 de março de 2020.

O levantamento foi realizado na plataforma Legisweb, tendo como palavra-chave de busca “Covid-19”. Para análise e sistematização das medidas legais foi elaborada uma ficha que continha o código referente ao instrumento específico (decreto); o objeto do instrumento; a temporalidade da vigência do instrumento; as medidas gerais identificadas (envolvendo diversos setores) e as adotadas para o setor Saúde.

Após a leitura e fichamento dos decretos, elaboramos um quadro para sistematização de todas as medidas identificadas utilizando duas categorias analíticas: “medidas gerais” e “medidas do setor saúde”. No Quadro I apresentamos subcategorias utilizadas visando a maior detalhamento na análise. Estas categorias serviram de referência para organizar, sistematizar e analisar as medidas legais nas UF's e apresentar os resultados.

Quadro I – Categorias e descrição das medidas

Categoria de medida	Descrição das medidas
MEDIDAS GERAIS	
Coordenação	Medidas multissetoriais, envolvendo setores governamentais (níveis federal, estadual e municipal) e não governamentais, além de setores privados. Implicam atores que atuem na gestão da emergência, tendo como base o monitoramento e o planejamento das ações necessárias a uma resposta efetiva e oportuna.
Distanciamento social	Medidas tomadas para reduzir o risco de contágio, particularmente para os grupos de alto risco, a fim de reduzir a transmissão e, assim, diminuir a pressão sobre o sistema de saúde.
Informação e comunicação	Medidas que garantam o direito à informação e à comunicação das populações expostas. Englobam medidas que garantam o intercâmbio necessário de informações para tomada de decisão e gestão da emergência.
Controle e limite de fronteiras	Medidas visando a reduzir a transmissão fronteiriça de um município, estado ou país, por meio da restrição da entrada por vias aéreas, terrestres e marítimas.
Higiene coletiva	Medidas de cunho coletivo e individual que propiciem a higiene individual e coletiva de pessoas, transportes e ambientes.
Controle de produtos no mercado	Medidas para controle de preços e de venda de produtos no mercado.
Segurança pública	Medidas de garantia da ordem pública durante o período da pandemia.

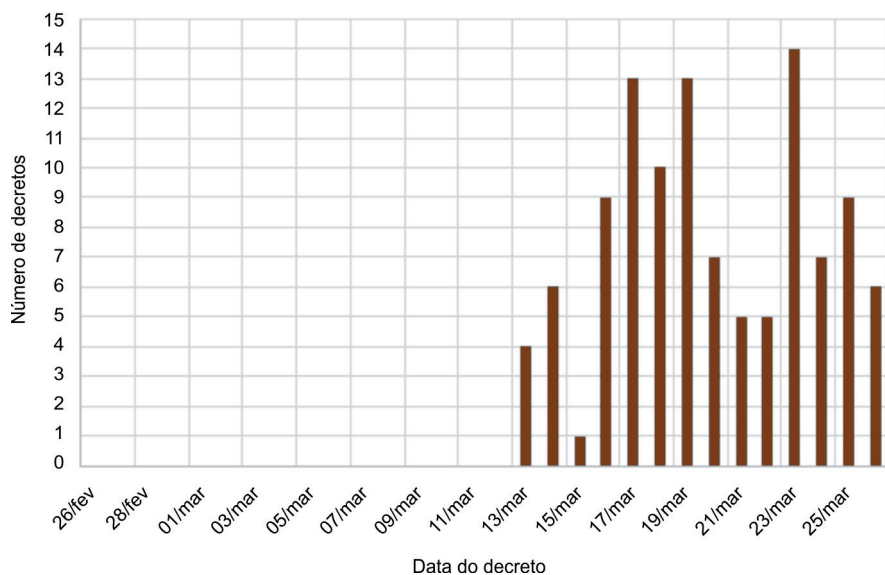
Quadro I – Categorias e descrição das medidas (continuação)

