

## Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais

Hospital contingency in coping with COVID-19 in Brazil: governmental problems and alternatives

Thadeu Borges Souza Santos (<https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>)<sup>1</sup>

Laise Rezende de Andrade (<https://orcid.org/0000-0002-1149-7636>)<sup>2</sup>

Silvana Lima Vieira (<https://orcid.org/0000-0002-9663-3691>)<sup>1</sup>

Joseane Aparecida Duarte (<https://orcid.org/0000-0003-0753-1034>)<sup>2</sup>

Juliete Sales Martins (<https://orcid.org/0000-0002-8396-0837>)<sup>1</sup>

Lilian Barbosa Rosado (<https://orcid.org/0000-0001-8661-9338>)<sup>2</sup>

Juliana dos Santos Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-8101-9421>)<sup>2</sup>

Isabela Cardoso de Matos Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper analyzes the government's strategic agenda for coping with COVID-19 in Brazil, focusing on hospital care. Twenty-eight Contingency Plans were analyzed in full, one national, 26 at state level, and one from the Federal District. The Public Policy Cycle's theoretical framework was used, specifically governmental pre-decision and decision to face the pandemic. The evidence revealed convergences between the national and state levels concerning proposals for reorienting care flow, detecting cases, and indicating referral hospitals. However, the state agendas revealed weaknesses in acquiring mechanical ventilation devices, sizing human resources, and regionalizing hospital care. Moreover, few states have established a method for calculating back-end beds, mainly regarding the outlook of opening hospitals of reference or contracting additional ICU beds. We can conclude that the heterogeneous actions explained in the plans show the complex process of coping with COVID-19 in Brazil with its regional inequalities, weaknesses in the state health systems, and reduced coordination by the Ministry of Health.*

**Key words** *Coronavirus, Unified Health Systems, Hospitals, Hospital Bed Capacity, Contingency Plans*

**Resumo** *Este artigo analisa a agenda governamental estratégica para enfrentamento da COVID-19 no Brasil, com foco na atenção hospitalar. Foram analisados 28 Planos de Contingência na íntegra, sendo 01 nacional, 26 estaduais e 01 do Distrito Federal. Utilizou-se o referencial teórico do Ciclo da Política Pública, especificamente os momentos de pré-decisão e decisão governamental para o enfrentamento da pandemia. As evidências revelaram convergências entre os níveis nacional e estaduais quanto às propostas de reorientação do fluxo de atendimento, detecção dos casos e indicação de hospitais de referência. Todavia, as agendas estaduais demonstraram fragilidades correlacionadas à aquisição de aparelhos de ventilação mecânica, dimensionamento de recursos humanos, regionalização da atenção hospitalar, além de poucos estados terem estabelecido um método de cálculo de leitos de retaguarda, principalmente quanto a previsão de abertura de hospitais de referência ou contratação complementar de leitos de UTI. Conclui-se que a heterogeneidade de ações explicitadas nos planos revela a complexidade do processo de enfrentamento da COVID-19 no Brasil com suas desigualdades regionais, fragilidades dos sistemas estaduais de saúde e reduzida coordenação do Ministério da Saúde.*

**Palavras-chave** *Coronavírus, Sistema Único de Saúde, Hospitais, Número de Leitos em Hospital, Planos de Contingência*

<sup>1</sup> Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia. R. Silveira Martins 2555, Cabula. 41195-001 Salvador BA Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

## Introdução

O novo coronavírus foi notificado em 12 de dezembro de 2019, em Wuhan, província chinesa de Hubei e atingiu um alto grau de transmissibilidade que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, conforme Regulamento Sanitário Internacional (RSI)<sup>1</sup>. A condição de pandemia foi declarada em 11 de março, alertando países membros para estratégias de controle da transmissão do vírus e organização dos sistemas de saúde com estruturação de retaguarda hospitalar para casos graves da doença, seguindo recomendações do plano estratégico de preparação e resposta operacional explicitando diretrizes de planejamento para apoiar a preparação e resposta dos países ao redor do mundo<sup>2</sup>.

Assim, atenta-se que a rápida incidência acumulativa por COVID-19 é capaz de provocar superutilização dos sistemas de saúde, especialmente dos serviços hospitalares e seus leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sugerindo-se a formulação dos planos de contingência e de estratégias e ações de contenção do avanço da doença, reforço do sistema de vigilância e ações de prevenção e controle da pandemia<sup>3-5</sup>.

A literatura científica internacional, referente a contingência hospitalar aponta para desafios correlacionados à escassez de leitos e suprimentos<sup>6,7</sup>, impactos à rede de atenção que exige aumento da capacidade instalada<sup>8</sup>, abertura de hospitais de campanha<sup>9</sup> e recrutamento de pessoal para retaguarda assistencial<sup>10,11</sup>.