Categoria de medida	Descrição das medidas
MEDIDAS DO SETOR SAÚDE	
Coordenação	Medidas que envolvem atores do setor Saúde que atuem na gestão da emergência, tendo como base o monitoramento e o planejamento das ações necessárias a uma resposta efetiva e oportuna.
Atenção Primária à Saúde (APS)	Medidas relacionadas aos fluxos de atendimento da APS para garantia de manutenção da assistência de saúde nas unidades básicas de Saúde de maneira a assegurar acompanhamento, monitoramento e vigilância da população coberta pela rede de atenção.
Atenção hospitalar, urgência e emergência	Medidas relacionadas à organização da assistência em saúde, garantindo a realização de procedimentos essenciais e manutenção dos fluxos na rede de serviços hospitalar e diretrizes específicas para redução dos riscos relacionados à infecção nas instituições hospitalares.
Vigilância em saúde	Medidas e ações de monitoramento e vigilância, prevenção e controle da Covid-19 relacionadas ao manejo da resposta.
Informação e comunicação	Medidas e estratégias de produção e divulgação regular de informações sobre evolução e quadro atual da emergência em saúde pública, bem como desenvolvimento de estratégias de comunicação para a população e com os demais setores da sociedade.
Manejo de cadáver	Medidas específicas para atender à demanda e restringir o risco de transmissão da doença após o óbito.

ANÁLISE DAS MEDIDAS IDENTIFICADAS NOS DECRETOS

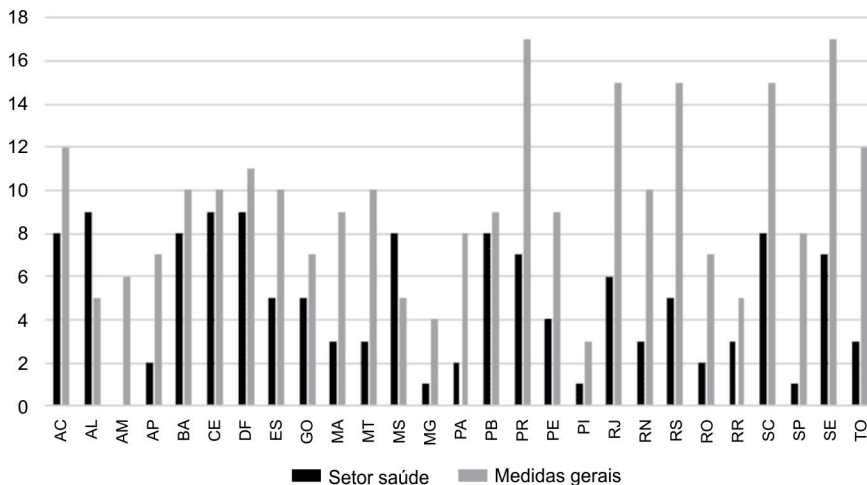
Os decretos analisados têm o objetivo de estabelecer normas para o funcionamento das atividades cotidianas e institucionais da sociedade no nível de gestão estadual, no contexto específico do enfrentamento da pandemia por Covid-19. Entre o dia 26 de fevereiro, quando houve o primeiro caso confirmado no Brasil, e o dia 13 de março, nenhum decreto ou lei foi publicado. Entre os dias 13 e 26 de março foram publicados 111 decretos (ver Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução temporal dos decretos: número de decretos relacionados ao enfrentamento da Covid-19 por unidades da federação, por dia – 26 fev. a 26 mar. 2020



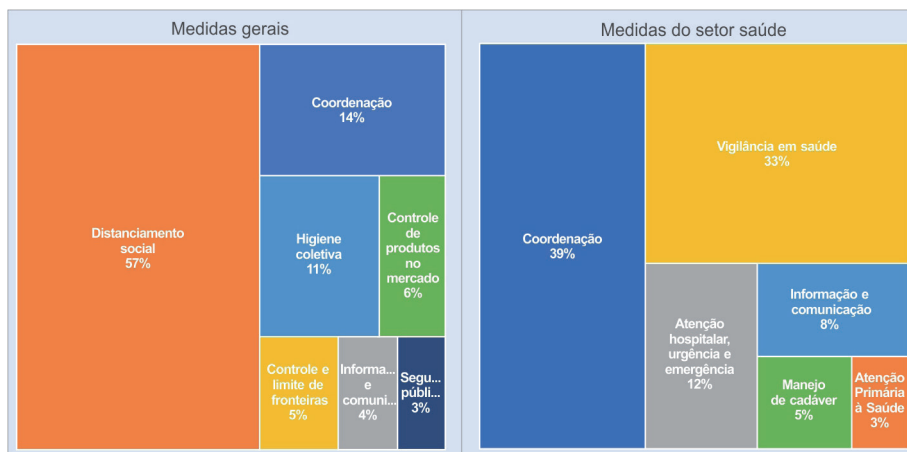
O Gráfico 2 demonstra o número total dessas medidas adotadas por UF. Na categoria “Medidas do setor Saúde”, destacamos os estados de Alagoas e Ceará e o Distrito Federal no tocante ao número de medidas adotadas, ao passo que os estados do Amazonas, Minas Gerais, Piauí e São Paulo destacam-se pela reduzida publicação de medida específicas desta categoria. Na categoria “Medidas gerais”, de competência de outros setores de igual importância para a gestão do evento, como Segurança Pública, Educação, Água e Saneamento, destacamos os estados de Sergipe, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná, embora tenha havido publicações em todas as UFs.

Gráfico 2 – Distribuição geográfica dos decretos e seleção por grupo de medidas (setor Saúde e medidas gerais): total de medidas adotadas por unidade da federação – 26 fev. a 26 mar. 2020



No Gráfico 3, apresentamos o conjunto de medidas levantadas.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das medidas de enfrentamento da emergência sanitária adotadas pelos estados – 26 fev. a 26 mar. 2020



Na categoria “Medidas gerais”, destacamos a subcategoria “Distanciamento social”, que apresenta notória proporção majoritária (57%) entre as medidas desta categoria adotadas. Medidas de distanciamento social são parte do conjunto de medidas não farmacológicas para reduzir situações que favoreçam a ampliação da cadeia de transmissão. Nessa categoria foram identificadas medidas de proibição de eventos públicos; proibição da permanência de pessoas em espaços públicos de uso coletivo e ambientes educacionais; fechamento ou modificação da rotina de empreendimentos públicos e privados de caráter não essencial; proibição ou modificações da rotina do transporte coletivo urbano municipal, intermunicipal e interestadual de passageiros; suspensão ou reorganização de atividades da administração pública; continuidade de prestação de serviços públicos e privados essenciais; restrição no sistema carcerário; e suspensão do recadastramento e prova de vida para aposentados, pensionistas e militares inativos.

As medidas de “Coordenação” (14%) apresentaram-se como a segunda subcategoria mais expressiva dentre as estratégias adotadas. Essa categoria se destinou a reduzir a complexidade da gestão e aprimorar a necessária estrutura de ação e comando envolvendo gestores, empregadores e/ou líderes comunitários para proteger a população. Tais ações asseguram que as medidas implementadas sejam geridas de forma que haja coordenação das ações necessárias e que seja assegurada a participação da sociedade civil e de outros setores governamentais relevantes no processo.

Nessa categoria “Medidas gerais” também destacamos aquelas de “Informação e comunicação”, “Controle de fronteiras”, “Higiene coletiva” e “Controle de produtos e mercado”, que somadas representaram 29% das estratégias de gestão e enfrentamento da pandemia. Tais medidas, de alcance individual, ambiental e comunitário, visam a reduzir o risco de interiorização da doença, evitando que a cadeia de transmissão se espalhe para locais com pouca capacidade de resposta e reduzida infraestrutura hospitalar instalada, os quais se encontram, em sua maioria, concentrados nas regiões metropolitanas.

O controle fronteiriço nos diversos modais de transporte, medidas para garantia da higiene individual em espaços públicos, garantia da higiene e controle de circulação em ambientes públicos, medidas que garantam a higiene pessoal e controle dos preços de produtos e serviços compõem o conjunto de medidas não farmacológicas adotadas para mitigar as fragilidades da estrutura social, que não se restringem à dimensão biomédica.

No Gráfico 3, no conjunto das medidas do setor Saúde, as categorias “Coordenação” e “Vigilância em saúde”, quando somadas, respondem por 72% das medidas. Guiado por princípios finalísticos e estratégicos presentes no SUS, o processo de coordenação

na gestão do enfrentamento da pandemia deve fazer parte de políticas que conectem a ampliação do quadro de profissionais da saúde, gestores e serviços complementares capacitados; medidas financeiras e contratuais para melhor equipar o sistema de saúde; medidas para criação/atualização de comitês especiais e medidas para garantir tratamento universal, integral e equânime durante esse o enfrentamento.