No Brasil, a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi declarada em 03 de fevereiro, com simultânea ativação do Centro de Operações de Emergências (COE) em Saúde Pública para o novo Coronavírus<sup>12</sup>. O Plano de Contingência Nacional (PCN) recomendou prioridades a fim de orientar investimento de recursos<sup>13</sup>. Da mesma forma, os Estados e Distrito Federal (DF) apresentaram suas estratégias prioritárias para o enfrentamento da pandemia nos respectivos Planos de Contingência Estaduais (PCE). Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a agenda governamental estratégica para enfrentamento da COVID-19 no Brasil, com foco na atenção hospitalar.

## Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de uma pesquisa documental, que adotou como fontes o primeiro Boletim Epidemiológico do COE nacional e vinte e oito Planos de Contingência (PC), sendo 01 nacional, 26 estaduais e 01 do Distrito Federal para enfrentamento da COVID-19 no Brasil, com foco na atenção hospitalar nestas esferas de gestão. Estes instrumentos foram precursores do processo de formulação da política pública de contingência à COVID-19 no Brasil.

Como plano de análise, eles foram lidos em profundidade para reconhecimento das estratégias definidas pelos governos<sup>14</sup>, cujos resultados foram organizados de modo a apresentar prioridades por esferas federal e estadual da gestão em saúde<sup>15,16</sup>, permitindo triangulação com o referencial de formulação da agenda governamental do Ciclo da Política Pública. Para tanto, centrou-se na estrutura teórica dos momentos de pré-decisão e tomada de decisão acerca das medidas a serem adotadas para o enfrentamento da COVID-19<sup>16,17</sup>.

Para analisar esse processo de formulação das políticas públicas<sup>16</sup>, considerou-se a existência de três fluxos: dos problemas, das políticas (*policies*) e da política (*politics*). O problema pode ser evidenciado por uma crise real que o governo não pode ignorar, a exemplo da pandemia pelo COVID-19. O segundo fluxo envolve a análise das alternativas propostas para o enfrentamento dos problemas. E o terceiro refere-se ao processo político de elaboração e implementação das propostas selecionadas<sup>16</sup>.

Estes elementos foram centrais para análise da pré-decisão e decisão e discussão dos resultados, que foram apresentados em percentuais estaduais de priorização. Para tanto, apresenta-se a agenda nacional que subsidiou a estruturação de seis categorias de recomendações adotadas para discussão com as prioridades estaduais para contingência hospitalar à COVID-19 no Brasil, sendo adotada padronização de siglas dos respectivos estados brasileiros.

## Resultados

O processo de pré-decisão governamental transcorreu no nível federal, de modo a tecer recomendações frente ao problema, junto ao âmbito estadual que construiu uma agenda técnico-sanitária para enfrentamento da COVID-19 no Brasil (*policies*). Assim, serão apresentadas as movi-

mentações pré-decisórias nacionais (*politics*) a partir da liderança do COE, atores envolvidos nas recomendações e prioridades definidas no âmbito estadual do processo de formulação do enfrentamento governamental à COVID-19 no Brasil.

### **Movimentação pré-decisória nacional para enfrentamento a COVID-19**

Um processo de articulação entre governos federal e estaduais se estabeleceu na gestão do SUS a partir do final de janeiro de 2020<sup>18</sup> para definição das alternativas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil. O COE/MS<sup>12</sup> foi uma instância ativada para coordenação única da contingência para COVID-19, com responsabilidade de discutir medidas de enfrentamento (alternativas) a serem adotadas junto aos gestores subnacionais<sup>12</sup>. Sua constituição se deu pelos departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e, através do seu Boletim Epidemiológico nº1<sup>13</sup>. Destinou-se a função de coordenar, planejar e operacionalizar logística e finanças do plano nacional de respostas e ser gestor do Sistema de Comando de Operações (SCO) à Emergência em Saúde Pública.

Como ápice pré-decisório, destaca-se a assinatura de ativação do COE (22 de janeiro de 2020) e lançamento do PCN (28 de janeiro de 2020)<sup>13</sup>. Neste curtíssimo período, foi declarada ESPIN, o COE se reuniu com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), representantes das Vigilâncias Estaduais e Laboratórios Centrais escreveu o Grupo Executivo Interministerial (GEI)<sup>19</sup>. Merece destacar que ao GEI compete propor, acompanhar e articular medidas de enfrentamento, alocação de recursos orçamentários e acompanhamento das ações implementadas na situação de emergência. Na sua composição está prevista a representação do Ministério da Saúde, Casa Civil, Ministérios da Justiça, Defesa, Agricultura, Desenvolvimento Regional, Gabinete de Segurança da Presidência e Agência Nacional de Vigilância à Saúde<sup>19</sup>.

Neste momento de formulação da agenda, prevaleceu a proposição de articulação entre atores governamentais do âmbito nacional na tomada de decisão, buscando articular instituições e constituir competências técnico-epidemiológicas para as intervenções. Merecendo destacar a notoriedade do COE/MS à frente do processo de estruturação do plano de contingência à COVID-19 no Brasil, neste primeiro momento do ciclo de políticas. Para tanto, uma agenda de re-

comendações nacionais foi definida para orientar quais prioridades seriam estratégicas na decisão do âmbito estadual.

A seguir apresentam-se as prioridades nacionais e estaduais para o enfrentamento da COVID-19 pelas SES e MS.

### **Prioridades nacionais para situação de emergência em saúde pública**

Formular um PCN foi um grande desafio para gestores, principalmente no Brasil, dada as desigualdades regionais e caráter federativo que se reproduzem na gestão do Sistema Único de Saúde<sup>19</sup>.

A agenda estratégica do PCN se estruturou em oito pilares: estratégias de vigilância, suporte laboratorial, controle da infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão<sup>13</sup>. E os níveis de respostas determinados foram: alerta de infecção (risco elevados em casos suspeitos), perigo iminente (com caso suspeito) e a ESPIN<sup>12</sup>.

O Quadro 1 sintetiza as recomendações estabelecidas pelo PCN. A partir dele, para atenção hospitalar, dever-se-ia definir rede de urgência à COVID-19, educar permanentemente os trabalhadores para manejo clínico e proteção individual e recomendar organização de rede hospitalar como parte da contingência estadual para contenção. Enquanto que para mitigação, recomendou-se dispor de atenção hospitalar para casos graves, ampliar oferta de leitos hospitalares mediante risco de superação da capacidade de resposta e contratar leitos de UTI em caráter emergencial<sup>12</sup>.

Estas recomendações possibilitaram pensar a contingência em seis categorias de prioridades nacionais a serem contempladas pelos PCE onde deveria se constituir uma agenda para COVID-19 no Brasil contemplando: 1. Sistematização da rede de atenção; 2. Definição de rede de urgência; 3. Orientação da assistência hospitalar aos casos; 4. Atenção hospitalar para casos graves; 5. Ampliação de leitos hospitalares; 6. Contratação emergencial de leitos de UTI.

Consequentemente, os PCE apontaram para dezessete prioridades estaduais, desdobradas e/ou correlacionadas com estas seis nacionais, sendo importante iniciar apresentação desta agenda considerando a distribuição regional brasileira dos PCE. Através da Tabela 1, é possível reconhecer os números de Estados e os percentuais de cada uma destas prioridades, refletindo sobre a contingência brasileira à COVID-19.

**Quadro 1.** Agenda estratégica para cada fase de enfrentamento à Covid-19, segundo Plano de Contingência Nacional.

Fase de Contenção	Fase de Mitigação
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Identificar e evitar dispersão do vírus;</li> <li>. Realizar ações de vigilância;</li> <li>. Checar estoque e adquirir Equipamentos de Proteção Individual (EPI);</li> <li>. Orientar quarentena domiciliar aos suspeitos;</li> <li>. Registrar informações para vigilância;</li> <li>. Alertar toda rede de atenção à saúde do SUS;</li> <li>. Preparar respostas na rede de atenção;</li> <li>. Definir rede de urgência e emergência;</li> <li>. Sensibilizar profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos, manejo adequado dos pacientes e uso de EPI;</li> <li>. Elaborar e publicizar PCE contendo organização da rede de atenção hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evitar ocorrência de casos graves e óbitos;</li> <li>. Recomendar medidas restritivas de isolamento e quarentena domiciliar para casos suspeitos e confirmados leves;</li> <li>. Disponibilizar atenção hospitalar para os casos graves;</li> <li>. Ampliar leitos hospitalares quando houver risco de superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves;</li> <li>. Contratação emergencial de leitos de UTI.</li> </ul>

Fonte: Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Covid-19, 2020.

Três prioridades nacionais se destacaram por contemplarem uma das prioridades estaduais em 100% dos PCE. Trata-se da sistematização de rede de atenção, orientação da assistência hospitalar e atenção hospitalar para casos graves. Suas principais correlações nos PCE foram o estabelecimento de redes e fluxos regulatórios de casos graves, orientação de manejo clínico e garantia de equipamentos, insumos laboratoriais e EPI.

O segundo maior percentual de prioridade estadual corresponde a indicação de serviços hospitalares de referência com leitos reservas para contingência, que foi especificado por 20 PCE (74,07%). A região sul teve o menor percentual nesta prioridade.

Três prioridades estaduais constituíram grupo com terceiro principal percentual. Trata-se da contrarreferência para atendimentos (33,33%), disponibilização da rede de atenção pré-hospitalar e plano de emergência ou abertura de hospitais de campanha (ambas com 29,62%). Elas se relacionam com as recomendações nacionais de sistematização da rede de atenção, rede de urgência e ampliação de leitos hospitalares. Todavia, as regiões brasileiras com menores priorizações destas nos PCE foram: Sudeste (0,00%), Nordeste (11,11%) e Centro-Oeste (25%) quanto a sistematização da rede de atenção; Norte (0,00%) e Sudeste (25%) referente a rede pré-hospitalar; e Norte (14,28%) e Centro-Oeste (25%) correlacionado a abertura de hospitais de campanha.