Na categoria “Vigilância em saúde” destacamos medidas específicas de contenção e supressão da cadeia de transmissão do vírus; algumas medidas voltadas para o ideal da imunização em massa; medidas que assegurem a ampliação, capacitação e habilitação de laboratórios da rede e expansão da cobertura de monitoramento e vigilância; definição de fluxo de informação ao enfrentamento da pandemia; e normas de regulação do emprego da força policial sanitária, quando necessário. O restante das medidas do setor Saúde, que respondem por 28% do total, é representado pelas subcategorias “Atenção hospitalar, urgência e emergência” (12%), “Informação e comunicação” (8%), “Manejo de cadáver” (5%), e “Atenção primária” (3%). Apesar de se apresentarem de modo pouco expressivo na gestão das UFs, tais categorias se traduzem em ações complementares de estratégias fundamentais já inseridas nos territórios de saúde.

DISCUTINDO AS MEDIDAS ADOTADAS NUM PAÍS DESIGUAL COMO O BRASIL

Propomos, aqui, que a pandemia de Covid-19 seja compreendida como um desastre – por envolver uma ameaça, população exposta e condições de vulnerabilidade que modificam os níveis de exposição de cada grupo populacional – e que são necessárias capacidades de resposta que alcancem o nível de complexidade e a magnitude dos desafios postos por esta emergência sanitária. Se assim considerada, cabe pensar a gestão do seu enfrentamento com o arcabouço da gestão de risco de desastres e, portanto, direcionar medidas e estratégias específicas para cada um dos elementos que a compõem como desastre, em um processo de etapas interligadas que combinem correção dos problemas conjunturais e estruturais e prospecção dos riscos.

Em relação à ameaça, que neste caso está associada ao vírus Sars-CoV-2, apesar dos extraordinários esforços da comunidade científica em todo o mundo, nenhum tratamento específico além das vacinas foi aprovado. O desenvolvimento de novos medicamentos é um processo complexo e seus resultados levam tempo para aparecer. Um longo caminho foi percorrido na busca do reposicionamento de fármacos para a Covid-19. Após meses de testes em meio a muitas controvérsias, a realidade mostrou que a chance de se encontrar algum antiviral específico no espaço químico ocupado pelos fármacos aprovados é baixa ou nula (Ferreira & Andricopulo, 2020). Dessa forma, na impossibilidade de eliminar uma ameaça como o vírus Sars-Cov-2 e até que se tenha

a imunidade coletiva por meio de uma vacina, medidas não farmacológicas devem ser implementadas na tentativa de reduzir a exposição e a vulnerabilidade, além de aprimorar e fortalecer a capacidade de resposta no enfrentamento da pandemia.

Uma das estratégias que se fez presente de forma mais expressiva no conjunto de “Medidas gerais” apresentado nos resultados, o grupo das medidas de “Distanciamento social”, pode ser compreendida nesse processo como uma medida com o objetivo de reduzir a exposição de pessoas, buscando diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis, além de proteger aqueles indivíduos em risco de desenvolver a doença de forma mais grave. Entretanto, para além do setor Saúde, é importante considerar os inevitáveis impactos sociais e econômicos que a implementação dessas medidas irá necessariamente causar. Por esse motivo, é importante que haja uma avaliação cuidadosa do momento epidemiológico mais adequado para a aplicação dessas medidas, assim como da sua vigência, com o objetivo de maximizar os efeitos desejáveis na saúde enquanto se minimizam os danos sociais e econômicos (Silva *et al.*, 2020).

No Brasil, a efetiva adoção dessas medidas esbarra também em profundos problemas estruturais ligados às desigualdades e iniquidades sociais. Segundo o primeiro *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas do Rio de Janeiro* (Fiocruz, 2020), o índice de letalidade pela doença cresce de acordo com o nível de concentração de aglomerados subnormais (favelas) por bairro. Nos bairros de concentração alta e altíssima de favelas, as taxas chegam a quase 16,5% e 19,5% respectivamente, ao passo que a média do município fica em aproximadamente 11,8%. As condições de vida nas favelas se apresentam como enormes desafios no que se refere a cumprir tanto as medidas de higiene coletiva (também implementadas pelos estados) quanto as medidas de distanciamento social, e refletem os limites e desafios para sua adoção nesses territórios.

Esses territórios se caracterizam pela alta densidade de habitações e arruamentos e por acesso insuficiente ao saneamento básico, o que faz com que algumas medidas sejam inexecutáveis para uma parte dessa população. Em muitos casos as moradias têm grande número de moradores e contam com poucas divisões internas, grande proximidade entre residências, pouca ventilação, muita umidade no interior das casas, constituindo cenários muito propícios para a sobrevivência do vírus e sua disseminação e, portanto, para a intensificação de sua propagação.