A ordenação da rede com níveis de complexidade e regionalização foi a prioridade em que todas as regiões brasileiras tiveram algum estado

citando, mas, mesmo assim constou em apenas 25,92% dos PCE. Sendo apenas um estado nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

Outro conjunto de prioridades não teve ampla menção nos PCE. O cálculo de disponibilização de leitos e articulação de apoio interfederativo em caso de superlotação da rede hospitalar foram priorizados por 14,81% dos estados, não sendo mencionado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A necessidades de recursos humanos de saúde foi apontado por 18,51% dos estados, não sendo destacado nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul. A implantação de acolhimento com classificação de riscos e apoio a núcleos de vigilância epidemiológicas hospitalares foram registrados em 22,22% dos PCE, não sendo contemplado pelos das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Merece ainda destacar que duas prioridades não foram mencionadas em nenhum PCE, sendo elas a aquisição de aparelhos de ventilação mecânica e contratação de leitos de UTI privadas para retaguarda aos casos graves de COVID-19 (ambos com 0,00%).

Estes menores percentuais de prioridades regionais correspondem diretamente as seguintes prioridades nacionais: definição da rede de urgências, orientação a assistência hospitalar, atenção aos casos graves, ampliação de leitos hospitalares e contratação emergencial de leitos de UTI. De tal modo, será importante aprofundar a análise sobre as prioridades estaduais, para que se caracterize a conformação da agenda de contingência tomando, especificamente, os elementos que constituíram os PCE.

**Tabela 1.** Agenda de prioridades à atenção hospitalar para enfrentamento da Covid-19, por regiões e estados brasileiros, segundo Planos de Contingências Estaduais 2020.

Prioridades Nacionais	Prioridades Estaduais	Regiões Brasileiras												Brasil			
		Norte			Nordeste			Sudeste			Centro-Oeste			Sul		Brasil	
		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	n	%
1. Sistematização de rede de atenção a Covid-19	1. Estabelecer rede e fluxo de regulação de casos graves; 2. Regular transporte inter-hospitalar 3. Realizar contra-referência de pacientes 4. Ordenar a rede com níveis de complexidade e regionalização 5. Indicar hospitais de referência e com a reserva de leitos para contingência;	7	100	9	100	4	100	4	100	4	100	3	100	27	100	14	51,85
2. Definição rede de urgência a Covid-19	6. Disponibilizar rede de Atenção Pré-Hospitalar 7. Implantar acolhimento de casos com classificação de risco	0	0	3	33,33	1	25	2	50	2	50	2	66,33	8	29,62	6	22,22
3. Orientação da assistência hospitalar aos casos de Covid-19	8. Orientar manejo clínico 9. Estimar necessidade de RHS 10. Apoiar os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	7	100	9	100	4	100	4	100	4	100	3	100	27	100	5	18,51
4. Atenção hospitalar para casos graves de Covid-19	11. Garantir equipamentos, insumos de laboratório e EPI 12. Garantir estoque de medicamento 13. Adquirir aparelhos de ventilação mecânica	7	100	9	100	4	100	4	100	4	100	3	100	27	100	15	55,55
5. Ampliação de leitos hospitalares	14. Estabelecer cálculo de disponibilização de leitos 15. Determinar Plano de Emergência ou abertura de unidades hospitalares de campanha 16. Articular apoio interferido em situação de superlotação da rede estadual	1	14,28	1	11,11	1	25	1	25	1	25	0	0	4	14,81	8	29,62
6. Contratação emergencial de leitos de UTI para Covid-19	17. Contratar leitos de UTI privadas para retaguarda aos casos graves de Covid-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Planos de Contingência Estaduais para Covid-19.

### Prioridades estaduais na situação de emergência em saúde pública

Aos gestores estaduais, portanto, também coube a importante tarefa de desenhar soluções para o enfrentamento da pandemia, considerando as peculiaridades do seu território e seus contextos sócio-políticos e culturais. Assim, a elaboração dos PCE teve como finalidade instrumentalizar a gestão da rede pública de saúde estadual e municipal e os serviços com vistas à redução das complicações e danos ocasionados pela COVID-19.

No que tange a estrutura dos planos estaduais, observou-se multiplicidade de formatos, com algumas recomendações convergentes à contingência nacional. Merece destaque para prioridades relacionadas com vigilância em saúde, expansão e disponibilização de leitos e insumos e educação em saúde ou permanente aos trabalhadores do setor.

Sobre vigilância, as recomendações se destinaram a detecção precoce de síndromes gripais, com investigação, manejo e notificação de casos suspeitos do novo coronavírus. Quanto ao investimento de recursos, priorizou-se garantia de insumos, EPI, medicamentos, testes laboratoriais e ventiladores mecânicos que são determinantes na ampliação de leitos de UTI. E para qualificação dos trabalhadores de saúde, foram temas priorizados: manejo clínico, biossegurança, controle de infecção hospitalar, segurança do paciente e seu transporte.

Seguindo as diretrizes recomendadas pelo PCN, os vinte e sete PCE analisados apresentaram um conjunto de prioridades que estruturaram o Quadro 2, em conformidade com as seis recomendações categóricas oriundas do PCN para atenção hospitalar.

Quanto a primeira categoria de prioridade nacional que diz respeito a sistematização da rede de atenção, percebe-se que cinco prioridades estaduais foram correlacionadas e são apresentadas em ordem decrescente conforme a citação identificada no PCE: estabelecimento de rede e fluxo de regulação de casos graves (27), indicação de hospitais de referência com reserva de leitos para contingência (20), regulação do transporte inter-hospitalar (14), realização de contrarreferência de pacientes (09) e ordenação da rede considerando níveis de complexidade e regionalização (07).

A rede de urgência foi mencionada em apenas 02 planos como prioridade. Um apontando para necessidade de disponibilização da rede de

urgência para atenção pré-hospitalar (08) e outro que chama atenção pela ênfase dada a classificação de risco no acolhimento dos casos, detecção precoce de casos graves, referencialidade entre pontos da rede de atenção (05).

Em relação à assistência hospitalar aos casos de COVID-19, as três prioridades citadas nos PCE apontaram para orientações relacionadas ao manejo clínico (27), recomendações aos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar (06) e estimativa de RHS para enfrentamento (05). E quanto a atenção hospitalar aos casos graves, foram estabelecidas garantia dos equipamentos, insumos laboratoriais e de EPI (27) e medicamentos (15), mas nenhum PCE apontou para necessidade de aquisição de aparelhos de ventilação mecânica (00).

Sobre a recomendação de ampliação de leitos hospitalares, a categoria foi conformada com destaque para a estratégia de abertura de unidades hospitalares de campanha (08), além do cálculo de disponibilização de leitos necessários (04) e necessidade de apoio interfederativo quando houvesse superlotação da rede própria estadual (04).

Chama atenção que uma das prioridades contidas na agenda de contingência que corresponde a contratação emergencial de leitos de UTI, não aparece em nenhum PCE.

Vale ressaltar que nenhum PCE contemplou por completo a agenda de contingência (com todas as dezessete prioridades). A agenda brasileira se caracterizou pelo heterogêneo planejamento ao enfrentamento à COVID-19.

Assim, quando analisadas prioridades estaduais a partir do Quadro 2, pode-se perceber que cinco PCE citaram de 12 a 10 prioridades da agenda de enfrentamento a COVID-19 no Brasil. Dentre eles estão Goiás (12), Bahia e Minas Gerais (11), e Acre e Santa Catarina (10). Por outro lado, destaca-se os Estados que contemplaram o menor número de prioridades contidas na agenda federal. Nestes casos, estão os PCE de Roraima, Piauí, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (05), Alagoas, Ceará, Espírito Santo e Rio Grande do Sul (04) e Rondônia (03).

Apresentados estes resultados, vale destacar duas situações relevantes desta análise política sobre a contingência hospitalar para COVID-19 no Brasil. A primeira diz respeito aos estados com mais prioridades relacionadas à sistematização de rede de atenção a COVID-19 que foram Bahia, Goiás e Santa Catarina. No que tange a rede de urgência para a COVID-19, Bahia, Minas Gerais e Goiás contemplaram todas as priorida-

**Quadro 2.** Agenda de prioridades estaduais e Distrito Federal para enfrentamento da Covid-19, quanto a atenção hospitalar, por regiões e estados brasileiros, segundo Planos de Contingência Estaduais, 2020.

Nacional	Prioridades Estaduais	UF por Regiões																													
		Norte							Nordeste							Sudeste							Centro-Oeste						Sul		
		AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	ES	MG	RJ	SP	GO	MT	MS	DF	PR	RS	SC	N		
Sistematização de rede de atenção a Covid-19	Estabelecer rede e fluxo de regulação de casos graves;																												27		
	Regular transporte inter-hospitalar																												14		
	Realizar contrarreferência de pacientes																												09		
	Ordenar a rede com níveis de complexidade e regionalização																												07		
Definição rede de urgência a Covid-19	Indicar hospitais de referência e com a reserva de leitos para contingência;																												20		
	Disponibilizar rede de Atenção Pré-Hospitalar																												08		
Orientação da assistência hospitalar aos casos de Covid-19	Implantar acolhimento de casos com classificação de risco																												05		
	Estimar necessidade de RHS																												27		
Atenção hospitalar para casos graves de Covid-19	Apoiar os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar																												05		
	Garantir equipamentos, insumos de laboratório e EPI																												06		
	Garantir estoque de medicamento																												27		
	Adquirir aparelhos de ventilação mecânica																												15		
																													00		

continua



vés da viabilidade de métodos de diagnósticos e procedimentos terapêuticos, utilizando-se dos equipamentos de saúde disponíveis e capazes de receber pacientes. Para tanto, se identificaria locais estratégicos com capacidade instalada de leitos de UTI e enfatizaria orientações voltadas para sintomas leves a fim de evitar internações desnecessárias<sup>2-21</sup>.