Além da alta concentração de pessoas por casa nas favelas, segundo o mesmo boletim a restrição da mobilidade e a interrupção de atividades de serviços, comércio e indústria têm produzido graves impactos econômicos e sociais, “porque um grande

contingente populacional de moradores de favelas são trabalhadores informais. Muitos destes perderam suas fontes de renda e outros são impossibilitados de realizar o isolamento, acentuando a já acelerada velocidade de contágio na direção de territórios populares” (Fiocruz, 2020).

No âmbito do trabalho e renda, as limitações impostas pela necessidade do distanciamento social esbarram no risco do desemprego, no cenário de uma crise de empregos gerada pela pandemia e de obstáculos no acesso ao auxílio emergencial, tanto por dificuldade no entendimento do cadastro quanto por atraso e confusão por parte do governo, como relata o jornal *Maré Online* (2020). Ainda segundo o boletim, outro fator que contribui para a dificuldade de realização das medidas de distanciamento social nos territórios de favelas é o fato de que grande parte de sua população é trabalhadora de serviços essenciais, que foram mantidos de forma presencial. Além da exposição no ambiente de trabalho, a dinâmica social do seu cotidiano inclui também locomoção em transportes públicos, o que aumentando o nível de sua exposição.

A tudo isso se soma o fato de que no Brasil o presidente da República não só vinha sinalizando com ameaças de editar um decreto para impedir a autonomia dos estados e municípios para determinar medidas de distanciamento social (Teixeira, 2020), como também as vinha boicotando por meio de decretos presidenciais que ampliam o que é considerado atividade essencial, incluindo templos religiosos e academias de esporte, salões de beleza e barbearias.

O auxílio emergencial aqui mencionado foi a principal medida implementada no nível federal de gestão para minimizar os efeitos socioeconômicos das medidas restritivas e do distanciamento social. No arcabouço da gestão de risco de desastres, essa pode ser interpretada como uma medida que busca reduzir a vulnerabilidade posta pelas desigualdades e iniquidades no acesso à renda. Também se reforçam as medidas de distanciamento social, que ampliam as possibilidades de grupos populacionais permanecerem em suas casas nos momentos de quarentena, tendo influência, desta forma, na redução da exposição. Essa medida, entretanto, como já mencionado, encontrou obstáculos e levou algum tempo para ser implementada de forma efetiva para a população. No entanto, houve drástica redução do auxílio emergencial, de quase 100% do valor, a partir do final de 2020, assim como redução no universo de beneficiários. Estima-se que a crise gerada pela pandemia, somada às restrições impostas por essa medida, levem a um aumento da vulnerabilidade: cerca de 61 milhões de pessoas em situação de pobreza e 19,3 milhões em situação extrema pobreza em 2021 (Nassif-Pires, Cardoso & Oliveira, 2021).

Outra estratégia fundamental para a redução da exposição está conectada com as medidas de vigilância em saúde. A OMS preconiza o uso de alguns indicadores-chave no monitoramento da situação epidemiológica e da capacidade de resposta nos estados e regiões. Esses indicadores estão relacionados à incidência e mortalidade por Covid-19, à incidência de síndrome respiratória aguda grave (Srag) e à disponibilidade de leitos, e servem para balizar as tomadas de decisão relacionadas à flexibilização ou manutenção das medidas de distanciamento social nos estados. Evidências sugerem que a adoção precoce das medidas de distanciamento social em conjunto com a estratégia de controle baseado na aplicação de teste em larga escala seria fundamental para frear a transmissão da doença e, conseqüentemente, reduzir a demanda aos serviços de saúde.

Embora a testagem em escala tenha sido sugerida como um dos principais instrumentos para a vigilância e monitoramento da epidemia, no Brasil houve priorização de estratégias equivocadas, com reflexos no atual cenário epidemiológico (Icict/Fiocruz, 2021). Em uma emergência sanitária como a pandemia por Covid-19, há necessidade de orientação oportuna para definição do tipo de teste mais apropriado para os casos suspeitos, prováveis e confirmados (Sharfstein, Becker & Mello, 2020), o que possibilita a avaliação da situação do passado e no presente, e projetar os passos futuros. Isso porque, além da identificação e isolamento de pacientes sintomáticos, o controle eficaz da disseminação exigiria a redução do risco de transmissão de pessoas assintomáticas ou oligossintomáticas, população que representa aproximadamente 60% dos casos de Covid-19 (Qiu, 2020).