Mas, o PCN foi pouco específico. Em síntese, apresentou diretrizes para o funcionamento adequado dos serviços e necessidade de ampliação da rede de atenção à saúde, explorando pouco sobre as descrições das ações em situação de COVID-19<sup>21</sup>.

Percebe-se também lacunas no PCN frente as recomendações da OMS também relacionadas ao delineamento de estratégias de prevenção e controle de infecções por COVID-19 entre profissionais de saúde e planejamento de como seria registrado e investigado os casos de infecção em profissionais e mecanismos de triagem, detecção precoce e controle de fontes de infecção nos espaços de atuação das equipes de saúde<sup>2</sup>.

Cabe observar ainda que o posicionamento oficial do Governo Federal foi marcante nas definições de agendas com os estados, muito em decorrência de divergências internas entre seus aliados e o MS marcadamente à época da elaboração do PNC. Os conflitos envolveram pronunciamentos do Presidente da República, primeiro negando a gravidade da pandemia, em contraste às orientações da OMS e atuação do próprio MS<sup>22,23</sup> e segundo pela divergência com os atores governamentais estaduais quanto à adoção de estratégias de isolamento social e recomendações do tratamentos medicamentosos não comprovado cientificamente para COVID-19, durante a construção das agendas e formulações dos PCE. Vale destacar que o isolamento social se constitui a principal via de contenção da transmissibilidade, buscando evitar o aumento do número de casos e mortes por COVID-19<sup>24</sup>. Essas divergências entre autoridades sanitárias sugerem ausência de coordenação nacional para adequada comunicação<sup>8</sup>. Principalmente quanto a desaceleração da disseminação da COVID-19, minimização do seu impacto sobre os sistemas de saúde, garantia de melhor acesso aos serviços hospitalares na projeção da utilização hospitalar durante o surto de COVID-19 e atenuação da pressão sobre o sistema de saúde<sup>25</sup>.

Positivamente, vem surgindo elaboração de linha de cuidado voltada para atenção à COVID-19<sup>26</sup> privilegiando reorganização dos processos de trabalho nos serviços e sistema de saúde,

de, com ações voltadas para educação sanitária, vigilância epidemiológica, acolhimento e detecção precoce de casos, monitoramento de casos leves por tecnologias digitais e internação somente de casos graves.

E, dada a limitada capacidade instalada da rede hospitalar SUS na maioria dos estados brasileiros<sup>27</sup>, faz-se necessária a constituição do fluxo regulatório para casos graves, em que a internação é imprescindível ao manejo clínico da COVID-19<sup>28</sup>. Situação que atende a OPAS pelo estabelecimento de mecanismos de gestão centralizada de leitos<sup>29</sup>.

A análise dos PCE também permitiu identificação de importantes pontos de fragilidade na formulação de políticas de atenção hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. Chama maior atenção aquelas questões correlacionadas à contenção, pois apenas 3 das 17 prioridades de contingência estadual foram explicitadas em todos os PCE, sendo elas: estabelecimento do fluxo de regulação dos casos graves; garantia de equipamentos, insumos de laboratório e EPI; e orientação dos profissionais ao manejo clínico. Enquanto que as demais 14 prioridades apresentaram condição de heterogeneidade entre estes instrumentos de planejamento.

Os principais destaques desta característica são: apenas 04 estados terem estabelecido método de cálculo de leito de contingência, 06 preverem abertura de hospitais de campanha, 05 considerarem a necessidade de planejar alocação de trabalhadores para atividades assistenciais. E mais notório ainda a condição de nenhum dos PCE ter estabelecido contratação complementar de leitos de UTI e priorizado aquisição de aparelhos de ventilação mecânica.

Em destaque, esta última poderia determinar sério constrangimento ético, pois o desequilíbrio entre sua disponibilidade e o aumento da demanda de pacientes graves pode ser fatal para o cuidado em saúde<sup>30,31</sup>. Principalmente quando considerada a inequidade de acesso a leitos de UTI entre usuários SUS dependente e beneficiários duplamente cobertos pelo SUS e seguros saúde privados<sup>32</sup>. Iniquidade esta que foi considerada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua recomendação de requisição de leitos privados aos gestores do SUS<sup>33</sup> e pelo estabelecendo a denominada fila única para ocupação regulada aos leitos de UTI nos casos de COVID-19<sup>34</sup>. Chama também muita atenção o fato de nenhum estado ter feito constar nos seus PCE a possibilidade de contratar leitos de UTI privadas para retaguarda aos casos graves de COVID-19.