Entretanto, o que pudemos observar é que durante o período analisado e posterior, ocorreu a disseminação do uso de teste do tipo rápido (tipologia analítica capaz de gerar resultados de prevalência populacional), em detrimento da aquisição de testes do tipo RT-PCR (método ideal para o controle da incidência da infecção), capazes de identificar transmissões potenciais (sintomáticos e assintomáticos), apresentando real ganho estratégico de rastreamento populacional (Icict/Fiocruz, 2021). Testar todos os suspeitos de infecção ainda se apresenta como um desafio no Brasil. Os testes usados na triagem, no diagnóstico e no acompanhamento de Covid-19 devem ser elencados considerando-se os diferentes cenários clínicos e de saúde pública (Arevalo-Rodriguez, Seron & Buitrago-García, 2021), pois se aplicados de forma oportuna são potencialmente capazes de identificar populações e regiões prioritárias na contenção da disseminação do vírus (Icict/Fiocruz, 2021).

Essas medidas de vigilância, por sua vez, não devem ocorrer de forma isolada e independente, nem no âmbito intersetorial nem no intrassetorial. Por esse motivo, medidas de coordenação específicas do setor Saúde, que representaram número

expressivo (39%), embora ainda insuficientes são fundamentais para a gestão da pandemia. A articulação da vigilância com a APS, por exemplo, apresenta diversas potencialidades não só para o aprimoramento da capacidade de resposta como também para a redução da exposição e de vulnerabilidades no contexto da pandemia. Uma delas, capaz de contribuir para o aumento da sensibilidade da Vigilância Epidemiológica (VE), consiste no rastreamento de todos os contatos. Tal iniciativa possibilitará a ampliação das medidas de proteção e controle da Covid-19, com participação ativa da APS (Teixeira *et al.*, 2020).

Teixeira e colaboradores (2020) sistematizaram algumas intervenções na APS que articulam medidas de VE no contexto da pandemia por Covid-19, que trazemos para complementar a demonstração de como podem estar associadas à gestão para a redução da exposição e da vulnerabilidade e para a ampliação da capacidade de resposta. Infelizmente, entretanto, tais medidas de APS representaram quantitativo inexpressivo (3%), quase inexistente, entre as estratégias adotadas pelos estados:

1. Medidas voltadas para redução do risco de expansão da epidemia, como: a) divulgação dos cuidados de higiene, b) participação ativa na notificação dos casos, c) indicação e monitoramento do isolamento domiciliar e quarentena dos contatos e d) incentivo à adesão ao distanciamento social;
2. Atenção aos usuários portadores de Covid-19 com quadros leves, que devem ser acompanhados adequadamente pelas equipes de APS, com a adoção de alternativas – a depender da realidade local – por gestores e profissionais, prontamente divulgadas entre a população, como, por exemplo: a) a separação de indivíduos suspeitos de Covid-19 dos demais usuários (espaços físicos ou fluxos/horários distintos; tendas externas) e b) as transferências para atendimento hospitalar (transporte sanitário apropriado); e
3. Suporte social a grupos mais frágeis e vulneráveis (idosos, portadores de comorbidades, etc.) que: a) se encontram isolados, sem rede de apoio social e/ou com autonomia limitada para circular e obter produtos essenciais à sua vida cotidiana, e b) necessitam de apoio, proteção e segurança.

Portanto, é fundamental que as equipes de APS ampliem as articulações e parcerias com organizações governamentais, não governamentais e movimentos sociais, para minimizar os problemas decorrentes dessas vulnerabilidades.

Com a pandemia em curso, cirurgias de média complexidade foram suspensas ou canceladas, consultas de acompanhamento foram reorganizadas e a demanda atendida

pelos profissionais foi afetada pela sobrecarga resultante das mudanças nos protocolos de acolhimento, pelo ônus causado pelas políticas de financiamento e pelo excesso laboral. É urgente, portanto, uma organização em Rede de Atenção à Saúde (RAS) que integre os diversos pontos de atenção, além de capacitação para os profissionais da saúde que atuam na linha de frente (Teixeira *et al.*, 2020).

No escopo do conceito de desastres é possível identificar a importância da articulação em rede entre os mais diversos atores, como por exemplo a APS, a atenção secundária e as ações relacionadas à atenção terciária, dentro das quais se encaixam as medidas relacionadas à internação hospitalar e à provisão de leitos de UTI. Nesse sentido, compreender a RAS como uma estrutura complexa que precisa de articulação para o bom desenvolvimento de estratégias de prevenção, atenção, vigilância, acompanhamento, encaminhamento e internação, quando necessário, é essencial.

Outro fator relevante a ser evidenciado nas orientações técnicas e ações de âmbito estadual é a forte verticalização operacional sem que tenha havido necessariamente coordenação e coesão no enfrentamento, que pressuporia discussão com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), pactuação com Comissões Intergestores Tripartites e Comissões Intergestores Bipartites, respeitando-se as particularidades de cada local. Boa coordenação é fundamental para que a gestão da pandemia se traduza, entre outras, no fortalecimento da capacidade de resposta dos estados diante da crise sanitária. No Brasil, desde o primeiro caso registrado, poucas foram as medidas implementadas em nível federal; delegou-se ao Distrito Federal, estados e municípios a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controle da Covid-19, de acordo com a situação epidemiológica experimentada (Silva *et al.*, 2020).

Em diferentes países, a pandemia por Covid-19 também tem revelado tensões entre governos centrais e governos estaduais e locais. Na Itália, por exemplo, decretos dos governadores de Marche e Lombardia foram anulados pelo governo central sob a argumentação de que ações descentralizadas produziram caos (Polato & Muraro, 2020). Na Espanha, o País Basco declarou emergência em saúde pública antes de qualquer outra região. A Catalunha adotou o fechamento de toda a região, incluindo fronteiras, além de medidas de distanciamento social (Legido-Quigley *et al.*, 2020). Nos EUA, Cornwall e colaboradores (2020) destacaram que a ausência de uma forte coordenação nacional fez com que governos estaduais seguissem seu próprio caminho e acentuou a divisão do poder legal entre esses diferentes níveis. Para os autores, à medida que a pandemia foi se intensificando e ampliando no Brasil, os governadores foram seguindo

seus próprios caminhos, com alguns adotando medidas rigorosas e outros ignorando a necessidade de ação imediata.

O enfrentamento da Covid-19 foi marcado pela insegurança, pela falta de insumos básicos e de estrutura física compatível com as necessidades conjunturais, bem como por um contexto de desinformação e iniquidades sociais. Compreender a importância de medidas que garantam não apenas o direcionamento das ações em saúde, mas de todos os setores, numa perspectiva inter e intrasetorial, se faz essencial para que a proteção à saúde da população aconteça de maneira eficaz, em consonância com as necessidades impostas pelo desastre. Medidas preventivas individuais não são suficientes, o que torna essencial adotar medidas de alcance comunitário (Oliveira *et al.*, 2020). O conjunto de medidas iniciais conforma uma estratégia de gestão de riscos da pandemia que irá definir o alcance e os limites do enfrentamento desse desastre no Brasil.

CONSIDERAÇÕES EM BUSCA DE UMA GESTÃO PROSPECTIVA E LIÇÕES APRENDIDAS

O processo de gestão da pandemia, quando bem-sucedido, tem poupado vidas e proporcionado tempo para adequação do sistema de saúde e ampliação da capacidade de detecção, capacitação de equipes especializadas e oferta de suprimentos de forma a assegurar as intervenções médicas necessárias. Esse processo é composto por medidas do setor Saúde e de outros setores, uma vez que os impactos da pandemia vão muito além dos impactos imediatos sobre a saúde, envolvendo também os econômicos, sociais, educacionais e culturais na sociedade. Além disso, as medidas do setor Saúde devem ocorrer de forma articulada com as de outros setores, de forma que as segundas propiciem e sejam implementadas também em prol das primeiras.

Na discussão sobre as medidas adotadas pelas 27 UFs brasileiras no primeiro mês de enfrentamento da pandemia não se pode perder de vista três perguntas fundamentais: 1) se foram efetivas em reduzir a exposição para todos, principalmente os grupos populacionais vulneráveis por idade ou doenças crônicas; 2) se foram efetivas em reduzir as condições de vulnerabilidade social das populações em situação de vida e trabalho mais precária e sem acesso à proteção social; 3) se foram efetivas em fortalecer as capacidades de resposta e de redução dos riscos dentro do setor Saúde (fortalecimento e ampliação desde a APS até a atenção hospitalar, assim como das capacidades de detecção e vigilância em saúde) e fora do setor Saúde. No escopo das medidas de extrema relevância, o primeiro mês constitui o momento de assentamento das bases para uma gestão corretiva e prospectiva.

Para uma coordenação efetiva na resposta à pandemia, as ações necessárias devem mobilizar de forma plena e articulada o SUS, patrimônio nacional e política de Estado que garante o acesso às ações e serviços de saúde aos mais de 210 milhões de habitantes do Brasil. O que torna necessário contar com a participação dos municípios, dos estados e da União, além do envolvimento de todos os governos, nos três níveis de gestão, do Congresso Nacional, do Poder Judiciário e da sociedade brasileira (Oliveira *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS

AREVALO-RODRIGUEZ, I.; SERON, P. & BUITRAGO-GARCÍA, D. Recommendations for Sars-CoV-2/ Covid-19 testing: a scoping review of current guidance. *BMJ*, 11: e043004, 2021. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/11/1/e043004>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CORNWALL *et al.* The United States leads in coronavirus cases, but not pandemic response. *Science News Staff*, 1 abr. 2020. Disponível em: <www.science.org/news/2020/04/united-states-leads-coronavirus-cases-not-pandemic-response>. Acesso em 15 nov. 2020.

FERREIRA, L. L. G. & ANDRICOPULO, A. D. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. *Estudos Avançados*, 34(100), 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000300007>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FREITAS, C. M.; SILVA, I. V. M. & CIDADE, N. C. Covid-19 as a global disaster: challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambiente & Sociedade*, 23, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2020000100906&script=sci_abstract>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FREITAS, C. M. *et al.* Mudanças climáticas, redução de riscos de desastres e emergências em saúde pública nos níveis global e nacional. *Relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%Aancias-em-sa%C3%BAde-p%C3%ABlica.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2020.

FREITAS, C. M. *et al.* A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. *Relatório técnico e sumário executivo*. Rio de Janeiro: Cepedes, Ensp/ Fiocruz, 2020. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Sala de Situação Covid-19 nas Favelas. Observatório Covid-19 Fiocruz. *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas*, 1, 2020. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-socioepidemiologico-da-covid-19-nas-favelas-ed-1>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (ICICT/FIOCRUZ). MonitoraCovid-19. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LEGIDO-QUIGLEY, H. *et al.* The resilience of the Spanish health system against the Covid-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5): e251-e252, 2020. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104264/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MARÉ ONLINE. Vírus atinge famílias mais vulneráveis na maré. *Maré Online*, Rio de Janeiro, 18 jun. 2020. Disponível em: <<https://mareonline.com.br/virus-atinge-familias-mais-vulneraveis-na-mare/>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

NASSIF-PIRES, L.; CARDOSO, L. & OLIVEIRA, A. L. M. Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza. MADE, USP, São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://madeusp.com.br/wp-content/uploads/2021/04/NPE-010-VF.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000200200&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 jan. 2021.

POLATO, A. & MURARO, C. 1 mês de coronavírus no Brasil: compare a situação do país com China, Itália, EUA e Coreia do Sul no mesmo período da epidemia. *G1*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/26/1-mes-de-coronavirus-no-brasil-compare-a-situacao-do-pais-com-china-italia-eua-e-coreia-do-sul-no-mesmo-periodo-da-epidemia.ghtml>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

QIU, J. Covert coronavirus infections could be seeding new outbreaks. *Nature*, 2020. Disponível em: <www.nature.com/articles/d41586-020-00822-x>. Acesso em: 20 fev. 2021.

SHARFSTEIN, J. M.; BECKER, S. J. & MELLO, M. M. Diagnostic testing for the novel coronavirus. *Jama*, 323: 1.437-1.438, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762951>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, L. L. S. *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000905003&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

TEIXEIRA, M. Em derrota a Bolsonaro, Moraes decide que estados têm autonomia para impor isolamento social. Presidente vinha ameaçando editar medida para romper com decisão de estados e municípios. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 8 abr. 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/em-derrota-a-bolsonaro-moraes-decide-que-estados-tem-autonomia-para-impor-isolamento-social.shtml>. Acesso em: 16 fev. 2021.

UNDRR, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000400900&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 fev. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (UNDRR). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. UNDRR, 2015. Disponível em: <www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>. Acesso em: 15 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.