A ausência da estimativa de trabalhadores de saúde a ser alocada no enfrentamento da COVID-19 em mais de 20 agendas estaduais é considerada perigosa, uma vez que este é um dos elementos constitutivo e fundamental às estratégias desenvolvidas nos sistema de saúde<sup>35</sup>. E planejá-lo deveria ser condicionante ao desenvolvimento do plano de ação emergencial, principalmente como garantia da atividade funcional da oferta de serviços hospitalares<sup>36</sup>.

Cabe enfatizar que durante o desenvolvimento do estudo, constou-se que muitas Secretarias Estaduais de Saúde reformularam seus planos, muito devido à evolução epidemiológica da epidemia em seus territórios, adequações às orientações das autoridades sanitárias internacionais e com base nas novas evidências científicas sobre a COVID-19. Esse esforço é positivo e foi considerado, dada dinamicidade do processo de atualização da agenda de contingência.

## Conclusão

A análise dos Planos de Contingência, à luz da teoria do ciclo da política pública, evidenciou as divergências com relação às estratégias de enfrentamento da COVID-19, mas também apontou semelhanças e diferenças entre as agendas de prioridades definidas no âmbito estadual. Considerando a atualização continua desses planos em função da própria dinamicidade da pandemia, cabe ressaltar a importância da continuidade desse estudo, enfocando o processo de implementação e avaliação dos resultados alcançados em cada estado.

Nessa perspectiva, é importante enfatizar que a necessária revisão das opções políticas materializadas nos PCE não deve se limitar às estratégias e ações para garantir a atenção hospitalar aos casos graves, senão, que deve contemplar a organização de toda linha de cuidado dos casos de COVID-19 nos diversos pontos de atenção à saúde que compõem a rede de atenção no SUS, articulada a uma ampla rede intersetorial capaz de desenvolver as ações necessárias para a redução das desigualdades sociais e da atenção diferenciada aos grupos vulneráveis.

Sem dúvida, a pandemia impôs aos sistemas de saúde de diversos países a construção de agendas de enfrentamento de grandes desafios a serem resolvidos para a prestação dos serviços adequadamente<sup>37,38</sup>. No caso brasileiro a situação de emergência trazida pela pandemia de COVID-19 acentuou dificuldades pré existentes, que já vinham comprometendo o SUS e os serviços de vigilância, regulação, comunicação e atenção à saúde cujas raízes estão no subfinanciamento, no sucateamento de hospitais, na insuficiência de profissionais, nos privilégios para o setor privado, dentre outros problemas do sistema que limitam o planejamento e implementação de diversas ações de cuidado/atenção aos usuários e população.

Nesse cenário é de fundamental importância a ampla participação de outros atores políticos, juristas, participantes das instâncias de controle social e toda a sociedade para colaborar nos debates acerca das políticas públicas e ações de saúde. Assim, a busca de superação da grave crise sanitária tem sido assumida como uma tarefa coletiva de muitos movimentos e entidades em torno de um movimento denominado Frente pela Vida que é composto por treze entidades, entre elas, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Economia da Saúde, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Sociedade Brasileira de Bioética, Rede Unida, Conselho Nacional de Saúde, representantes de universidades públicas, sindicatos e parlamentares brasileiras.

Essas entidades defendem, por exemplo, que o COE seja retomado nos moldes previstos e que inclua representantes das sociedades científicas da saúde, da bioética e entidades e movimentos do controle social, pois após as mudanças na titularidade do Ministério da Saúde, as ações do COE ficaram restritas à coordenação logística na distribuição de insumos pelo país. Frente a essas e outras críticas ao PCN, essas entidades elaboraram um Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia de COVID-19 para subsidiar os governos a cumprirem seu papel no planejamento e execução de ações efetivas de controle da pandemia, documento que certamente pode contribuir para o aperfeiçoamento dos PCE no combate à COVID-19.

## Colaboradores

TBS Santos, LR Andrade, SL Vieira, JA Duarte, JS Martins, LB Rosado, JS Oliveira e ICM Pinto conceberam o delineamento metodológico do manuscrito, produziram dados, participaram da análise e interpretação dos resultados, discutiram sobre conclusões e aprovaram a versão final do manuscrito.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *International Health Regulations*. Genebra: OMS; 2005.
2. World Health Organization (WHO). *COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response*. Genebra: WHO; 2020.
3. Contreras GW. Getting ready for the next pandemic COVID-19: Why we need to be more prepared and less scared. *J Emerg Manag* 2020; 18(2):87-89.
4. Tian HY. 2019-nCoV: new challenges from coronavirus. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2020; 54(3):235-238.
5. Lee A. Wuhan novel coronavirus (COVID-19): why global control is challenging? *Public Health* 2020; 179:A1-A2.
6. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Yao L, Bai H, Cai Z, Yang BX, Hu S, Shang K, Wang G, Ma C, Liu Z. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020; 87:11-17.
7. Kim SW, Su KP. Using psycho neuro immunity against COVID-19. *Brain Behav Immun* 2020; 87:4-5.
8. Griffin KM, Karas MG, Ivascu NS, Lief L. Hospital Preparedness for COVID-19: A Practical Guide from a Critical Care Perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201(11):1337-1344.
9. Zhu W, Wang Y, Xiao, K; Zhang H, Tian Y, Clifford SP, Xu J, Huang J. Establishing and Managing a Temporary Coronavirus Disease 2019 Specialty Hospital in Wuhan, China. *Anesthesiology* 2020; 132(6):1339-1345.
10. Carenzo L, Costantini E, Greco M, Barra FL, Rendiello V, Mainetti M, Bui R, Zanella A, Grasselli G, Lagioia M. Hospital surge capacity in a tertiary emergency referral centre during the COVID 19 outbreak in Italy. *Anaesthesia* 2020; 75(7):928-934.
11. Baggiani A, Briani S, Luchini G, Giraldi M, Martino MC, Porretra A, Totaro M, Privitera G. Management of healthcare areas for the prevention of COVID-19 emergency in an Italian teaching hospital in Pisa, Tuscany: a hospital renovation plan. *Infection Control Hospital Epidemiol* 2020; 41(11):1368-1369.
12. Brasil. Portaria n° 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). *Diário Oficial da União* 2020; 3 fev.
13. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)*. Brasília: SVS/MS; 2020.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Pinto ICM, Souza LEPF, Santos TBS, Teixeira CFS. Gestão do Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, organizador. *Sistema Único de Saúde: tudo que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 151-172.
16. Kingdon JW. *Agendas, alternatives and public policies*. 2ª ed. United States of America: Addison-Wesley Longman; 1995.
17. Pinto ICM. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de políticas. *Pol Publ* 2008; 12(1)27-36.

18. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, Codeço CT. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel da vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(3):e00019620.
19. Brasil. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. *Diário Oficial da União* 2020; 30 jan.
20. World Health Organization (WHO). *Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #2: creating surge capacity for acute and intensive care*. Regional Office for Europe: WHO; 2020.
21. Albuquerque NLS. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional. *Cogitare Enferm* 2020; 25(72659):1-7.
22. Barberia LG, Gómez, EJ. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *Lancet* 2020; 396(10248):367-368.
23. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev Administração Pública* 2020; 54(4):663-667.
24. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico administrativos. *Rev Administração Pública* 2020; 54(4):678-696.
25. Moghadas S, Shoukatb A, Fitzpatrickc M, Wellsb C, Sahb P, Pandeyb A, Sachsd J, Wang Z, Meyersf L, Singerg B, Galvanib A. Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. *PNAS* 2020; 117(16):9122-9126.
26. Portela CP, Graboís V, Travassos C. *Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde*. Observatório COVID-19: Fiocruz; 2020.
27. Canabarro A, Tenorio E, Martins R, Martins L, Brito S, Chaves R. Data-Driven Study of the COVID-19 Pandemic via Age-Structured Modelling and Prediction of the Health System Failure in Brazil amid Diverse Intervention Strategies. *PLoS One* 2020; 15(7):e0236310.
28. Massuda A, Malik A, Junior W, Vecina Neto G, Lago M, Tasca R. *Pontos-chave para a gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19*. São Paulo: IEPS; 2020.
29. Pan American Health Organization (OPAS). World Health Organization (WHO). *Atualização Epidemiológica: Novo Coronavírus (COVID-19)*. Washington: OPAS/WHO; 2020.
30. Kuhn A. *How a South Korean city is changing tactics to tamp down its COVID-19 surge* [Internet]. NRP; 2020 [acessado 2020 Maio 02]. Disponível em: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/03/10/812865169/how-a-south-korean-city-is-changing-tactics-to-tamp-down-its-covid-19-surge.%20opens%20in%20new%20tab>
31. Wang D, Lucca-Silveira M. *Escolhas dramáticas em contextos trágicos: alocação de cegas em UTI durante a crise da COVID-19*. São Paulo: IEPS; 2020.
32. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde Debate* 2015; 39:39-59.
33. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recomendação nº 26, de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requeiram leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia. *CNS* 2020; 22 abr.
34. Costa NR, Lago MJ. A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ; 2020.
35. Souza L, Bahia L. Componentes de um sistema de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Almeida-Filho N, Paim JS, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 49-68.
36. Rache R, Nunes S, Malik AN, Massuda A. *Necessidades de Infraestrutura do SUS em preparo ao COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar*. São Paulo: IEPS; 2020.
37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Strategies for optimizing the supply of N95 respirators* [Internet]. 2020 [acessado 2020 Maio 02] Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>
38. Campbell D, Busby M. *Não adequado ao objetivo: médicos do Reino Unido condenam a proteção do COVID-19* [Internet]. The Guardian; 2020 [acessado 2020 Maio 01] Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/16/not-fit-for-purpose-uk-medics-condemn-covid-19-protection>

Artigo apresentado em 19/08/2020

Aprovado em 11/12/2020

Versão final apresentada em 13/12/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva