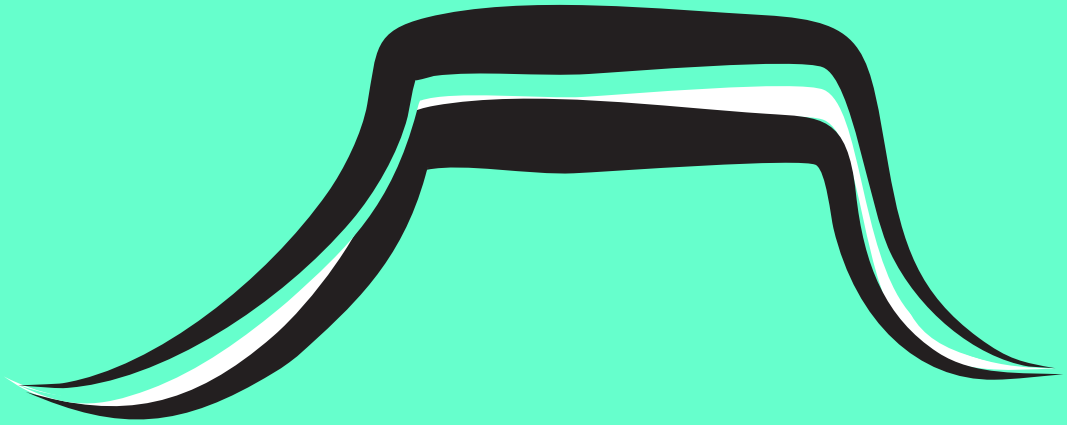


COLEÇÃO
COMUNICAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS



COVID-19: ENFOQUES GERENCIAIS NA SAÚDE

ELÓI MARTINS SENHORAS
FRANCISLEILE LIMA NASCIMENTO
(organizadores)



COVID-19

Enfoques Gerenciais na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR



Reitor
José Geraldo Ticianeli

Vice-Reitor
Silvestre Lopes da Nóbrega

EDITORA DA UFRR

Diretor da EDUFRR:
Fábio Almeida de Carvalho

CONSELHO EDITORIAL

Alcir Gursen de Miranda
Anderson dos Santos Paiva
Bianca Jorge Sequeira Costa
Fábio Luiz de Arruda Herrig
Georgia Patrícia Ferko da Silva
Guido Nunes Lopes
José Ivanildo de Lima
José Manuel Flores Lopes
Luiza Câmara Beserra Neta
Núbia Abrantes Gomes
Rafael Assumpção Rocha
Rickson Rios Figueira
Rileuda de Sena Rebouças



Editora da Universidade Federal de Roraima
Campus do Paricarana – Av. Cap. Ene Garcez, 2413,
Aeroporto - CEP.: 69.304-000. Boa Vista - RR - Brasil
Fone: +55.95.3621-3111 e-mail: editoraufrr@gmail.com

A Editora da UFRR é filiada à:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



COVID-19

Enfoques Gerenciais na Saúde

ELÓI MARTINS SENHORAS
FRANCISLEILE LIMA NASCIMENTO
(organizadores)



BOA VISTA/RR
2020

Editora da Universidade Federal de Roraima

Todos os direitos reservados.

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



NÚCLEO DE PESQUISA SEMIÓTICA DA AMAZÔNIA

EXPEDIENTE

Revisão

Elói Martins Senhoras
Francisleile Lima Nascimento

Capa

Berto Batalha Machado Carvalho
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação

Berto Batalha Machado Carvalho
Elói Martins Senhoras

Organizadores da Coleção

Elói Martins Senhoras
Maurício Zouein

Conselho Editorial

Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Maurício Elias Zouein
Sandra Gomes
Sônia Costa Padilha

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

C873 SENHORAS, Elói Martins; NASCIMENTO, Francisleile Lima.

COVID-19: Enfoque Gerenciais na Saúde. Boa Vista: Editora da UFRR, 2020, 145 p.

Coleção: Comunicação e Políticas Públicas, v. 72. Elói Martins Senhoras, Maurício Elias Zouein (organizadores).

ISBN: 978-65-86062-41-0
<http://doi.org/10.5281/zenodo.3905539>

1 - Coronavírus. 2 - COVID-19. 3 - Gestão. 4 - Saúde.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - COVID-19. IV - Série

CDU – 616-036.21

FICHA CATALOGRÁFICA: BIBLIOTECA CENTRAL DA UFRR

A exatidão das informações, conceitos e opiniões são de exclusiva responsabilidade do autor.

EDITORIAL

O Núcleo de Pesquisa Semiótica da Amazônia (NUPS), da Universidade Federal de Roraima (UFRR), criou a “Coleção Comunicação & Políticas Públicas” com o objetivo de divulgar livros de caráter didático produzidos por pesquisadores da comunidade científica que tenham contribuições nas amplas áreas do conhecimento.

O selo “Coleção Comunicação & Políticas Públicas” é voltado para o fomento da produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância científica e didática para atender aos interesses de ensino, pesquisa e extensão da comunidade acadêmica e da sociedade como um todo.

As publicações incluídas na coleção têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e da *práxis* em diferentes áreas do pensamento científico e para a consolidação de uma comunidade científica comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates nestas áreas.

Concebida para oferecer um material sem custos aos universitários e ao público interessado, a coleção é editada nos formatos impresso e de livros eletrônicos a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Elói Martins Senhoras, Maurício Elias Zouein
(Organizadores da Coleção Comunicação & Políticas Públicas)

*Algo deve mudar para que
tudo continue como está.*

Giuseppe Tomasi di Lampedusa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 Pandemia por COVID-19 e seu impacto na atenção primária: desafios dos gestores	15
CAPÍTULO 2 Atenção primária à Saúde em tempos de COVID-19 e reorganização do trabalho	35
CAPÍTULO 3 Aspectos gerenciais na segurança de profissionais da Saúde em tempos de COVID-19	61
CAPÍTULO 4 O Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia da COVID-19	81
CAPÍTULO 5 COVID-19, cemitérios, necrotérios e serviços funerários	99
CAPÍTULO 6 A crise pandêmica da COVID-19 e a (des)governança global da Saúde	115
SOBRE OS AUTORES	135

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A COVID-19 trouxe consigo uma série de repercussões multilaterais no campo da Saúde em um curtíssimo espaço de tempo, introjetando no contexto pandêmico em abruptos fluxos de demandas de serviços em contraposição às limitações estruturais que tenderam a se ampliar.

Tomando como temática de referência os “COVID-19: Enfoques Gerenciais na Saúde”, este livro traz um conjunto de reflexões que lidam com as agendas de gerenciamento no campo sanitário desde o nível operacional do espaço local até se chegar no nível estratégico da política nacional e internacional.

Estruturado em seis capítulos, a presente obra possui uma natureza exploratória, descritiva e explicativa sobre os enfoques gerenciais na Saúde que somente foi possível de ser construído por meio de um trabalho coletivo de 20 profissionais oriundos das regiões Sul, Sudeste e Norte do país.

No primeiro capítulo, “Pandemia por COVID-19 e seu impacto na atenção primária: desafios dos gestores”, são apresentadas reflexões sobre os desafios gerenciais e estruturais na atenção primária, bem como sobre proteção e valorização dos profissionais de Saúde no combate ao coronavírus.

No segundo capítulo, “Atenção primária à Saúde em tempos de COVID-19 e reorganização do trabalho”, apresenta-se um relato de experiência sobre a busca de soluções para reorganização do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde com base no referencial pedagógico do Arco de Maguerez.

No terceiro capítulo, “Aspectos gerenciais na segurança de profissionais da Saúde em tempos de COVID-19”, é feita uma análise propositiva sobre medidas de segurança dos trabalhadores

por meio de uma discussão sobre as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e do Emprego do Brasil.

No quarto capítulo, “O Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia da COVID-19”, discute-se a capacidade de atendimento do SUS e a existência de lacunas e falhas estruturais prévias, demonstrando que este é um momento delicado em função do potencial de colapso.

No quinto capítulo, “COVID-19, cemitérios, necrotérios e serviços funerários”, são abordados os desafios e a emergência de novos protocolos contra a contaminação nos serviços essenciais que diretamente lidam com a morte no Brasil, haja vista que estes se tornam foco de pressão crescente no contexto pandêmico.

No sexto capítulo, “A crise pandêmica da COVID-19 e a (des)governança global da Saúde”, apresenta-se um debate sobre as limitações do multilateralismo e da diplomacia médica neste contexto devido às polarizações no campo de poder conformado por um amplo número de países e a Organização Mundial de Saúde.

As discussões apresentadas neste livro trazem uma plural e rica agenda imersiva no crítico contexto de difusão da pandemia da COVID-19 no mundo, corroborando assim para refletir sobre os desafios e possibilidades dos enfoques gerenciais na Saúde no combate ao coronavírus.

Excelente leitura!

Elói Martins Senhoras

CAPÍTULO 1

*Pandemia por COVID-19 e seu impacto na
atenção primária: desafios dos gestores*

PANDEMIA POR COVID-19 E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS DOS GESTORES

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Érica Brandão de Moraes

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

André Luiz de Souza Braga

Pedro Ruiz Barbosa Nassar

Maria Lelita Xavier

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus colocou em evidência a crise na saúde pública de diversos países, tornando necessário o planejamento para o enfrentamento mundial que requer essa situação de emergência. Este vírus, nomeado “*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*” - SARS-CoV-2, produz a doença classificada como *Corona Virus Disease 2019* - COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de infecções em especial as respiratórias. Esta patologia é uma ameaça urgente e disseminada, cujas características clínicas e epidemiológicas ainda estão sendo documentadas (LI *et al.*, 2020; SENHORAS, 2020).

Sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e que varia de casos leves, cerca de 80%, a casos muito graves, provocada por uma síndrome respiratória aguda, variando entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e as condições sociais e clínicas associadas (BRASIL, 2020a).

Pela sua rapidez de disseminação e aumento exponencial de contágio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia pela COVID-19 como uma emergência de saúde pública

internacional (WHO, 2020a). Com esse entendimento, muitos países se mobilizaram para dar resposta à situação, somando esforços para fortalecer os sistemas de saúde e ampliar a capacidade de resposta para interromper a transmissão do vírus.

A COVID-19, mais do que uma ameaça para a saúde individual, é um desafio para a Saúde Pública global e um treinamento em vida real que põe em xeque a capacidade dos países e dos governos de se articularem e cooperarem para a resolução de um problema grave de dimensão planetária. Diversas estratégias foram tomadas pelos governos no mundo; no Brasil o Ministério da Saúde disparou o alarme para a intensificação das medidas de distanciamento social. Verbas orçamentárias foram anunciadas para o controle da epidemia, bem como medidas de desoneração de impostos sobre produtos de saúde e equipamentos de proteção individual – EPIs (BRASIL, 2020a).

A contenção da epidemia é o pilar central da estratégia e embora pareça que as medidas propostas sejam básicas, fáceis de serem implementadas, a adesão maciça e tempestiva é necessária para o sucesso da estratégia. A demanda logística complexa e forte articulação entre os governos e a sociedade civil organizada para acompanhar o dia a dia do enfrentamento à epidemia, retirando barreiras quando necessário, criando normas e promovendo a efetiva adesão da população às recomendações globais (CFM, 2020).

Por outro lado, pesquisadores de vários lugares do mundo, em redes de colaboração, correm contra o tempo para produzir ciência: testar medicamentos existentes, novos protocolos para tratar a doença e vacina que possa proteger a população, enquanto ela se alastra vertiginosamente pelo planeta. Nesse bojo, um estudo sobre a temática trata da avaliação remota na Atenção Primária à Saúde (APS), sugerindo mudança da consulta médica presencial para a consulta à distância, através de telefone ou videoconferência,

referindo-se ainda que os médicos enfrentariam, assim, uma nova doença e uma nova maneira de interagir com os pacientes (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Entretanto, esta não é a realidade de muitos países, onde pacientes buscam o sistema de saúde de forma presencial, para resolução de seus problemas, não dispondo de tecnologia para um telemonitoramento e, conseqüentemente, ampliando o risco de adoecimento daqueles que estão em contato ou cuidam de pacientes com COVID-19. Isso, inevitavelmente expõe os profissionais de saúde a riscos, indo de encontro com as diretrizes da OMS (2020), que preconiza a proteção destes profissionais (WHO, 2020b).

A compreensão de como a exposição dos profissionais de saúde ao vírus, se traduz em risco de infecção, é fundamental para desenvolver ações para prevenção e controle da infecção (OMS, 2020). Nesse contexto turbulento, deve-se ainda considerar a existência de portadores assintomáticos, que possivelmente transmitem a COVID-19 durante o período de latência, ampliando o risco para os profissionais.

No Brasil, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), são consideradas as principais formas de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para a população é importante essa referência primária estar acessível, tendo em vista que mediante este cenário, encontra-se imersa em dúvidas e medo e é nelas que buscarão esclarecimentos para as incertezas (COSTA, 2016).

Durante situações de surtos e epidemias, as UBS e ESF tem papel fundamental na resposta global à doença em questão, acolhendo casos mais leves, identificando e encaminhando às unidades referenciadas os casos graves e com risco de vida. Assim, os profissionais que atuam nestas unidades devem oferecer atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a

coordenação do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2020b).

Acrescente-se ainda, o papel fundamental destes profissionais no aconselhamento dos usuários e no apoio ao gerenciamento eficiente da infecção pelos sistemas de saúde, enquanto o primeiro ponto de contato do portador do vírus com o sistema de saúde; nesse sentido o apoio deve ser fundamental, pois são parceiros chave no esforço global de contenção da doença.

Cabe ressaltar, que profissionais que trabalham em ambientes afetados pela fragilidade na gestão do SUS, confrontam-se diariamente com desafios pessoais e profissionais; sem logística operacional efetiva e sustentável, estrutura física inadequada, aumento de carga de trabalho e a sua complexidade devido ao déficit de pessoal em todas as áreas, além da desvalorização. Esse cenário se torna mais inóspito, por ter que lidar com a contaminação e morte de colegas pela COVID-19 e o medo de sua própria contaminação.

A contaminação e morte dos profissionais de saúde pela COVID-19, tem sido um dos problemas enfrentados por diversos países no mundo após início da pandemia. Por exemplo, tem-se a Itália que conta com 126 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros, deles 35 enfermeiros) mortos desde o início da pandemia. (Federação Nacional das Ordens dos Médicos da Itália (Fnomceo) e Federação Nacional das Ordens de Profissões de Enfermagem; abril de 2020). Na Espanha, morreram 96 médicos e 26 enfermeiros segundo o Consejo General de Enfermería; Estados Unidos desde o início da pandemia perdeu 46 profissionais de enfermagem, segundo entidades de classe.

No Brasil se registrava até 06 de maio de 2020 ao menos 88 mortes de profissionais de enfermagem, associados à doença, de acordo com o balanço do Conselho Federal de Enfermagem e alerta ainda para a gravidade da situação que indica negligência no

fornecimento de EPIs, falta de treinamento das equipes, profissionais de grupos de risco mantidos na linha de frente do atendimento, subdimensionamento das equipes entre outros fatores, o que resulta em pelo menos 10,000 profissionais de Enfermagem com suspeita de COVID-19 (COFEN, 2020). Observa-se que o Brasil corresponde a maior fatia do total global de óbitos na profissão.

Frente à situação de pandemia, a OMS (2020), fez recomendações sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, assim como a elaboração de políticas que mitiguem a exposição a estes profissionais à infecção. O movimento para o cumprimento destas recomendações resultou na elaboração de protocolos por parte dos gestores, orientando os cuidados com os pacientes e com a segurança destes profissionais que se encontram na assistência (WHO, 2020b).

Entretanto, observa-se que os mesmos não contam com o mínimo de equipamentos, assim descreve o Conselho Regional Enfermagem de Pernambuco (2020): “é urgente a oferta adequada de equipamentos de proteção individual para reduzir o risco de contaminação dos profissionais de Enfermagem que estão na linha de frente do combate a pandemia com o afastamento da assistência dos profissionais do grupo de risco”.

Outra questão muito importante a considerar é a necessidade de capacitação ou treinamento destes profissionais, sobre os cuidados na paramentação e retirada dos EPIs utilizados (máscaras, luvas, proteção ocular, capote e avental) e questões relacionadas à doença, com o objetivo de evitar contaminação e disseminação da mesma entre profissionais de saúde e pacientes. Salienta-se o papel fundamental dos gestores dos serviços de saúde, responsáveis por reunir esforços para assegurar o bem-estar físico e mental dos profissionais, de modo a manterem-se saudáveis, protegendo a si mesmos e aos usuários.

O momento impõe reflexão sobre diversos motivos, dentre eles: o direito à saúde, a garantia da saúde pública, a resposta do sistema e dos gestores de saúde e da sociedade em geral, no que tange à valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde, como pessoas com aptidões e contribuições singulares, nas diversas ações que desempenham; que se manifestem em salários justos e condições de trabalho adequadas, dignas e com segurança, considerando ainda a capacitação/treinamento destes profissionais para que possam responder a futuros desastres, emergências ou pandemias. Assim, tem-se como objetivo: propor reflexões sobre os desafios dos gestores e profissionais de saúde em relação à pandemia do coronavírus na Atenção Primária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada a partir de uma revisão integrativa da literatura pertinente, publicada a partir do ano de 2019. Foram realizadas buscas nas bases de dados online: Scopus, Medline, PubMed, Scielo, Web of Science e sites de órgãos regulamentadores, incluindo notas técnicas e portarias. Os resultados obtidos forneceram subsídios para compor o presente estudo de reflexão acerca das evidências e documentações disponíveis sobre os desafios que a pandemia do coronavírus traz para os gestores e profissionais de saúde na Atenção Primária.

Foi possível perceber que autores de diversas partes do mundo estão imbuídos da necessidade de se pesquisar e publicar sobre a temática, no sentido de servir de base para novos estudos. Sendo assim, com vistas ao objetivo desta pesquisa, o texto foi organizado em duas partes, com abordagem nas temáticas: Desafios gerenciais e estruturais na Atenção Primária de Saúde frente ao

coronavírus; Desafios na proteção e valorização dos profissionais de saúde durante a pandemia do coronavírus.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentadas duas categorias temáticas, no intuito de propor reflexões acerca da temática em questão. Para isto, os autores pesquisados, apresentam algumas indagações relevantes e também algumas contribuições, que são expostas a seguir:

Desafios gerenciais e estruturais na Atenção Primária de Saúde frente ao Coronavírus

Diante da pandemia pelo novo Coronavírus, os gestores das unidades básicas de saúde, enfrentam novos desafios. Como exemplo de gestão, o governo australiano fortaleceu ainda mais o sistema de atenção básica do país, atribuiu isso a um dos fatores contribuintes para a baixa mortalidade em idosos, mesmo com o aumento no número de casos de COVID-19 nessa população. O governo também elaborou um plano de ação direcionado à atenção básica contendo quatro objetivos direcionados à pandemia da COVID-19: proteção (proteção de pessoas vulneráveis aos efeitos do vírus); função (preservando a funcionalidade e capacidade do sistema de saúde); apoio e tratamento (facilitando a gestão mais eficaz de pessoas com sintomas); e capacidade (gerenciamento e manutenção dos estoques de EPIs) (KIDD, 2020).

No Brasil, a atenção primária representa a linha de frente e porta de entrada no sistema de saúde. Apesar de tamanha importância, apresenta fragilidades estruturais, sobretudo no uso de

tecnologias. Discussões acerca do papel da Atenção Primária em surtos e epidemias voltam à tona, e traz um olhar sobre a estrutura desses serviços para o enfrentamento de um agravamento como o Coronavírus. Uma estratégia de consolidação das ações é a criação de um plano estadual para o enfrentamento da crise. O plano deve levar em consideração o contexto local, unidades disponíveis por nível de complexidade, capacidade de cada unidade, e como se dará a comunicação entre todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CABRAL *et al.*, 2020).

O grande e primeiro desafio dos gestores é reorganizar e reordenar a RAS no que diz respeito ao estabelecimento de quais unidades serão referências para casos leves e moderados de COVID-19, e como os casos mais graves serão direcionados. A partir desse momento um fluxo deve ser construído e disseminado entre profissionais de saúde e usuários do sistema. Uma vez que o fluxo é definido, há que se pensar em como manter a segurança dos profissionais e outros usuários, evitando a contaminação cruzada, visto que pessoas com sintomas irão procurar a unidade de saúde.

No Brasil, a pandemia potencializou a fragilidade do sistema de saúde em vários aspectos, seja relacionado ao déficit de profissionais, falta de recursos financeiros e materiais além de deficiência na incorporação de tecnologias leves duras e duras, o que impõe desafios para o enfrentamento da mesma. Medidas adotadas em alguns países propõem o telemonitoramento dos pacientes, por meio de consultas virtuais com os usuários. Porém, questiona-se, como instituir esse recurso no Brasil, se muitas unidades não dispõem sequer de computador, internet e prontuário eletrônico. Logo, a aquisição de instrumentos para o desenvolvimento deste trabalho, torna-se essencial e urgente, uma vez que, será possível garantir melhor atendimento à população. Outra questão é como os usuários poderiam acessar essa tecnologia, também constitui outro problema, visto que as unidades básicas

atendem regiões com baixo poder socioeconômico, onde já falta o básico, como rede de esgoto e alimentação. Telefone com recursos audiovisuais e internet são artigos de luxo para essa população carente (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Para que os profissionais possam atender esses pacientes, é necessário garantir estrutura mínima nas unidades de Atenção Primária, para que os profissionais de saúde trabalhem com segurança, disponibilizando os EPIs adequados como (óculos ou *face shield*, máscara comum e N95, luvas, capote). Além disso, não pode faltar álcool a 70%, bem como sabão e pia para lavar as mãos. Observa-se em notícias midiáticas, e notas dos conselhos profissionais o quanto a escassez destes materiais está sendo prejudicial aos trabalhadores da saúde.

Outro grande desafio está no investimento em educação permanente, como primordial para que os trabalhadores possam evitar se contaminar e disseminar o vírus. As ações educativas sobre paramentação e desparamentação são necessárias a todos os profissionais da equipe.

Neste período de pandemia, a Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de ação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população, bem como para autoproteção, tendo em vista as altas taxas de morbimortalidade expressas na atualidade. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas.

Ainda nesta perspectiva, a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde

da população. A Educação Permanente é entendida, portanto, como uma atualização cotidiana das práticas, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Desafios na proteção e valorização dos profissionais de saúde durante a pandemia pelo coronavírus

Com o avanço da doença, enfrenta-se a infecção e morte de profissionais de saúde, mesmo em países que contam com sistema de saúde relativamente estruturados. Frente a isto, a Aliança Mundial das Profissões da Saúde (WHPA, 2020), que representa 31 milhões de profissionais de saúde no mundo, em carta dirigida aos governos conclamaram que estes priorizem o apoio à equipe de saúde que está na linha de frente contra a COVID-19. Enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentistas, médicos e outros profissionais da saúde estão concentrando seus esforços na prevenção, diagnóstico, contenção e tratamento de pacientes. Entretanto, esses profissionais não contam com condições adequadas de trabalho entre eles equipamento de proteção individual necessário, que podem mantê-los protegidos contra infecções e, portanto, capazes de continuar seu trabalho vital com segurança e em situações menos estressantes.

No Brasil, a Atenção Primária de Saúde desde 2017, com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem perdendo força de trabalho, qualidade e capacidade de enfrentamento às demandas postas a ela. Na contramão do fortalecimento e valorização estamos há anos imaginando o que seria no futuro, e agora o futuro chegou, com uma severa pandemia viral (BRASIL, 2017).

Nesse momento de pandemia os profissionais da saúde são alçados ao lugar de protagonista e saem da invisibilidade, porém sem as devidas condições asseguradas e são lançados para a linha de frente no cuidado a COVID 19 (BUSSINGUER, 2020).

A COVID-19 está expondo de forma excepcional as demandas históricas dos profissionais de saúde. Estes são considerados um grupo vulnerável, visto que apresentam alto risco à infecção. (Koh - 2020). Neste grupo de profissionais, os da equipe de enfermagem, enfrenta a desvalorização, a invisibilidade e o desprestígio (BUSSINGUER, 2020), seja pela sociedade a qual presta seus serviços, seja pelos governantes que tem a responsabilidade de regulamentarem leis que beneficie a esta categoria. Tal situação retrata as condições de vulnerabilidade que a enfermagem vem sendo exposta ao longo do tempo e agudizada frente à pandemia da COVID 19 o que se reflete na assistência à saúde da sociedade (COFEN, 2020). Sendo a enfermagem apenas a ponta do iceberg.

Contudo, estes profissionais exercem contribuição central para metas nacionais e globais relacionadas às prioridades de saúde, incluindo a saúde universal, saúde mental e doenças não transmissíveis, preparação para emergências, segurança do paciente, prestação de cuidados integrados e centrados nas pessoas. Assim como resposta a surtos epidêmicos desastres e ajuda em crises humanitárias (WHO, 2020c; BRASIL, 2020a).

São necessárias medidas na força de trabalho em saúde da APS no que diz respeito à proteção e valorização: Quanto à proteção instituir protocolos de atuação aos diferentes cenários sociais, assegurar insumos necessários ao aumento dos atendimentos, sobretudo, de equipamentos de proteção individual (EPIs), orientar o fluxo de outras ações das unidades de saúde como vacinação, atendimento de gestantes e hipertensos (BARBOSA, 2020) são desafios que implicam em fortalecer o financiamento adequado aos

serviços de atenção básica, no qual se tem uma dívida histórica de esvaziamento financeiro e apoio para fazer frente ao aumento da demanda de cuidados de saúde pela população e sobretudo a ações de proteção aos trabalhadores de saúde (ACHIEVING, 2020). **Principalmente por ser porta de entrada nas Redes de Atenção à Saúde e vai equilibrar o fluxo para demais pontos da rede de alta complexidade otimizando os recursos assistências.**

Por outro lado, é necessário garantir a segurança e saúde do trabalhador e oferecer condições justas de trabalho, como por exemplo, receber equipamentos de proteção adequados, descanso razoável e proteção contra discriminação decorrente de seu trabalho com pacientes infectados (ARMISTROG; ACHIEVING, 2020).

Os líderes políticos, devem se unir e trabalhar em prol da segurança dos profissionais de saúde, para garantir que estes trabalhadores obtenham a proteção necessária para continuar a prestar cuidados essenciais, aos pacientes que requeiram de seus serviços. Para isto, deve se garantir a cadeia de suprimentos de EPIs (WHPA, 2020). Isto porque, o direito do profissional de saúde a condições saudáveis e seguras de trabalho tem que ser um imperativo ético-jurídico norteador no combate a COVID-19. A proteção desse direito é a garantia de que estes profissionais possam permanecer ativos e aptos a desempenhar suas funções com qualidade (ACHIEVING, 2020.).

Considere-se ainda, que por estarem na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, devem receber atenção diferenciada, em especial no que tange a proteção da sua saúde mental, por parte dos empregadores e gestores de saúde, considerando os fatores estressores aos quais são expostos continuamente, incluindo o estresse no local de trabalho, pressões familiares, exposição traumática, riscos e danos morais (KOH, 2020). Desse modo, é preciso serviços de apoio adequados e implementados como prioridade. Isto é, que o sistema de saúde público e o privado lhes

assegurem condições de trabalho, que não os coloquem em risco de infecção e possam intervir positivamente minimizando os efeitos estressores em sua saúde mental.

No que diz respeito à valorização dos trabalhadores da saúde, é necessário fazer uma reflexão sobre questões mais abrangentes sob as condições que estão submetidos, tais como: salários miseráveis, tendo que trabalhar em dois ou três empregos para sobreviver, trabalhando em equipes subdimensionadas, com tarefas superiores às possibilidades racionais de trabalho levando-os ao cansaço físico e emocional comprometendo a segurança dos pacientes, condições de trabalho irregulares que os estão levando à morte e contaminação pela COVID 19 (BUSSINGUER, 2020).

A valorização passa pelo premente aumento da contratação de profissionais para equipes volantes de apoio, para atuar tanto na visita domiciliar quanto para novos atendimentos na comunidade evitando contaminação cruzada, bem como instituir protocolos de atuação aos diferentes cenários sociais (BARBOSA, 2020).

Chega-se o momento de retomar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde instituída no Brasil, vinculada ao Ministério da Saúde, que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Colocando-o em outro patamar de valorização do trabalho e do trabalhador, sendo o trabalho visto como um processo de troca de saberes, autonomia e corresponsabilização (ARSEGO, 2013).

Incluem-se nessa política: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente; e comissões locais de negociações de condições de trabalho; capacitação e educação

permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho entre outros (BRASIL, 2012).

A política de valorização dos trabalhadores deve contemplar eixos de atuação, dispositivos e ferramentais de valorização do trabalho, quais sejam: gestão participativa; trabalho em equipe multiprofissional; planejamento e avaliação do trabalho; escuta do trabalhador; educação permanente; inserção e vínculo ao trabalho e saúde do trabalhador. É relevante ressaltar que o posicionamento gerencial, se não fundamentado em bases de valorização, pode acelerar ou agravar um desgaste do quadro de trabalhadores, podendo resultar em não compromisso e no adoecimento no trabalho (ARSEGO, 2013).

É essencial também, que os governos em sua tomada de decisão, de alto nível sobre a luta contra o vírus, incluam a experiência e as habilidades de liderança dos profissionais de saúde e especialmente de enfermeiros. Visto que a participação destes na linha de frente é inestimável para contenção do vírus.

Decerto, que algumas mortes poderiam ter sido evitadas com melhor preparação para emergências. Essa situação serve de alerta aos políticos e à sociedade, para que seja feito o investimento necessário na preparação dos trabalhadores da saúde para situações de crise e calamidades, indagando e corrigindo as falhas do sistema de saúde, no que diz respeito à questão gerencial.

CONCLUSÃO

Ao refletir sobre o atual cenário de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, aspectos crônicos referentes à gestão da Atenção Primária à Saúde, retornam a pauta de discussão. O sucateamento e a fragilidade da APS se tornam um dos grandes

desafios atuais, em conjunto com os aspectos sociais que envolvem a vulnerabilidade da população e escassez do acesso ao sistema de saúde e a tecnologia.

Dentro desse contexto, o cenário nacional desfavorece a eficácia das ações, visto que o déficit de profissionais de saúde é uma realidade já apontada há anos, a má gestão de materiais e a falta destes, incluindo os de equipamentos de proteção individual, proporcionam ações limitadas e aumentam os riscos e a vulnerabilidade dos profissionais, já sobrecarregados. As estratégias de educação permanente são determinantes nesse processo, haja vista, novas tecnologias, processos gerenciais e do cuidado em saúde.

Como fator preponderante, a população usuária das unidades de atenção primária, em sua maioria, então dentro dos grupos ditos vulneráveis, seja pelo processo de adoecimento crônico, seja pela vulnerabilidade socioambiental, o que nos faz ponderar sobre a necessidade de políticas de inclusão, tanto na saúde como no âmbito social, a julgar pelo grande quantitativo de trabalhadores informais, famílias de baixa renda, acesso a rede de água potável e esgotamento sanitário precário, entre outros.

Contudo, a população brasileira aspira por gestores comprometidos em assegurar ações que garantam o cuidado à saúde integral e de qualidade em condições adequadas que assegurem a atuação dos profissionais de saúde nesse cenário caótico e desgastante.

REFERÊNCIAS

ACHIEVING. “A Fair and Effective COVID-19 Response: An Open Letter to Vice-President Mike Pence”. **Public Health and**

Legal Experts in the United States [2020]. Disponível em: <<https://law.yale.edu>>. Acesso em: 26/05/2020.

ARSEGO, L. R. **A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira**. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas). Porto Alegre: UFRGS, 2013.

BARBOSA, S. P. “A atenção primária a saúde no contexto da COVID-19”. **HU Revista**, vol. 46, abril, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 2.426, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – COE COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

BUSSINGER, E. “Enfermeiros: de desvalorizados a protagonistas da luta contra o coronavírus”. **A Gazeta** [09/03/2020]. Disponível em: <<https://www.gazeta.com.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

CABRAL, E. R. M. *et al.* “Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19”. **Interamerican Journal of Medicine and Health**, vol. 3, abril, 2020.

CFM - Conselho Federal de Medicina. “Posição do Conselho Federal de Medicina sobre a pandemia de COVID19: contexto, análise de medidas e recomendações”. **Portal Eletrônico do CFM** [17/03/2020]. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. “Cofen Registra 10 mil casos de COVID-19 entre profissionais de Enfermagem”. **Portal Eletrônico do COFEN** [2020]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. “Cofen aciona justiça para garantir segurança dos profissionais”. **Portal Eletrônico do COFEN** [2020]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. “Demandas da enfermagem no combate a pandemia”. **Portal Eletrônico do COFEN** [2020]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 26/05/2020.

COSTA, N. R. A “Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 5, 2016.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. “COVID-19: a remote assessment in primary care”. **The BMJ**, vol. 25, n. 368, 2020.

KIDD, M. “Australia’s primary care COVID-19 response”. **Australian Journal of General Practice**, vol. 49, n. 2, 2020.

KOH, D. “Occupational risks for COVID-19 – Infection”. **Occupational Medicine**, vol. 12, n. 70, 2020.

LI, Q. *et al.* “Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia”. **New England Journal of medicine**, vol. 382, March, 2020.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e Educação: Análise dos Impactos Assimétricos”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 5, 2020.

WHO - World Health Organization. “Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Reports”. **WHO Website** [2020a]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 26/05/2020.

WHO - World Health Organization. “Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance”. **WHO Website** [2020b]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 26/05/2020.

WHO - World Health Organization. “Investing in education, jobs and leadership”. **WHO Website** [2020c]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 26/05/2020.

WHPA - *World Health Professions Alliance*. “World health professionals calling governments to priorities support for healthcare workers in the front line against coronavirus”. **WHPA Website** [2020]. Disponível em: <<https://www.whpa.org>>. Acesso em: 26/05/2020.

CAPÍTULO 2

*Atenção primária à Saúde em tempos
de COVID-19 e reorganização do trabalho*

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 E REORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Marcos Aurélio Maeyama

Arthur Cordazzo Pedrozo

Diogo Maurer Petrarca

Guilherme Pasqual Fogaça

Isadora Faneco da Silva

Mateus Costa Duarte

Murilo Guglielmetto Figueiredo

Gláucia Ribeiro

Aline Luvison

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foi identificado o primeiro caso de uma infecção respiratória causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), e denominado pela comunidade científica como COVID-19 (BRASIL, 2020a; SENHORAS, 2020; MARANHÃO; SENHORAS, 2020). Considerada já no final de 2019 como epidemia pela China, a notícia deixou as autoridades sanitárias no mundo inteiro em alerta, preocupação que veio a se confirmar, uma vez que em fevereiro a doença já havia sido reportada em diversos países (ROKNI; GHASEMI; TAVAKOLI, 2020).

O que mais chamou atenção foi sua rápida disseminação, levando a Organização Mundial da Saúde a declarar estado de Emergência de Saúde Pública de importância Internacional no final

de janeiro de 2020, e elevando o status para pandemia em 11 de março (NIAD, 2020).

A doença é contagiosa e a transmissão viral acontece por meio de contato pessoal próximo ou com objetos e superfícies contaminadas, ou por meio de gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro (WHO, 2020).

Os sintomas mais comuns são febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga, sintomas respiratórios superiores, sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros), que representa um quadro clínico típico de uma síndrome gripal, podendo variar de um quadro com apresentação leve ou assintomática à casos mais graves, incluindo choque séptico e falência respiratória (BRASIL, 2020a).

Porém, ainda não existem informações precisas sobre o curso da doença COVID-19, e tampouco medidas efetivas para manejo clínico e cura dos pacientes acometidos. O que se constata em todos os países é sua alta transmissibilidade e uma quantidade expressiva de óbitos (BRASIL, 2020a), e que qualquer pessoa, independente de idade, sexo ou raça, que tem contato com um indivíduo infectado é suscetível a contrair a doença (PARK, *et al.*, 2020). Além disso, o que mundialmente se observou, foi que grande parte dos óbitos estavam relacionados à pacientes com condições clínicas de risco pré-existentes, como doença cardiovascular, diabetes, doença respiratória crônica, hipertensão, câncer e pessoas idosas, o que coloca essa população como grupo de risco para os casos mais graves e óbito (BRASIL, 2020a).

Esse conjunto de fatores, coloca as medidas de higiene e de proteção individual, como as mais importantes, incluindo principalmente o distanciamento social, que tem se mostrado como medida mais efetiva para frear a disseminação do vírus na população (BRASIL, 2020b).

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (2020), publicou a “Recomendação n°18”, de 26 de março de 2020, que prevê o isolamento social para todos os pacientes sintomáticos, e para aquelas pessoas que se encontram nos grupos de risco para as formas mais graves da doença; e o “Boletim Epidemiológico n. 5”, publicado pelo Ministério da Saúde recomenda que pessoas idosas e/ou com problemas crônicos, restrinjam o contato social (viagens, cinema, shoppings, shows e locais com aglomeração) nas cidades com transmissão local ou comunitária (Brasil, 2020c).

Além do isolamento social, o Ministério da Saúde, recomendou principalmente para as pessoas que fazem parte do grupo de risco para as formas graves da doença, medidas que reduzam a presença desnecessária destas pessoas nos serviços de saúde, uma vez que as unidades podem receber pacientes com sintomas respiratórios ou mesmo pacientes assintomáticos com COVID-19. Uma delas, foi a suspensão dos atendimentos presenciais nas Unidades Básicas de Saúde dos pacientes com problemas crônicos e de idosos, que estiverem com seus problemas controlados. Já os que se apresentarem com quadro clínico de risco para essas doenças, o atendimento deverá ser realizado, tomando as medidas para minimizar o risco de contaminação por COVID-19, seja na própria unidade ou utilizando outros recursos (BRASIL, 2020d).

Além das repercussões nos serviços de saúde, na área da educação a pandemia trouxe mudanças e restrições para os cursos da área da saúde. Após a suspensão das aulas presenciais, atendendo as medidas de isolamento social, o Ministério da Educação autorizou os cursos de educação superior a realizarem suas atividades pelo ambiente virtual, excetuando-se as atividades práticas e de estágios (BRASIL, 2020e).

Neste contexto, os acadêmicos do 3º período do curso de Medicina da Univali, na disciplina de Atenção Básica, tiveram

como atividade teórico-prática, dentro do conteúdo de “Acolhimento”, a busca de soluções para a Unidade Básica de Saúde, para reorganização do processo de trabalho, considerando o novo contexto da pandemia por COVID-19. Neste sentido, este trabalho tem o objetivo de relatar tal experiência.

METODOLOGIA

Com a suspensão das atividades presenciais, a universidade disponibilizou ferramenta para desenvolvimento das atividades por meio digital, com recursos de interação, informação, avaliação e videoconferência.

A disciplina de Atenção Básica é linear dentro da matriz curricular, e os alunos são inseridos em pequenos grupos, de 5 a 6 pessoas, nas Unidades Básicas de Saúde, desde o 1º período do curso. Desta forma, a atividade proposta diz respeito a um grupo, que previamente já conhecia a UBS, os profissionais da equipe e a comunidade. Representando a equipe, participaram das discussões, a médica e enfermeira da UBS, e a interação foi realizada por meio de videoconferência e complementada por aplicativo móvel.

Para o desenvolvimento das atividades, foi utilizado o referencial pedagógico do Arco de Maguerz, proposto por Bordenave e Pereira (1982), que valoriza os processos de pesquisa, planejamento e solução do problema, e trabalha com a perspectiva de práxis – aprendizagem significativa e transformação da realidade.

Inicialmente proposto como estratégia de ensino, por trabalhar com técnicas de coleta de informações e de análise, a metodologia do Arco de Maguerz tem múltiplas possibilidades de uso (BORDENAVE; PEREIRA, 1982), podendo ser utilizado em

pesquisas do tipo participante ou pesquisa-ação, ou mesmo em projetos sociais ou do mundo do trabalho, que visem a transformação da realidade.

A metodologia do Arco de Maguerz proposto por Bordenave e Pereira (1982) é constituído das seguintes etapas: *observação da realidade*, *pontos-chaves*, *teorização*, *hipóteses de solução* e *aplicação à realidade*, conforme figura 1.

Figura 1 – Etapas do Arco de Maguerz



Fonte: Bordenave e Pereira (1982).

A primeira etapa, a *Observação da Realidade*, é o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes que são levados a observar a realidade em si, e a identificar suas características e problemas, a fim de contribuir para a transformação da realidade observada (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

Através da ambientação proposta pela primeira etapa, a segunda etapa é um momento de discussões e debates entre os participantes, a fim de se estabelecer os “nós críticos”, chamados de *Pontos-Chave*, buscando os possíveis fatores e determinantes, que

contribuem para a situação identificada (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

A terceira etapa de *Teorização* é a etapa na qual se recorre as contribuições de diversos autores, que podem contribuir para a formulação das explicações e também da direção para a elaboração de soluções, uma espécie de referencial teórico (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

Na quarta etapa, formulação de *Hipóteses de Solução* para o problema, é o momento de utilizar a criatividade e a originalidade para processos de inovação, porém, confrontados com a viabilidade e factibilidade das propostas na realidade encontrada (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

Por fim, a quinta etapa, que contempla a *Aplicação à Realidade* e possibilita o intervir, a partir do que foi discutido e pensando nas etapas anteriores, podendo ocorrer adaptações a partir do que é desejável e possível, sem desvio dos objetivos a que se propuseram as soluções (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

DESENVOLVIMENTO

Em respeito as medidas de isolamento social, os encontros para discussão das etapas, sempre ocorreram em ambiente virtual, via videoconferência e complementados por aplicativos móveis de comunicação.

Conforme metodologia descrita pelo Arco de Maguerez, as etapas foram desenvolvidas e apresentaram os resultados descritos a seguir.

1) Etapa de Observação da realidade

O rápido avanço da pandemia de COVID-19 e sua chegada ao Brasil, trouxeram enormes desafios para o sistema de saúde brasileiro, de proporções jamais vivenciadas, mobilizando os serviços de saúde de Vigilância, Atenção Primária, Atenção Hospitalar, Serviços de Apoio Diagnóstico, em todas as esferas de governo, com aumento de volume de trabalho, em contexto de muita informação, poucas certezas e grande clima de insegurança e medo.

Pelo alto número absoluto de óbitos em diversos países, e quadro clínico sintomático semelhante à outras síndromes gripais, ocorreu grande aumento de fluxo de pacientes sintomáticos respiratórios aos pontos de atenção à saúde, inclusive à Atenção Básica.

Devido a esse aumento de fluxo de pacientes na Atenção Básica e à sua alta transmissibilidade, a Unidade Básica de Saúde (UBS), seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, suspendeu os atendimentos presenciais de acompanhamento eletivo dos usuários da área de abrangência da equipe, principalmente pelo fato destas pessoas fazerem parte do grupo de maior risco para as formas graves da COVID-19, como idosos, crianças, pessoas com problemas crônicos (BRASIL, 2020d).

Os pacientes com quadro clínico de descompensação ou de maior gravidade, foram orientados a ligar para a UBS e de acordo com avaliação da enfermagem, poderia ser agendada consulta por visita domiciliar. O Ministério da Saúde recomenda, nos casos em que o paciente precisa ser atendido presencialmente pela equipe, que seja agendada consulta na UBS, seguindo todas as normas de proteção individual e coletiva, para minimizar os riscos de contaminação (BRASIL, 2020d).

Pacientes com problemas crônicos em tratamento e controlados, podem receber seus medicamentos sem necessidade de consulta médica, com prorrogação do prazo da última receita para retirada, que pode ser realizado por terceiros, para evitar a ida dos pacientes de risco a UBS, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d).

Além disso, também foram suspensas outras atividades como visita domiciliares de rotina, atividades de educação em saúde e outras atividades coletivas, uma vez que a suspensão também não acarretaria em riscos adicionais para esses problemas (BRASIL, 2020f).

Por outro lado, os atendimentos de demanda espontânea – que representam quadros em que o paciente atribui necessidade imediata de atendimento – foram mantidos, independentemente do tipo de queixa, inclusive por sintomas respiratórios. Além da reorganização das atividades, medidas de proteção geral também foram tomadas, incluindo organização de fluxo diferenciada para os pacientes com sintomas respiratórios, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d). Este fluxo para os pacientes sintomáticos respiratórios, inclui recepção pelas Agentes Comunitárias de Saúde em área externa, direcionamento imediato para atendimento, e sala específica e reservada para sintomáticos respiratórios, diminuindo o possível contato entre pacientes contaminados e não contaminados por COVID-19. Além disso, medidas de proteção pessoal também foram tomadas, com disponibilização de álcool gel, uso obrigatório de máscara facial, orientação para higiene das mãos e assepsia da sala e equipamentos (BRASIL, 2020d).

2) Etapa de definição dos Pontos-chave

As medidas de isolamento social, principalmente dos considerados grupos de risco para as formas graves da COVID-19, inclusive as restrições de acompanhamento eletivo nas UBS, foram necessárias para evitar o possível e provável contágio em massa, uma vez que até o momento não existe vacina ou tratamento com eficácia comprovada.

A organização do fluxo de pacientes sintomáticos respiratórios foi realizada, seguindo as principais recomendações do Ministério da Saúde.

Porém, a vida e os outros problemas de saúde continuam. Não existe pausa para as doenças crônico-degenerativas, e sem o devido acompanhamento, podem ter agravamento do quadro e complicações, inclusive com possibilidade de óbito. Além disso, a suspensão de consultas eletivas, pode retardar possíveis novos diagnósticos destas doenças, levando também a quadros mais avançados e graves.

A simples renovação de receitas dos casos controlados, ainda que temporária, pode ter agravamento do quadro clínico. A visita domiciliar utilizada para consulta, não tem capacidade de atender todos os pacientes idosos e/ou com problemas crônicos, uma vez que elas são mais demoradas, devido ao deslocamento entre uma e outra visita, corroborado ainda pelo aumento de pacientes na demanda espontânea da UBS dos casos de pacientes sintomáticos respiratórios.

Além disso, essa suspensão de acompanhamento presencial, pode gerar perda do vínculo da equipe de saúde com pacientes em acompanhamento eletivo, fato esse que pode resultar muitas vezes no abandono do tratamento.

Assim, no contexto da pandemia, o problema (ponto-chave) situa-se na garantia de atenção das pessoas da área de abrangência da equipe, tanto de quem apresenta sintomas respiratórios, quanto de quem possui qualquer outro problema de saúde.

3) Etapa de Teorização

Na etapa de teorização, foi utilizado o referencial teórico de acolhimento, que pode ser entendido como ferramenta para organização do processo de trabalho, que coloca as necessidades do usuário em primeiro plano (GARCIA JR, *et al.*, 2018). Ainda que o referencial não tenha sido idealizado especificamente para o contexto de excepcionalidade que estamos vivendo, ele pode ser utilizado pela equipe de saúde para responder, tanto as demandas vindas da pandemia, quanto dos usuários que normalmente frequentam a UBS para acompanhamento de suas necessidades de saúde, incluindo pessoas com problemas crônicos, atendimento pré-natal e de puericultura, entre outros.

Assim, foi disponibilizado o material bibliográfico de referência da disciplina para estudo e discussão sobre o acolhimento como proposta de reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica, sendo um texto conceitual sobre acolhimento e um documento adicional sobre a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que descreve as atribuições das equipes de Atenção Básica, conforme quadro 1.

Dos sentidos de acolhimento descritos no material, três deles foram relacionados para a discussão: a responsabilização, a acessibilidade e a resolubilidade. O primeiro diz respeito a *responsabilização* que a equipe tem diante de sua comunidade/área de abrangência (GARCIA JR, *et al.*, 2018). Segundo a Política

Nacional de Atenção Básica (2017) é atribuição da equipe se responsabilizar pelos seus usuários e seus resultados sanitários, em qualquer situação de saúde, independentemente de sua procura pela UBS (BRASIL, 2017). Isso implica em postura proativa da equipe frente as situações e barreiras que se impõe para o atendimento das necessidades das pessoas.

Quadro 1 - Referências utilizadas na etapa de teorização

<i>Tema</i>	<i>Referência</i>
Acolhimento	GARCIA JR. <i>et al.</i> <i>Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática</i> . Itajaí: UNIVALI, 2018.
Atenção Básica	BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Política Nacional de Atenção Básica</i> . Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Fonte: Elaboração própria.

Portanto, diante desta responsabilidade, cabe a equipe, garantir a *acessibilidade* de todos os usuários de sua área de abrangência, neste contexto contemporâneo, seja pelo fluxo gerado pela epidemia ou pelos problemas cotidianos das pessoas (GARCIA JR, *et al.*, 2018). A acessibilidade, mais que a garantia, ela prevê a facilitação do acesso. Isso a torna porta de entrada preferencial do sistema de saúde, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Porém, o acesso só se efetiva de fato com a *resolubilidade*, uma vez que o mais importante no processo de atenção à saúde é resolver os problemas das pessoas e atender suas necessidades, explícitas e ocultas (GARCIA JR, *et al.*, 2018). Portanto, é necessário dar as melhores respostas para as pessoas a partir dos seus problemas de saúde, e no contexto contemporâneo, passa por atender tanto as demandas dos pacientes com sintomas respiratórios, quanto manter a atenção à outros problemas de saúde, de forma simultânea, integral e segura.

4) Elaboração de hipóteses de soluções

As propostas elaboradas, foram divididas em três categorias distintas e complementares: as medidas gerais, as medidas da equipe e as medidas da Secretaria Municipal de Saúde. Essa inclusão de propostas que vão além da abrangência da equipe, se justifica, uma vez que o grupo entendeu que não é possível realizar o enfrentamento da epidemia, apenas com medidas locais.

4.1 Medidas gerais

Diante da grande controvérsia gerada pela questão do isolamento envolvendo Presidência da República, Ministério da Saúde, Estados e Municípios, o grupo ratificou a importância das medidas de isolamento social ampliado, para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 (SCHUCHMANN, *et al.*, 2020), e que elas devem ser insistentemente comunicadas à população, principalmente pela equipe de saúde, que representa a autoridade sanitária local e que possui vínculo com a comunidade, o que pode potencializar a adesão. Apesar da ampliação do que se considera como atividade essencial pelos governos, a orientação da equipe deve ser no sentido de realmente só sair de casa em situação de inevitabilidade.

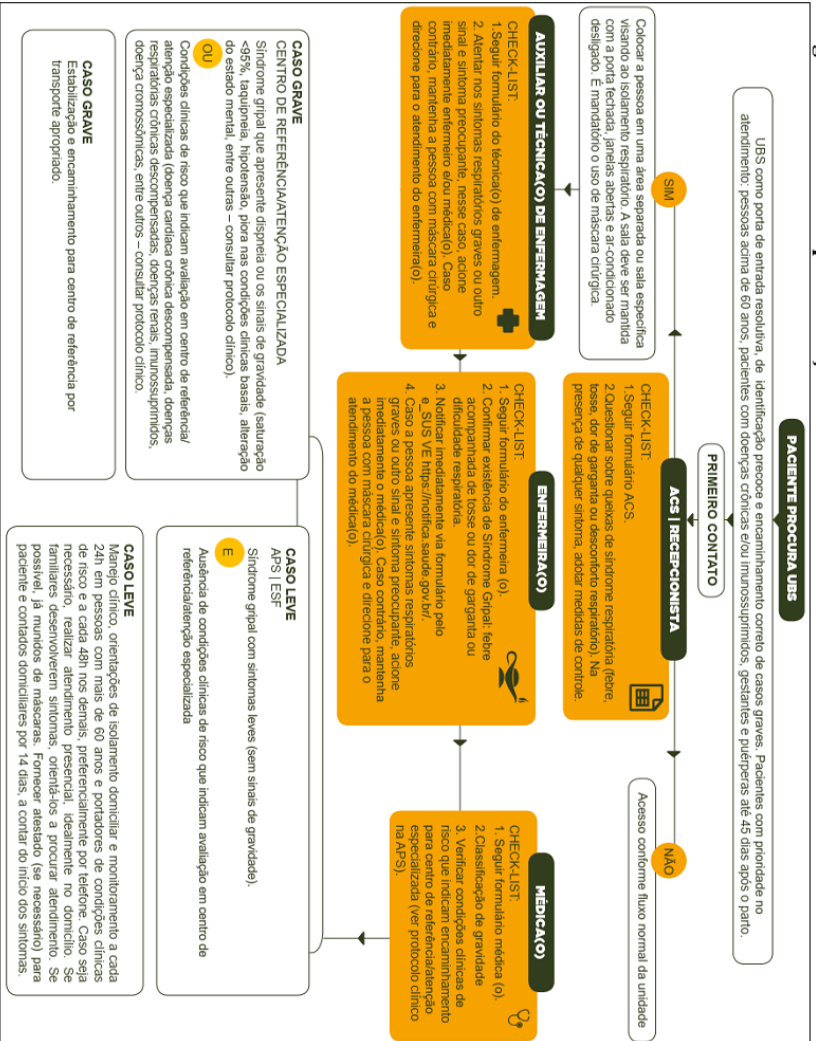
4.2 Medidas da equipe

Em relação ao atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios, a sugestão é de implantação do *fast-track* presencial, recomendado

pelo Ministério da saúde, que apresenta fluxo mais rápido e maior rigor nos procedimentos de isolamento e assepsia do local, conforme figura 2 (BRASIL, 2020g). Pela característica da UBS, com pequena sala de espera, a sugestão de fluxo de chegada dos pacientes, é de haver área externa de espera, com marcação para distanciamento adequado entre as pessoas, além da manutenção de profissionais orientando os procedimentos na chegada. A área externa, além de maior espaço, tem melhor circulação de ar. A distância recomendada pelo Ministério da Saúde é de no mínimo um metro de uma pessoa para outra, acrescido do uso de máscara de proteção (BRASIL, 2020f). A separação de área para pacientes sintomáticos respiratórios e de pacientes com outras demandas espontâneas, também pode ser realizada, com distanciamento maior entre elas.

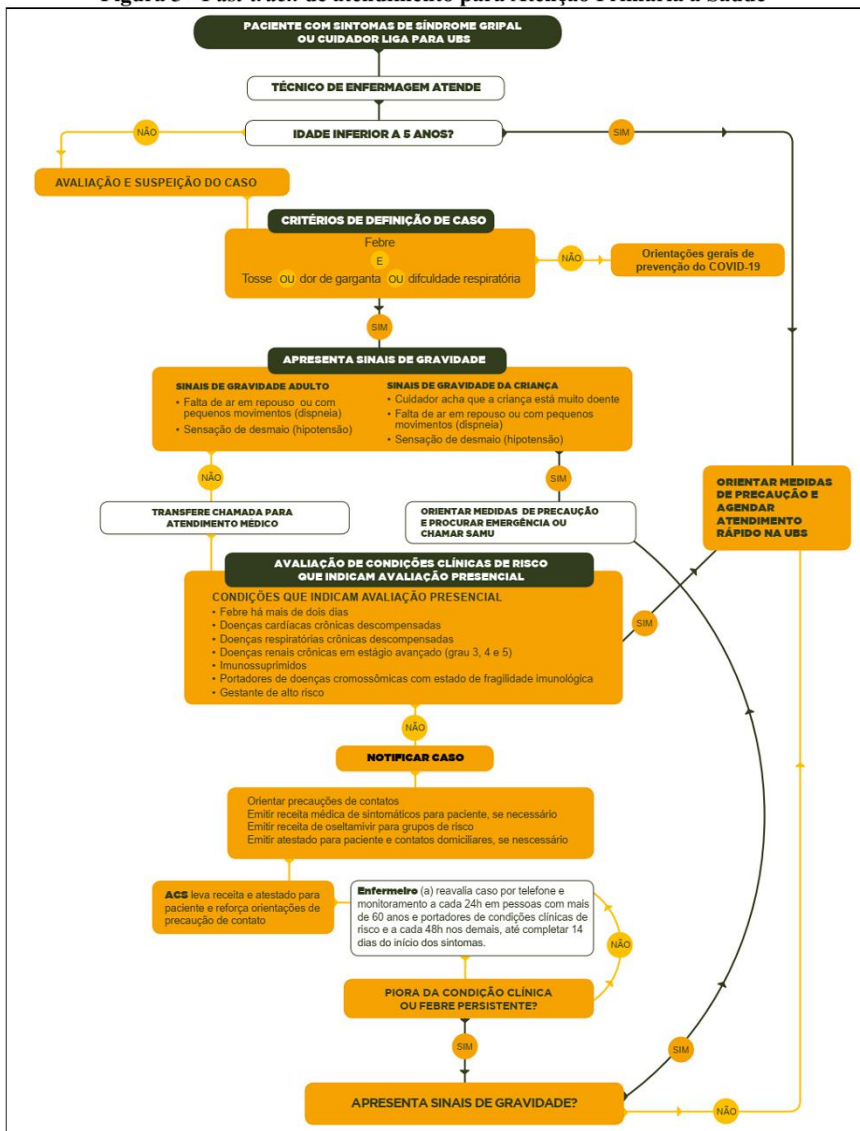
Ainda em relação aos pacientes sintomáticos respiratórios, a sugestão é de implantação do *fast-track* de teleatendimento, na qual o paciente com sintomas de síndrome gripal, pode, via telefone, realizar uma triagem e/ou orientação e/ou avaliação para necessidade de atendimento presencial (BRASIL, 2020h), o que potencialmente pode diminuir o fluxo destas pessoas nas UBS e minimizar os riscos de contaminação por COVID-19. Para tanto, o Ministério da saúde propôs um fluxo para o teleatendimento, conforme figura 3. O teleatendimento também poderá ser utilizado para monitoramento dos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. Devido a rápida evolução para quadros graves, apresentada em alguns casos, o monitoramento deverá ser diário. Mesmo na situação de resultado negativo na realização de teste rápido, os pacientes com sintomas gripais também deverão ser monitorados, pois o teste apresenta baixa sensibilidade, podendo apresentar resultado falso negativo.

Figura 2 - Fast-track para Atenção Primária à Saúde em locais com transmissão comunitária



Fonte: BRASILE (2020g).

Figura 3 - Fast-track de atendimento para Atenção Primária à Saúde



Fonte: BRASIL (2020g).

Uma alternativa possível de isolamento entre pacientes sintomáticos respiratórios e de fluxo cotidiano, seria uma descentralização do atendimento da UBS, na qual os atendimentos eletivos dos pacientes com problemas que requerem acompanhamento, sejam realizados em datas específicas, com agendamento prévio, hora marcada, evitando aglomeração de pessoas, em locais adaptados na comunidade – como por exemplo, centros comunitários, salões paroquiais, ou mesmo as escolas que estão com atividades suspensas – ficando a UBS para os atendimentos de demanda espontânea e dos sintomáticos respiratórios. O fluxo inverso não é possível, uma vez que a partir de uma necessidade expressa, o paciente (sintomático respiratório ou por qualquer outra demanda) acaba procurando a UBS, o que poderia incorrer no risco de contaminação. Nos dias elencados para o atendimento na comunidade do fluxo eletivo, a possível chegada dos pacientes sintomáticos na UBS, deve ter fluxo definido para a Unidade de Pronto-Atendimento do município, que funcionará como retaguarda. A premissa de proteção individual, organização do fluxo de chegada e distanciamento na sala de espera dos locais improvisados, devem ser os mesmos recomendados para a UBS, uma vez que a COVID-19 tem quadros assintomáticos. Os pacientes com sintomas respiratórios devem adiar seu agendamento. Os atendimentos em locais improvisados, tem histórico favorável em projeto de extensão, com mais de 15 edições, realizado pela universidade, onde são visitados, por um grande grupo de acadêmicos de medicina, municípios do interior do estado, com atendimento em escolas, salões paroquiais, e outros espaços coletivos dos municípios. Uma das constatações do projeto que trabalha com a humanização do atendimento é que o que importa para as pessoas não é o lugar onde são atendidas, mas a forma como são cuidadas (MAEYAMA, *et al.*, 2018).

Outra possibilidade para ampliar os atendimentos dos pacientes de acompanhamento eletivo, é a utilização do recurso da teleconsulta, anteriormente proibido, mas liberado em condição de excepcionalidade, pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Portaria n. 467 do Ministério da Saúde, de 20 de março de 2020, para auxílio das equipes no período em que perdurar a pandemia (BRASIL, 2020i). A teleconsulta funcionaria como alternativa para os pacientes, que não se sentem seguros em romper o isolamento social, ou que na avaliação da equipe, possa representar um alto risco pela exposição com outras pessoas, devido à sua condição clínica. O uso desse recurso, poderá ser utilizado principalmente em pacientes que já tem histórico prévio de atendimento na UBS, com informações registradas no prontuário eletrônico, o que facilita a condução do atendimento e da tomada de decisão. Podem ser utilizados, os recursos de telefonia (já utilizado pela equipe), e aparelhos móveis com aplicativos de tecnologia de comunicação de áudio e vídeo, o que facilitaria a identificação física do paciente no que se refere a segurança quanto a autenticidade pessoal. Além disso, também é possível, por meio do aplicativo de conversa, a comunicação não em tempo real, deixando o profissional médico ou enfermeiro, responder em hora mais oportuna durante o trabalho.

Ainda relacionada a possibilidade de diminuição de fluxo na UBS, a entrega via domicílio dos medicamentos a pacientes com problemas crônicos, pode diminuir a exposição destes grupos de risco (ou mesmo de familiares) e ao mesmo tempo garantir a continuidade de seu tratamento, conforme sugestão do Ministério da Saúde, respeitando a capacidade logística das UBS (BRASIL, 2020d).

Quanto as questões educativas relacionadas ao enfrentamento da COVID-19, apesar de muitas

informações estarem disponíveis nos veículos de comunicação e nas redes sociais, o que se nota é que as medidas de proteção individual nem sempre estão sendo realizadas da forma correta, e o afrouxamento gradual do isolamento tem sido usado pelas pessoas com certa displicência. A liberação de atividades pelo governo, soa para a população como algo que tem pouco risco, além do já dito exagero, do que tem sido considerado como atividade essencial. Nesse sentido, o grupo sugeriu a produção de vídeos informativos, construídos com base em evidência científica, orientando a população quanto o uso correto de máscaras, comida delivery e ida a restaurantes, compras no comércio, conversa com as pessoas, isolamento social, academias e esporte ao ar livre, salão de beleza, e a própria ida a UBS. Os vídeos seriam produzidos pelos alunos, de forma clara e objetiva, e disseminados pelos ACS para a população de sua micro-área. A escolha por construção de vídeos é pelo fato dele ter possibilidade de ser acessado em plataformas específicas ou mesmo ser compartilhado por aplicativos de conversa ou redes sociais, que hoje representam o maior recurso de comunicação entre as pessoas.

4.3 Medidas ampliadas para a gestão municipal

Uma possibilidade adicional de separação do fluxo de pacientes sintomáticos respiratórios com os de acompanhamento eletivo é a criação de UBS sentinelas, conforme iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville-SC. A proposta do município foi a reorganização de 15 UBS estrategicamente localizadas e com ampla estrutura, que passaram a servir apenas para atendimento de sintomáticos de gripe, e as outras 27 puderam

continuar o atendimento regular. Algumas destas UBS sentinelas, pelas características arquitetônicas, como por exemplo, duas entradas, disposição física de consultórios e outras salas, além de funcionarem com sentinelas para COVID-19, também realizam atendimento regular dos pacientes, com isolamento dos grupos (JOINVILLE, 2020). Reforça-se a necessidade de seguir as medidas de proteção quanto ao distanciamento de pessoas em sala de espera e medidas de proteção individual, em qualquer UBS.

5) Etapa de Aplicação prática

Como as etapas do Arco de Magueres realizadas não tiveram a participação de todos os membros da equipe de saúde, foi realizado um relatório contendo a descrição das discussões ocorridas em todas as etapas, para em reunião da equipe haver nova discussão. Não foi possível a participação de todos os membros da equipe, uma vez que as UBS estavam em funcionamento durante a realização dos encontros virtuais.

Esta etapa ficará sob responsabilidade da equipe, uma vez que as atividades presenciais de integração ensino-serviço-comunidade, continuam suspensas para evitar grandes aglomerações nos espaços coletivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração ensino-serviço-comunidade ocorre de fato, quando a universidade se propõe a vivenciar a rotina, as demandas e os problemas dos serviços. Não há mais espaço para simples visitas no processo de aprendizagem no mundo do trabalho, ou

mesmo de desenvolver atividades descritas no planejamento das disciplinas, desconexas da realidade dos serviços. É preciso conhecer a comunidade e os serviços, e entender seus problemas, para assim, de forma conjunta, pensar em soluções que auxiliem na mudança da realidade.

A produção de conhecimento da academia só faz sentido se for a partir de necessidades reais identificadas no processo de integração ou investigação. Por outro lado, é preciso abertura dos serviços, primeiro, para a recepção dos educandos, e segundo, para a disponibilidade e desejo de mudança. E a comunidade nesse processo? Ela é a própria razão que justifica tanto as ações do serviço, quanto as do ensino, pois ambos carregam a responsabilidade de transformar a sociedade, por meio da melhoria das condições de vida das pessoas.

E por fim, a metodologia do Arco de Magueréz proposta por Bordenave e Pereira, se encaixa perfeitamente dentro destas concepções que devem nortear a integração ensino-serviço-comunidade, pois trabalha a partir da realidade para sua transformação.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico n. 05**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção as pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria n. 343, de 17 de março de 2020**. Brasília: MEC, 2020e. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Procedimento Operacional Padronizado** - equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fast-track para a Atenção Primária à Saúde em locais com transmissão comunitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fast-track de atendimento Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020h. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 467, de 20 de março de 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020i. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação n. 18, de 26 de março de 2020**. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/05/2020.

GARCIA JR, C. A. S. *et al.* “Acolhimento em saúde”. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática**. Itajaí: UNIVALI, 2018.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SEI - SES.GAB/SES.UAP nº 107/2020/SMS**. Joinville: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

MAEYAMA, M. A. *et al.* “Projeto Sérgio Arouca: relato de experiência”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 42, n. 1, 2018.

MARANHÃO, R. A.; SENHORAS, E. M. “Pacote econômico governamental e o papel do BNDES na guerra contra o novo coronavírus”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 4, 2020.

NIAID - National Institute of Allergy and Infectious Diseases. “Coronaviruses”. **National Institute of Allergy and Infectious Diseases** [2020]. Disponível em: <<https://www.niaid.nih.gov>>. Acesso em: 09/04/2020.

PARK, M. *et al.* “A Systematic Review of COVID-19 Epidemiology Based on Current Evidence”. **Clinical Medicine**, vol. 9, n. 4, 2020.

ROKNI, M.; GHASEMI, V.; TAVAKOLI, Z. “Immune responses and pathogenesis of SARS-CoV-2 during an outbreak in Iran: comparison with SARS and MERS”. **Reviews in Medical Virology**, vol. 30, n. 3, April, 2020.

SCHUCHMANN, A. Z. *et al.* “Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19”. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 3, n. 2, 2020.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e Educação: Análise dos Impactos Assimétricos”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 5, 2020.

WHO - World Health Organization. “**Interim guidance 19 march, 2020** – Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19)”. **WHO Website** [2020]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 10/05/2020.

CAPÍTULO 3

*Aspectos gerenciais na segurança de
profissionais da Saúde em tempos de COVID-19*

ASPECTOS GERENCIAIS NA SEGURANÇA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19¹

Érica Brandão de Moraes

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Deise Ferreira de Souza

Pedro Ruiz Barbosa Nassar

O novo Coronavírus - COVID-19 é uma doença infecciosa respiratória aguda emergente. Sua transmissão ocorre principalmente pelo trato respiratório, por gotículas de secreções respiratórias e pelo contato direto entre pessoas e superfícies contaminadas. O contágio ocorre através de um indivíduo contaminado e por objetos e locais que por ventura alguém possa ter tido contato (LI *et al.* 2020).

O período médio de incubação varia entre 1 a 14 dias, tendo como média de 3-7 dias, ou seja, esse é o período em que os primeiros sintomas podem aparecer desde a contaminação, sendo a COVID-19 contagiosa durante o período de latência. Sabe-se que o vírus é altamente transmissível em seres humanos, especialmente em idosos e em pessoas com doenças subjacentes, tais como hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, doença cardiovascular, obesidade, câncer e imunodeprimidos. Esse grupo é descrito como mais suscetível à infecção e propenso a ocorrências de formas graves, que podem estar associadas à Síndrome do

¹ Uma versão prévia deste capítulo foi publicada em: MORAES, E. B. *et al.* “A segurança dos profissionais de saúde em tempos de COVID-19: uma reflexão”. *Research, Society and Development*, vol. 9, n. 7, 2020.

Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e disfunção de múltiplos órgãos (JIN *et al.* 2020).

No Brasil, a mídia tem alertado também sobre a vulnerabilidade de famílias de baixa renda, particularmente pelas condições de moradia, higiene e dificuldades de estabelecer isolamento social. No entanto, estudos demonstram que o vírus acomete pessoas de todas as idades e, embora com menor incidência, podem apresentar a mesma gravidade. Alerta-se que a infecção é transmitida por pacientes sintomáticos e assintomáticos, não sendo possível ainda afirmar por quanto tempo essa propagação ocorre (ROTHER *et al.* 2020).

Pela sua rapidez de disseminação e aumento exponencial de contágio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente a pandemia por COVID-19 como uma emergência de saúde pública, de interesse internacional. Esta situação colocou em crise a saúde pública e houve necessidade de planejamento de ações voltadas ao enfrentamento, a nível mundial (WHO, 2020^a).

A infecção por COVID-19 até o momento registrou milhares de novos casos, bem como a morte e infecção de milhares de pessoas em todo o mundo (WHO, 2020a). No Brasil, os dados mostram a existência de aumento voraz de casos confirmados e óbitos, com maior concentração na região sudeste, a princípio, com aumento exponencial para as demais regiões do país (BRASIL, 2020a).

Um dos grupos de maior risco de contrair a doença é aquele que está em contato direto com pessoas infectadas e/ou profissionais de saúde que cuidam diretamente dos pacientes com COVID-19. Proteger estes profissionais de saúde é de suma importância para a OMS, tendo em vista que esse cenário, inevitavelmente, coloca os profissionais de saúde em alto risco para contrair a infecção.

Considerando a saúde do trabalhador (ST) como um campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) de nosso país, atenta-se que ele abrange as ações da vigilância sanitária e epidemiológica, com interlocução proeminente relacionada ao ambiente e condições de trabalho onde os profissionais atuam. (SANTOS *et al.* 2012)

Nesse sentido, avaliando o risco dos profissionais da área de saúde expostos a diferentes incidentes associados aos cuidados, que podem gerar danos a sua saúde e de seus familiares, a depender da cultura e ações institucionais relacionadas à proteção dos funcionários, o presente estudo tem como *objetivo* propor uma reflexão sobre ações gerenciais na segurança dos profissionais de saúde em tempos de COVID-19, no contexto da assistência hospitalar, considerando as normas brasileiras.

Trata-se, portanto, de um artigo de reflexão sobre medidas de segurança e saúde dos trabalhadores que atuam nas instituições destinadas à assistência, regulamentada pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e do Emprego do Brasil. NR 32 publicada pela Portaria n. 485/2005 (BRASIL, 2005) e a NR-6 publicada pela Portaria n. 3.214/1978 (BRASIL, 1978), com várias alterações e adendos, sendo o último em outubro de 2018.

A NR-32 deliberou sobre as diretrizes básicas relacionadas à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde desde 2005 (BRASIL, 2005). Além de discutir em um contexto geral e minucioso acerca do trabalho em serviços de saúde, esta NR engloba as questões relacionadas à saúde mental do trabalhador, tão afetada nos dias atuais, frente à COVID-19, onde lida-se com a morte perante um vírus ainda desconhecido e letal. Neste ambiente, o trabalhador, além de sofrer pela morte rápida dos pacientes sob seus cuidados, ainda vive o temor de se contaminar e levar contaminação para seus familiares.

Os resultados preliminares de um estudo em curso com profissionais de saúde em Portugal apontam para um aumento significativo de ansiedade dos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Indicam que os profissionais apresentam grandes níveis de stress e ansiedade, principalmente por não existirem equipamentos de proteção individual disponíveis em quantidade e qualidade, aumento do número de horas semanais no trabalho, devido ao quantitativo defasado de profissionais também por afastamento devido à contaminação com o coronavírus (MAIA, 2020).

A NR-6 aborda sobre o uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI e as responsabilidades de empregadores, empregados e fabricantes, pois todos estão envolvidos para que seja assegurada a proteção de quem exerce a profissão de saúde, embora a norma aborde o tema para o uso adequado de qualquer trabalhador, desde que receba as orientações adequadas (BRASIL, 1978).

Outra Norma Regulamentadora de suma importância nesse contexto, é a NR 15 que trata da Insalubridade e periculosidade, de acordo com o grau de risco ou de perigo a que os profissionais estão expostos em suas atividades laborais. Em tempos de pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde ainda convivem com a perda de direitos trabalhistas, que causam mais insegurança para atuar, tendo em vista que se discute na atualidade a perda do pagamento de insalubridade para os profissionais de saúde, que tramita no Congresso Nacional Brasileiro (BRASIL, 2015).

Através dessas normatizações e outras publicações pertinentes à segurança dos trabalhadores de saúde, busca-se refletir sobre esse tema, particularmente em tempo de pandemia pelo COVID 19, considerando o cenário hospitalar, já que por muito tempo esses profissionais tem atuado em condições inapropriadas de trabalho, desencadeando afastamentos e outras implicações que podem deixar sequelas físicas e emocionais e até ocasionar mortes,

como se tem visto na atualidade. Portanto, não seguir parâmetros de segurança, gerará impactos sociais e econômicos ao trabalhador, ao empregador e a sociedade.

EXPOSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19

A compreensão em como a exposição dos profissionais de saúde ao vírus COVID-19 se traduz em risco de infecção é fundamental para informar a prevenção e controle da infecção (WHO, 2020b). Neste sentido, recomendações de utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), assim como políticas que mitiguem a exposição a estes profissionais à infecção devem ser preparadas. Cabe ressaltar a importância da elaboração e aplicação de ferramentas que contribuam para identificação e avaliação de riscos para os profissionais de saúde após a exposição (WHO, 2020b).

No que diz respeito aos EPIs, os profissionais de saúde devem receber máscara N95, capote, luvas, proteção ocular (óculos ou máscara facial) de uso individual que necessita receber cuidados de higienização, respeitando o tempo de uso, ou serem descartados. As medidas de precauções devem ser seguidas com rigor, em função de sua transmissão no ar durante a realização de procedimentos que gerem aerossóis, como intubação, sucção e traqueostomia. Todos os contatos devem ser monitorados quanto ao desenvolvimento de sintomas de COVID-19 (SINGHAL, 2020).

Particularmente, os profissionais da saúde, que estão rotineiramente sujeitos aos riscos, necessitam desse monitoramento e da adoção de medidas de biossegurança, em função dos fatores relacionados às atividades laborais que desenvolvem, e abarcam a segurança no cenário onde se realiza o trabalho, disponibilidade de

tecnologias e as ações gerenciais e assistenciais elaboradas, para se evitar as temeridades a que esses trabalhadores estão expostos, seja de caráter físico, biológico, ergonômicos e psicossociais.

O conceito de biossegurança envolve “o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados” (TEIXEIRA; VALLE, 2017). Portanto, é fundamental assegurar que as ações de cuidar envolva a realização de procedimentos seguros a todos os envolvidos no processo assistencial ou de prestação de serviço, seja em relação aos pacientes, ao ambiente ou aos profissionais de saúde, de forma a garantir qualidade e resultados eficazes e eficientes.

Ressalta-se a seriedade na higienização correta das mãos como forma de evitar a propagação do vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença do vírus corona 2019 – COVID-19 (SENHORAS, 2020). Esta precaução também interrompe a transmissão de outros vírus e bactérias, causando resfriados, gripes e pneumonias comuns, reduzindo assim a carga geral da doença (WHO, 2020b).

Conforme vem acontecendo no Brasil, a contaminação dos profissionais de saúde por COVID-19 tem sido um dos problemas enfrentados por países onde a pandemia iniciou, nos primeiros meses do ano. Na Itália, França, China e Espanha, diversos profissionais da saúde morreram por conta do novo vírus e outros tantos estão contaminados.

Entre esses profissionais, a enfermagem é o maior grupo ocupacional no setor da saúde, representando, aproximadamente, cerca de 60%. A equipe de enfermagem e principalmente os enfermeiros, são essenciais para cumprir a promessa de "não deixar

ninguém para trás" e o esforço global para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Eles são elementos fundamentais na contribuição central para metas nacionais e globais relacionadas a uma série de prioridades de saúde, incluindo, preparação para emergências, segurança do paciente, prestação de cuidados integrados e centrados nas pessoas, assim, como em resposta a surtos epidêmicos, desastres e ajuda em crise humanitária (WHO, 2020b).

Os enfermeiros têm desempenhado um papel fundamental como parte das equipes que gerenciam epidemias que ameaçam a saúde em todo o mundo, incluindo doenças respiratórias agudas graves como a síndrome (SARS) em 2003, o Coronavírus respiratório no Oriente Médio (MERS-CoV) em 2015, Zika vírus em 2016, vírus do Ebola em 2014 e o Surto de COVID-19 iniciado em 2019 (WHO, 2020b; LUIGI; SENHORAS, 2020).

No entanto, ressalta-se que é fundamental que os diversos países respondam às necessidades destes profissionais, dado aos riscos a que estão submetidos e o seu relevante papel na saúde. Nessa perspectiva, é necessária a implantação de ações gerenciais que envolvem a educação permanente, a atuação rigorosa da CCIH, a condições de trabalho adequadas, com tecnologias que ofereçam segurança, para que os profissionais de saúde possam responder a situação atual e a futuros desastres, emergências ou pandemias, sem prejuízos de sua saúde.

Em ambientes afetados, a fragilidade a que estão expostos esses profissionais, abrangendo os enfermeiros, aumenta consideravelmente, incluindo uma série de desafios de caráter físico e emocional, ocasionado pelo aumento da carga de trabalho, pela complexidade do cuidado e por ter que lidar com o adoecimento e morte de colegas, além do medo que se instala por estar na linha de frente e conviver com o perigo eminente.

Portanto, a exposição aos riscos de cuidar de pacientes com COVID-19 traz uma série de danos, que vão além do adoecer. Envolve também a preocupação com seus familiares além das outras atribuições que uma pandemia traz à sociedade, como conviver com suspensão de aulas dos filhos, responsabilidade em abastecer a casa com suprimentos essenciais, reorganização da forma de ir e vir, assumindo assim mais riscos e responsabilidades, que foge ao cotidiano normal em casa, na comunidade e na instituição de saúde.

A implantação de preceitos da NR-32 trouxe benefícios à sociedade em geral, aos pacientes hospitalizados, ao serviço público e privado, na medida em que garante a Saúde do Trabalhador, quando reduz a exposição dos profissionais aos riscos com medidas de prevenção eficazes à COVID-19, ocasionando diminuição das taxas de absenteísmo, de licenças para tratamento de saúde e, mais que isso, assegura a vida dos trabalhadores. A NR-6 alerta a todos quanto à responsabilidade da Segurança no Trabalho e indica o uso adequado dos EPIs, de acordo com cada atividade profissional. No caso da saúde, a não utilização do EPI pode ocasionar dano não só a saúde do profissional, mas dos pacientes e comunidade atendida.

IDENTIFICAÇÃO E GERENCIAMENTO DO RISCO DE EXPOSIÇÃO DO TRABALHADOR

A segurança do profissional de saúde em tempos de COVID-19 é essencial para que preste a melhor assistência possível às pessoas infectadas, que exacerbam o comprometimento emocional, em função do medo de morrer. São vários os fatores que podem afetar a segurança desses profissionais. O aumento da carga horária, em resposta à enorme demanda de pacientes infectados, leva os profissionais a um estado de exaustão mental, fadiga, e propensão à ocorrência de falhas e eventos adversos em saúde.

Outro fator é o próprio risco de contaminação a que estão expostos e o medo de disseminar a outros pacientes, profissionais e seus familiares.

Ainda não se sabe, com precisão, a incidência de contaminação por COVID-19 em profissionais de saúde. Os estudos ainda são recentes e estão sendo atualizados nas bases de dados a todo instante. Em uma série de casos de 138 pacientes tratados em um hospital de Wuhan, 40 pacientes (29% dos casos) eram profissionais de saúde. Em fevereiro de 2020, autoridades da China anunciavam 6 óbitos e a contaminação de 1716 profissionais de saúde, sendo 1102 em Wuhan, cidade mais atingida pela pandemia (WANG *et al.* 2020).

No Brasil, considerando os profissionais atuantes nos serviços de saúde, a estimativa é que entre 122 mil e 365 mil trabalhadores, estarão afastados do trabalho por contágio ou por morte pela doença (BRASIL, 2020b). Somente na categoria de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem, anunciou no dia 14 de abril de 2020, a contaminação de 223 profissionais, com 14 óbitos. Ao todo são divulgados 1.300 afastamentos por suspeita, sendo que o número deve ser ainda maior, tendo em vista a subnotificação dos casos.

Sendo assim, os gestores dos serviços de saúde precisam agir em tempo hábil, na identificação e gerenciamento dos riscos ocupacionais dos trabalhadores à COVID-19. No sentido de auxiliar a gestão, no dia 14 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um guia que orienta sobre como os serviços devem proceder quanto à avaliação de riscos e da exposição dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 (WHO, 2020b).

Nesse sentido, algumas orientações foram feitas: categorizar o risco de cada profissional de saúde após a exposição a um paciente com COVID-19 e proceder o gerenciamento dos

profissionais de saúde expostos, com base no risco. A categorização do risco é feita por meio de um instrumento proposto pela OMS, que avalia todas as situações possíveis de contaminação por COVID-19, a que o trabalhador foi exposto. A primeira parte do instrumento investiga o contato do trabalhador com pacientes contaminados pela COVID-19 e, caso o trabalhador tenha tido algum contato com pacientes positivados, precisa especificar o setor da unidade e procedimentos realizados. Se o trabalhador responder sim a qualquer uma das perguntas direcionadas à assistência aos pacientes com COVID-19, o mesmo deve ser considerado como em risco de exposição (WHO, 2020b).

A segunda parte do instrumento avalia a adesão do profissional às medidas de prevenção e controle de infecção durante o contato com pacientes contaminados com COVID 19, durante a realização de procedimentos invasivos com potencial contaminação de aerossóis, e se houve algum acidente com material biológico durante o cuidado. Dependendo do grau das respostas em uma escala do tipo *likert*, o trabalhador é classificado em alto risco ou baixo risco para exposição ao COVID 19 (WHO, 2020b).

Para os profissionais com baixo risco para COVID-19, os serviços devem: monitorar a temperatura e sintomas respiratórios por 14 dias após a exposição; reforçar as orientações sobre precauções de contato, gotículas e precauções em procedimentos com geração de aerossóis; reforçar o uso racional, correto e consistente de EPI; Orientar sobre os “5 momentos para a higiene das mãos” da OMS, que inclui: antes de tocar em um paciente, antes de qualquer procedimento limpo ou asséptico, depois de exposição ao fluido corporal, depois de tocar em um paciente e depois de tocar o ambiente do paciente. (WHO, 2020b).

No caso dos trabalhadores que são classificados como alto risco para COVID-19, os serviços de saúde devem: interromper todas as interações de assistência com os pacientes por um período

de 14 dias, após o último dia de exposição a um COVID-19 confirmado; realizar o teste para a COVID-19 e colocar o trabalhador em quarentena por 14 dias em um ambiente designado; fornecer apoio psicossocial aos profissionais de saúde durante a quarentena ou durante toda a duração da doença, caso se confirme; oferecer reforço com treinamento em prevenção e controle de infecção a toda equipe da unidade de saúde, incluindo os profissionais com alto risco de infecção após o término da quarentena. (WHO, 2020b).

Desta forma, as considerações apontadas na NR-32 tomam relevância quanto às questões que abordam medidas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, segurança e saúde no trabalho no setor da saúde e predispõe de uma cultura institucional que invista em recursos físicos e materiais, no potencial humano, incluindo política de educação permanente, reconhecimento do empenho dos trabalhadores e escolha de gerentes que tenham atitudes gerenciais que favoreçam a motivação desses profissionais. Acredita-se assim, que a motivação de profissionais proporciona um aumento do potencial laboral, os torna determinados a alcançar melhores resultados, reduz afastamentos ocasionados por insatisfações ou insegurança pelo medo de exposição ao risco de adquirir a COVID-19 e pelo impacto que isso pode trazer a sua saúde e de seus familiares.

A NR-6 destaca os EPIs que asseguram redução dos riscos de exposição do trabalhador com a relação dos EPIs para proteger os membros superiores e inferiores, a cabeça, os olhos e face, o tronco e proteção respiratória. Tais equipamentos incluem luvas, toucas, óculos ou protetor facial, calçados, capote de mangas compridas que os protegem contra agentes que coloquem em risco sua proteção, dos demais membros da equipe de trabalho e dos pacientes. O fornecimento de Equipamentos em quantidade e qualidade para o enfrentamento das ações em tempos de pandemia,

certamente proporciona mais conforto e segurança aos trabalhadores de saúde. Sendo assim, esforços das autoridades de saúde em suprir as unidades de atendimento aos pacientes de COVID-19 deve ser prioridade no momento que vivemos.

SEGURANÇA DOS TRABALHADORES E CONDIÇÕES DE TRABALHO NO BRASIL

No Brasil a pandemia exacerbou a condição de trabalho insalubre que os profissionais de saúde vivenciam no dia a dia e, como consequência, agrava a exposição a outros riscos ocupacionais, pela precariedade de material necessário à atenção dos usuários, e de EPI, pela sobrecarga de trabalho, o que sem dúvida acarreta riscos a sua saúde e sua própria vida.

Observa-se ainda a divulgação de medidas que aumentam a sobrecarga destes profissionais, tanto pela diminuição de profissionais no próprio sistema, quanto pelo afastamento devido à contaminação, o que se reflete na qualidade do atendimento e maior exposição à contaminação pela COVID-19, com jornadas sem limites de horas, descanso que pode ser reduzido a 12 horas, enquanto durar o estado de calamidade pública (BRASIL, 2020c).

Portanto, há questões primordiais a considerar, como a falta ou apropriada capacitação dos profissionais para atuarem numa pandemia, indicando a necessidade de Educação Permanente em Saúde nesse âmbito, a ausência de protocolos assistenciais, a quantidade necessária dos EPIs, os treinamentos para paramentação e desparamentação, que tem ocasionado relatos de contaminação dos profissionais que realizam procedimentos em pacientes com COVID-19.

No Brasil, além da NR-32, a Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6) teve sua última alteração através da Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) n.º 877, de 2018, e trouxe diretrizes e orientações relacionadas ao uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI. Pela norma, é considerado EPI, “todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” e tem que garantir sua a proteção do trabalhador, pois deve ser “posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação – CA” do TEM, sejam eles de origem nacional ou importados (BRASIL, 1978).

A NR 6 aborda as responsabilidades de todos empregadores trabalhadores e aos fabricantes de EPI. Nesse sentido, cabe aos responsáveis pela instituição de saúde, pública ou privada, munir seus trabalhadores com EPI, exigir o seu uso, assim como realizar treinamento quanto ao uso e descarte correto, quando for o caso. Por outro lado, os profissionais de saúde, devem utilizar adequadamente e guardar de forma correta os que forem reutilizados, após sua higienização, para sua segurança e de todos os envolvidos, do próprio ambiente de trabalho e dos pacientes. (BRASIL, 1978). Cabe ressaltar que os trabalhadores de saúde, na grande maioria das vezes, assistem a um grupo de pacientes e é sua função preservá-los de qualquer dano, bem como a si mesmos.

Nesse sentido, diante da pandemia da COVID-19, o empregador deve tomar todas as precauções para preservar a saúde de seus empregados e a legislação trabalhista assegura o direito do empregado se recusar a trabalhar, sem prejuízo do seu salário, quando houver risco grave e iminente a sua saúde. Portanto, a segurança dos trabalhadores é uma questão que perpassa pela ética e pela responsabilidade institucional e profissional dos que cuidam da saúde dos cidadãos e da sociedade.

CONCLUSÃO

Ao depararmos com a realidade a nível nacional, no que tange os aspectos organizacionais, de políticas públicas, riscos e projeções, é possível refletir sobre o espaço temporal compreendido no antes, durante e após a pandemia da COVID-19. Essa reflexão se dá através dos cenários múltiplos, que gera incertezas, preocupações e situações de risco.

A situação de emergência em saúde pública declarada a nível mundial trouxe a tona alguns aspectos, como: situações insalubres de trabalho, déficit de profissionais e escassez de materiais, a baixa adesão aos protocolos e recomendações que envolvem a segurança do paciente, descaso por parte dos gestores em garantir melhores condições de trabalho e assegurar cuidados de qualidade e isento de danos à população assistida.

Mediante o cenário atual, se faz necessário realizar ações pautadas em protocolos e normas plausíveis e com rapidez única, visando à saúde da população e dos profissionais. A mudança de paradigma relacionado aos processos de gestão é urgente, bem como o comprometimento dos gestores em promover um ambiente adequado de trabalho, refletindo segurança em meio ao cenário hostil e complexo em que o mundo vive. Essas condutas serão o alicerce para mudança que já era necessária, visando a fase de normalidade da sociedade e organizações de saúde, após a pandemia.

Recomenda-se que novos estudos também sejam desenvolvidos, tendo em vista a promoção da saúde mental do trabalhador de saúde, no período pós-pandemia, no sentido de contribuir para a melhoria da saúde destes trabalhadores que estão na linha de frente de um atendimento maciço em saúde, lidando com

tanta dor, perdas e sentimento de impotência, perante o avassalador contaminante que nos desafia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Norma Regulamentadora NR 15, de 29 de setembro de 2015**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Painel Coronavírus”. **Portal Eletrônico do Ministério da Saúde** [2020a]. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação n. 20, de 07 de abril de 2020b**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

BRASIL. **Medida Provisória n. 927, de 22 de março de 2020c**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

JIN, Y. *et al.* “A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected

pneumonia (standard version)” **Military Medical Research**, vol. 7, n. 4, 2020.

LI, Q. *et al.* “Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia”. **New England Journal of medicine**, vol. 382, March, 2020.

LUIGI, R.; SENHORAS, E. M. “O novo coronavírus e a importância das Organizações Internacionais”. **Nexo Jornal** [17/03/2020]. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br>>. Acesso em: 01/06/2020.

MAIA, A. “Mais ansiosos e com medo de infectar a família. Os efeitos da pandemia nos enfermeiros”. **Público** [20/04/2020]. Disponível em: <<http://www.publico.pt>>. Acesso em: 10/05/2020.

ROTHE, C. *et al.* “Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany”. **New England Journal of medicine**, vol. 382, March, 2020.

SANTOS, M. R. *et al.* “Avaliação da implantação da norma regulamentadora 32 em um hospital universitário”. **Cogitare Enfermagem**, vol. 17, julho/setembro, 2012.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e Educação: Análise dos Impactos Assimétricos”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 5, 2020.

SINGHAL, T. “Uma revisão da doença de Coronavírus-2019 (COVID-19)”. **Indian Journal of Pediatrics**, vol. 87, March, 2020.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (orgs.) **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WANG, D. *et al.* “Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China”. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, vol. 323, n. 11, 2020.

WHO - World Health Organization. “Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Reports”. **WHO Website** [2020a]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 26/05/2020.

WHO - World Health Organization. “Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance”. **WHO Website** [2020b]. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 26/05/2020.

CAPÍTULO 4

*O Sistema Único de Saúde
no contexto da pandemia da COVID-19*

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19²

Francisleile Lima Nascimento

Alberto do Espírito Santos Dantas Pacheco

A história da saúde pública no Brasil se configura com a própria história do país, tendo em vista que a região vivenciou uma colonização de exploração sem um programa de ocupação do território que ocorreu acompanhada de diversas doenças como sarampo, gripe, peste bubônica, malária, cólera, tifo, difteria e varíola (que matou centenas e milhares de colonos e nativos da América do Sul) oriundo das amplas repercussões epidemiológicas transfronteiriças (SENHORAS, 2020).

No período colonial, o tratamento de doença ocorria por meio dos curandeiros ou casas de saúde vinculadas às igrejas ou militares, restrito às classes superiores da sociedade caracterizado por um abandono total de todos os serviços essenciais para a formação de uma nova sociedade estabelecida em nosso país que só começou a ter mudanças significativas com a vinda da família real para o Brasil, fato que iniciou-se as discussões sobre a medicina e a implantação das primeiras escolas no país (VERONI, 2016).

Todavia, a preocupação com a saúde tornou-se uma realidade quando começou a afetar os negócios da elite brasileira. A implantação das unidades de saúde veio acompanhada pela implantação das casas de misericórdias, hospitais e as campanhas

² Uma versão prévia do presente capítulo foi publicada em: NASCIMENTO, F. L.; PACHECO, A. E. S. D. “Sistema de Saúde Público no Brasil e a Pandemia do Novo Coronavírus”. Boletim de Conjuntura (BOCA), vol. 2, n. 5, 2020.

de imunizações com destaque para Fiocruz e Oswaldo Cruz, lembrados como um marco em todas as tratativas de saúde no Brasil (PERILLO, 2008).

Cabe ressaltar que o entendimento da sociedade para essa prevenção não ocorreu de forma amistosa, precisando o militarismo intervir no que ficou conhecida como “A revolta da Vacina”. Entretanto, apesar de ocorrer o movimento de prevenção de doenças, a política de saneamento da cidade era muito falha, se restringindo como solução “limpar” a sociedade, enviando uma aglomeração da população carente para morros e vilas, fora da cidade (LAZZARIS, 2009).

Já no século XX, com a Era Vargas, surgiu à discussão do direito à saúde de uma forma coletiva para uma maior parte da sociedade com destaque para os órgãos e institutos, tais como: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI); e o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), cabendo mencionar que a presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

De acordo com Batich (2004), a política de gestão financeira dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), não suportou a expansão dos seus serviços para área de alimentação, habitação e saúde e entrou em colapso. Dessa forma, em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), todos os institutos que prestavam serviços ao setor privado foram incorporados a Previdência Social.

Entretanto, somente com a Constituição Federal de 1988, foi que a população passou a ter acesso aos serviços de saúde gratuita

por meio de hospitais públicos, dando início a proposta sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial com uma rede de atendimento que varia do ambulatorial até as cirurgias de grande risco (BRASIL, 2000).

Porém, apesar da iniciativa política do programa, cujo em muitos países é inexistente o acesso público à saúde, o regime assistencial no Brasil se apresenta escasso e sobrecarregado, fazendo com que grande parte da população não seja assistida pelo sistema de saúde pública principalmente em situações graves como as grandes epidemias e pandemias como a do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19) mostrando que a saúde pública brasileira necessita de projetos, pesquisas e infraestrutura para as instituições (OTONI, 2020).

Diante dessa contextualização, o presente artigo visa analisar a capacidade do SUS refletindo sobre as medidas emergenciais do poder público para combater o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19). A metodologia utilizada parte da revisão bibliográfica de cunho descritivo e exploratório sob a ótica da abordagem sistêmica e análise de conteúdo.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para início de reflexão sobre a análise dos serviços de saúde pública no Brasil no que tange a qualidade e a assistência frente ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), torna-se necessário contextualizar o processo de evolução da saúde brasileira que compreende as medidas para receber a família real, a medicina campanhista e assistencial do SUS (LOPES, 2011).

O processo histórico evolutivo da saúde no Brasil segundo Costa Júnior e Costa (2014), teve início somente a partir do século XVI com o surgimento e implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, impulsionadas pela chegada da família Real. De acordo com Lopes (2011), as primeiras medidas adotadas para implantação da saúde pública brasileira foi a criação em 1808, de duas escolas de medicina no país (Colégio Médico-Cirúrgico do Real Hospital Militar de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro), que visavam principalmente à saúde e o bem-estar da nobreza.

Entretanto Merhy e Queiroz (1993), apontam que a história da Saúde Pública brasileira ganha outra vertente a partir da década de 1900 com os estudos de Emílio Ribas (São Paulo) e Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro) que desenvolveram medidas preventivas centradas no isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios. Essas medidas deram aspectos de coletividade para os tratamentos de saúde no Brasil.

Conforme Gasparetto Júnior (2012), cabe ressaltar que a contribuição de Carlos Chagas para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, bem como o papel do Instituto Vital Brazil, Butantã ou Adolfo Lutz, uma vez que, estas entidades são exemplos concretos de atividade competente e meritória da saúde pública brasileira, priorizando o combate e tratamento às doenças.

Dessa forma, se pode afirmar que a contribuição de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz à saúde pública brasileira foi de extrema importância, tendo em vista suas inúmeras descobertas e feitos em benefício da saúde pública no Brasil. Da mesma forma, pode-se destacar a participação do Instituto Butantã criado em meados do século XIX, e o Instituto Vital Brazil importantíssimos no combate do surto da peste bubônica, fato que originou o Instituto

Manguinhos (atual Fundação Oswaldo Cruz ou Fiocruz), as ações dessas instituições contribuem até hoje em incidência de acidentes com animais peçonhentos, como as serpentes (BORGES, 2005).

Nesse contexto histórico não se pode deixar de destacar a participação dos grupos filantrópicos de cunho religioso como as Santas Casas de Misericórdia, que cuidava da saúde dos brasileiros, principalmente a população mais carente (SANTIAGO *et al.*, 2015).

A atuação da filantropia incitou o Estado a tomar atitude com relação à saúde da população, que iniciou algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico. Uma das primeiras ações do Estado ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola promovida pelo sanitarista Oswaldo Cruz (CARVALHO, 2013).

Nessa perspectiva histórica, por volta da década de 1940 percebe-se que as primeiras iniciativas da saúde pública brasileira eram, portanto, de caráter emergencial mediada pelo Governo Central e organizada pela Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), essas medidas faziam parte das ações da vigilância de controle ambiental, que deram origem a estrutura da saúde pública com o aparecimento dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), com o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e a Superintendência de Campanhas (SUCAM) (SANTIAGO *et al.*, 2015).

Todavia, a saúde pública só ganhou amplitude com a Proclamação da República, em 1889, implementando um modelo sanitário visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando a saúde brasileira uma medida coletiva sob a responsabilidade do governo (CORREIA, 2014).

Porém, essas medidas não foram além do papel, e reduziram a saúde pública praticamente à atuação campanhista pelo país. Tais medidas favoreceram ações verticais permanentes da Liga de Saneamento, viabilizando a construção dos serviços médicos previdenciários, abrindo outro setor socialmente significativo no conjunto das ações de saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A partir de uma corrente cronológica, as políticas públicas de saúde no Brasil foram desenvolvidas mediante a chegada da família real em 1808, e ao longo dos anos, vem sofrendo modificações. A primeira medida tomada foi impor normas sanitárias para os portos combatendo a entrada de doenças contagiosas que pudessem ameaçar a saúde da Realeza (CORREIA, 2014).

Com o advento da Independência do Brasil em 1822, novas medidas foram estabelecidas atribuindo as províncias o controle dos portos e quaisquer decisões sobre tais questões de saúde. Em 1923, o Estado brasileiro, promulga a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) estabelecendo as empresas e trabalhadores o direito assegurado à assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (CORREIA, 2014).

Outro aspecto levantado por Correia (2014), relata que ao longo dos anos, a CAPs, passou a corresponder aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que estendeu o atendimento ao número maior de trabalhadores.

Em 1967, foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que extinguiu os IAPs, com essa medida o atendimento se estendeu também aos trabalhadores rurais e assegurados pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). É importante frisar que os trabalhadores com carteira assinada, eram assistidos pelo do Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SANTIAGO *et al.*, 2015).

Em contrapartida, o governo através da Constituição Federal de 1988, cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde transformou-se no SUS, encarregado de organizar no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, dos serviços Estaduais e Municipais de saúde, sendo o SUS uma conquista da sociedade brasileira (COSTA JÚNIOR; COSTA, 2014).

Na década de 1990 marca importantes mudanças na saúde brasileira onde a intervenção do poder público apresenta-se mais pertinentes, implantando as campanhas de vacinações promovendo dessa maneira as primeiras ações da saúde coletiva para a população. Essas ações proporcionaram a unificação dos departamentos de saúde, dando origem a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que estrutura e incorpora o SUS respondendo assim, às necessidades e exigências de um novo Brasil (SANTIAGO *et al.*, 2015).

A partir do surgimento do SUS, a saúde pública brasileira se estruturou baseada no tripé da Descentralização, da Integralidade, da Assistência e da Participação da comunidade, oferecendo um serviço de qualidade para a população. Porém, o SUS, é alvo de várias críticas em função da precariedade dos serviços prestados, da escassez de mão-de-obra qualificada, a demora no atendimento da grande demanda populacional e da demora na solução de problemas por causa de uma grande sobrecarga burocrática. Essas críticas ao SUS volta e meia retornam sempre em que o país enfrenta uma situação emergencial como ocorre com as epidemias (Dengue, Zika e Chikungunya) e atualmente o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19) (CARVALHO, 2013).

SUS E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Para compreendermos a organização da saúde pública do Brasil precisa-se entender a dinâmica do SUS. As práticas de saúde do SUS são baseadas em ações organizadas pela sociedade no contexto político, econômico e social. Dessa forma, o SUS foi se desenvolvendo de acordo com as necessidades da sociedade. Sendo assim, não se pode dizer que esse sistema já nasceu pronto e acabado, mas sim, está em constante construção e adaptações (BRASIL, 2000).

Somente a partir da década de 1980, que a saúde pública passou a ser mais universal e menos excludente, abrangendo atendimentos hospitalares para toda a população. De acordo com Lopes (2011), impulsionada pelos congressos e movimentos sociais que cobravam do Estado brasileiro a Reforma Sanitária, na busca da garantia de um sistema unificado de saúde para toda a população, é criado em 1990, o SUS, com a finalidade de estender a toda à população o direito a saúde, oferecendo, serviço médico, assistência hospitalar e social de forma descentralizada e regional.

Mediante a essa visão, pode-se afirmar que o SUS nasceu destinado a atender todos os cidadãos, financiado através dos recursos arrecadados como os impostos e contribuições sociais pagos pela população, complementado por recursos do governo federal, estadual e municipal respondendo a política de Organização Mundial da Saúde (OMS) e a “cooperação funcional para o desenvolvimento da saúde pública internacional” (SENHORAS; SOUSA, 2013).

A legitimidade do SUS está estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e n. 8.142/1990, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população,

tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças dos serviços prestados por esse sistema.

Nessa concepção, Brasil (2000) conceitua o SUS, como todo o serviço de saúde prestado na esfera federal, estadual e municipal, sem custos adicionais para a população, onde o setor privado atua de forma complementar. Dessa forma, torna-se necessário esclarecer que o SUS, abrange também a participação do setor privado, que poderão atuar de forma complementar do sistema único de saúde, seguindo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Historicamente, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, originário das lutas do movimento conhecido como Revolução Sanitária, inflamado pelos meios acadêmicos na década de 1970. A implantação do Sistema foi e é uma grande vitória da sociedade e de grande valia no setor da saúde do brasileiro, porém, atualmente, percebe-se que esse Sistema não exerce sua funcionalidade conforme seus princípios de oferecer saúde como direito de todos (DINIZ, 2014).

Quando se trata de uma situação como a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19) nota-se que a saúde pública no Brasil apresenta grandes problemas, principalmente relacionado à gestão e falta de recursos representados pelos gastos indevidos, por esse motivo que o sistema ainda não tem surtido um resultado notório com relação a pandemia, pois a doença não está somente relacionada entre o homem e o meio natural, mas também entre o homem e o meio social, e as medidas tomadas para o isolamento social tem sofrido interrupções constantes (OTONI, 2020).

Sendo assim Fernandes (2020), ressalta que a organização e a gestão dos serviços do SUS enfrentam grandes dificuldades,

principalmente por parte dos municípios brasileiros que não conseguem arrecadar os recursos necessários para o bom funcionamento do sistema de saúde, e sempre que ocorre uma situação de emergência buscam ajuda ao governo federal, como tem ocorrido atualmente por virtude do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19) onde o Governo estuda a possibilidade de repasse de 40 bilhões para os estados e municípios combaterem a pandemia.

Para Pontes (2020), o seguinte cenário apresentado pelo SUS mostra que as grandes dificuldades não se encontram concentrados no setor público que apresenta resultados positivos principalmente a nível de atenção primária, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário atestando a fragilidade do SUS frente ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19) que coloca em cheque a saúde pública nas cinco regiões do Brasil.

Entretanto, com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), nota-se que um colapso na saúde pública brasileira já é eminente, pois nas regiões Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro); Nordeste (Ceará) e Norte (Amazonas), a saúde preventiva e assistencial do país não correspondem com a demanda devido à falta de infraestrutura de equipamentos especializados para atenderem aos pacientes infectados, levando o Estado a promover ações emergenciais como a implantação de hospitais provisórios de alta complexidade em estádios, escolas, ginásios e áreas descampadas (PONTES, 2020).

Conforme Otoni (2020), o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), reacendeu o alerta para as autoridades da necessidade de recuperar e fortalecer o sistema da saúde pública brasileira à elaborar um plano para enfrentar momentos atuais como o da pandemia, com o objetivo de superar as fragilidades que o SUS

tem apresentado de combater o novo coronavírus sem causar pânico à população, bem como, sem superlotar os laboratórios clínicos, farmácias e hospitais.

De acordo com literaturas já publicadas recentemente sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), em seus diversos aspectos, o investimento na Saúde Pública sempre será a medida com maior eficiência para o enfrentamento e combate da pandemia. Pois o fortalecimento do SUS por meio de pesquisas, estrutura física e humana, e projetos sem cortes de verbas e programas específicos tem resultado direto no colapso que a saúde pública tem enfrentado nos últimos meses (SENHORAS, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do SUS em seus fundamentos (baseado nos princípios e objetivos da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) ser uma referência, sendo elogiada mundialmente pelos principais órgãos internacionais de saúde por contemplar um dos mais modernos sistemas de saúde pública do mundo com os mais modernos princípios da medicina pública ofertado de forma gratuita a população brasileira. Percebe-se que, em meio à crise gerada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), diversas falhas do sistema vislumbrada por falta de investimento público, mão de obra ineficiente, corrupção ou até falta de informação por parte de seus usuários tem colocado em xeque a eficiência do gerenciamento do sistema.

Dessa forma, considerando a visão que se tem do SUS no Brasil, como um sistema precário, torna-se necessário reavaliar a gestão das verbas destinadas aos programas de saúde pública e analisar a qualidade dos serviços ofertados. É importante mencionar

a política adotada para o atendimento da demanda de médicos por região, pois, percebe-se que a falta de médicos em regiões afastadas em contraponto à intensa concentração nas grandes cidades torna-se o atendimento falho e de baixa qualidade.

Outro ponto a se considerar, diz respeito a ausência de estrutura nos hospitais da rede pública, a grande incidência de infecções hospitalares, além da dificuldade em conseguir atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF/PSF's), bem como os inúmeros problemas que atingem os brasileiros que tentam utilizar a saúde pública diariamente. Ou seja, quando estes problemas se confrontam com uma situação de emergência como a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença (COVID-19), a tendência será o colapso do sistema.

Sendo assim, evidencia-se que o sistema de saúde pública brasileira vivencia um momento delicado à beira de um colapso frente à demanda do coronavírus, fruto de uma política adota no período colonial que se estende à atualidade priorizando sempre a elite e contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e acesso aos serviços básicos de saúde. Logo, devido às grandes ocorrências do coronavírus e as diversas falhas que o SUS sempre apresentou e nunca foram verdadeiramente solucionadas, o sistema de saúde público enfrenta um dos seus maiores desafios da história, de como repensar a gestão do sistema e fortalecer o SUS para atender a demanda da pandemia que a cada dia faz centenas de vítimas.

REFERÊNCIAS

BATICH, M. “Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada”. **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 18, n. 3, 2004.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. “Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família”. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Sistema Único de Saúde (SUS) - Princípios e conquistas”. **Portal Eletrônico do Ministério da Saúde** [2000]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

CARVALHO, G. “A saúde pública no Brasil”. **Revista Saúde Pública Estudos Avançados**, vol. 27, n. 78, 2013.

CORREIA, B. S. “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil”. **Portal Eletrônico Educação** [2014]. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. “Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil”. **Portal Eletrônico da MV** [2014]. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog>>. Acesso em: 20/04/2020.

DINIZ, J. “Os desafios da saúde pública no Brasil”. **Portal Eletrônico da UNINABUCO** [2014]. Disponível em: <<http://www.joaquimnabuco.edu.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

FERNANDES, A. “Contra projeto bomba Guedes negocia repasse de até R\$ 40 bi a estados e municípios”. **Estadão** [11/04/2020]. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

GASPARETTO JÚNIOR, A. “Saúde Pública”. **InfoEscola** [2012]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com>>. Acesso em: 13/04/2020.

LAZZARIS, M. C. **As políticas de saúde e as intervenções no espaço urbano**: Florianópolis, 1930-1945. (Dissertação de Mestrado em Urbanismo, História e Arquitetura da Cidade). Florianópolis: UFSC, 2009.

LOPES, P. J. **A Evolução da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Pastoral Fé e Política, 2011. Disponível em: <<http://www.pastoralfp.com>>. Acesso em: 13/04/2020.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. “Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 9, n. 2, 1993.

OTONI, R. “Coronavírus mostra importância do SUS”. **Revista online Fórum** [13/03/2020]. Disponível em: <<https://revistaforum.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

PERILLO, E. B. F. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil**. Um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966 (Tese de Doutorado em História Econômica). São Paulo: USP, 2008.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. “Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes”. **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

PONTES, N. “Sucateado, SUS vive "caos" em meio à pandemia”. **Deutsche Welle Brasil** [17/03/2020]. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br>>. Acesso em: 13/04/2020.

SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. **Auditoria em Enfermagem**: uma proposta metodológica. Ilhéus: Editus, 2009.

SANTIAGO, F. P.; SOUZA, P. R. F.; MACHADO, F. C. A.; FERNANDES, E. R. L. “Perfil de homens na atenção primária à saúde”. **Revista HOLOS**, ano 31, vol. 5, 2015.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e o papel das pandemias na história humana”. **Revista Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 1, n. 1, 2020.

SENHORAS, E. M.; SOUSA, Y. N. “Cooperação funcional para o desenvolvimento da saúde e os entraves para a diplomacia médica no Brasil”. **Boletim Mundorama**, vol. 70, junho, 2013.

VERONI, W. “Saúde e Literatura: livro faz recorte histórico da saúde dos escravos no Brasil”. **Blog Saúde MG** [16/05/2016]. Disponível em: <<http://blog.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

CAPÍTULO 5

COVID-19, cemitérios, necrotérios e serviços funerários

COVID-19, CEMITÉRIOS, NECROTÉRIOS E SERVIÇOS FUNERÁRIOS³

Francisleile Lima Nascimento

O termo Coronavírus refere-se a um conjunto de vírus já conhecido pela humanidade, o vírus recebe essa nomenclatura por ter a aparência de uma coroa. O coronavírus representa um grupo de vírus que pode afetar animais e humanos causando sintomas leves de dor de garganta, coriza, tosse, dor de cabeça típico de uma gripe ou resfriado. No entanto, alguns vírus do tipo coronavírus podem desenvolver patologias respiratórias mais graves levando ao óbito (FIORATTI, 2020).

O novo coronavírus, nomeado de Sars-CoV-2 e causador da doença intitulada COVID-19 (LUIGI; SENHORAS, 2020), apesar da origem desconhecida é um vírus do tipo corona que passou por mutações, desde epidemias prévias como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) na Ásia e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) (SENHORAS, 2020). O vírus nas últimas décadas foi destaque na epidemia de 2002 na China que afetou cerca de 8.000 (oito mil) pessoas com índice de mortalidade de 9,6% com a SARS, e na epidemia de 2012 no Oriente Médio acometendo cerca de 2.000 (duas mil) pessoas pelo mundo com um índice de mortalidade em torno de 35% principalmente na Arábia Saudita e em países vizinhos que foram atingidos pela MERS (FIRMIDA, 2020).

³ Uma versão prévia deste capítulo foi publicada em: TEIXEIRA, V. M. “O impacto da crise da COVID-19 no setor aeronáutico”. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, vol. 2, n. 4, 2020.

De acordo com Galdino (2020) com base em estudos de Agrela (2020) e Fioratti (2020), a pandemia do Coronavírus que afeta atualmente o mundo surge da hipótese que o vírus tem origem na região asiática da cidade de Wuhan tendo como hospedeiros os morcegos, cobras e camelos sendo transmitido aos humanos como zoonose por animais infectados causando infecções respiratórias leves e graves.

O novo coronavírus consiste em um vírus que necessita de um hospedeiro, ficando incubado por até duas semanas no organismo humano e permanecendo no cadáver por dias de forma ativa, o que repercute em potencial transmissão aos familiares e principalmente aos profissionais de saúde e agentes dos serviços funerários (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o presente artigo propõe uma discussão sobre a relação do novo coronavírus com os ambientes mórbidos como os cemitérios, necrotérios e funerárias refletindo sobre os impactos da COVID-19 na saúde pública e coletiva, e seu alto nível de contágio aos profissionais que lidam de frente com a pandemia que afeta todos os continentes.

A metodologia desta pesquisa parte de uma revisão de literatura que segundo Gil (2008), faz uso de materiais já publicados, principalmente artigos científicos, dissertações, teses e livros. Logo, o artigo tem caráter descritivo, fazendo uso do método exploratório e analítico. Dessa forma, os procedimentos de coleta de dados partem do levantamento bibliográfico e os procedimentos técnicos para mensurar os resultados utilizam a análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

SAÚDE PÚBLICA E OS CEMITÉRIOS URBANOS

As práticas funerárias mais antigas e quase esquecidas foram praticadas em algumas poucas civilizações e mais notáveis pelo seu legado. O termo “cemitério” é assunto de gestão ambiental em seu melhor sentido, não só é também pauta para sadia da curiosidade cultural que se sobrepõe às reflexões mórbidas.

Ao longo de décadas devido à falta de proteção ambiental com a qual o procedimento de enterrar os corpos foram conduzidos, muitos dos cemitérios urbanos se tornaram áreas contaminadas, sendo observado pelos órgãos ambientais e de saúde pública como um aspecto ambiental urbano importante e que deve ser olhado como um objeto que faz parte do planejamento urbano.

Nesse contexto, os cemitérios que no passado estavam distantes da população, atualmente, acham-se no meio das cidades devido à urbanização acelerada e desordenada pelas quais estas passaram. Em um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relataram o impacto que os cemitérios podem causar ao meio ambiente, por meio do aumento da concentração de substâncias orgânicas e inorgânicas nas águas subterrâneas e a eventual presença de microrganismos patogênicos (NASCIMENTO, 2019; UCISIK, RUSHBROOK, 1998 *apud* CARNEIRO, 2019).

O risco de contaminação microbiológica com a construção de cemitérios em meio urbano é presumível. A água subterrânea é mais atingida pela contaminação por vírus e bactérias. Nascentes naturais ou poços rasos conectados ao aquífero contaminado podem transmitir doenças de veiculação hídrica como tétano, gangrena gasosa, toxi-infecção alimentar, tuberculose, febre tifoide, febre paratifoide, vírus da hepatite A, dentre outros. A população carente e de baixa renda está mais propícia a ser infectada por essas doenças.

Geralmente vivem em regiões onde não existe acesso à rede pública de água potável e possuem sistema imunológico natural baixo (NASCIMENTO; SENHORAS; FALCÃO, 2018; LOPES, 2000).

De todas as contaminações provocadas pelos cemitérios, os maiores problemas estão relacionados ao vírus, devido sua grande capacidade de sobrevivência, mobilidade, adaptação ao meio adverso, mutação e permeação através até de meios semipermeáveis. Foram encontrados vetores de contaminantes de vírus em lençol freático há quilômetros de distância dos cemitérios. Os vetores ainda poderiam causar problemas à saúde da população desavisada que ingerisse a água contaminada (NASCIMENTO; SENHORAS; FALCÃO, 2018; LOPES, 2000). Conforme o Quadro. 1, diversos tipos de bactérias, vírus e protozoários são decorrentes da proximidade com os cemitérios urbanos.

Quadro 1 - Principais doenças de veiculação hídrica decorrentes da proximidade com os cemitérios urbanos

BACTÉRIA	VÍRUS	PROTOZOÁRIO
Cólera Disenteria Enterite Febra tifoide	Hepatite infecciosa Poliominitite	Criptosporidiose Disenteria amebiana

Fonte: NASCIMENTO (2016).

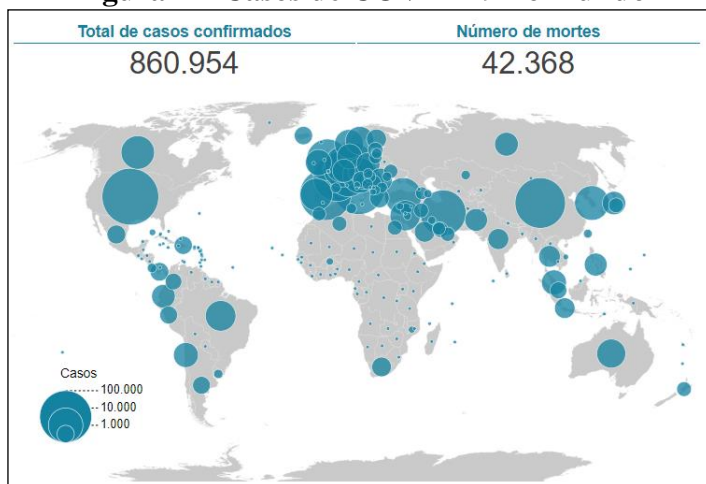
Nesse sentido, compreender o que as proximidades com os cemitérios urbanos possuem relação com as condições de saúde ambiental, é de fundamental importância para os gestores do poder público, pois acarretam grandes custos ao poder público e a população envolvida, principalmente, aquela que reside em áreas próximas a esses locais contaminados (NASCIMENTO; SENHORAS; FALCÃO, 2018).

PANORAMA DO CORONAVÍRUS NO MUNDO

A pandemia que tem afetado o mundo teve início na China na cidade de Wuhan identificado em dezembro de 2019 e denominado de novo coronavírus. Todavia, os primeiros registros de Coronavírus são datados em meados de 1937 e descritos como coronavírus em 1965 por apresentar um perfil na microscopia e ter a aparência de uma coroa. É importante destacar que os vírus da família Corona que mais atingem os humanos são HKU1, Beta OC43, NL63, e o Alpha 229E.

O surto que mais tarde se transformou na pandemia do novo coronavírus partiu da China e migrou para Coreia Sul, Japão, Taiwan, Tailândia, Europa e Estados Unidos (FIRMIDA, 2020). Atualmente já se registram ao redor dos cinco continentes cerca de 860.954 mil casos de pessoas infectadas e 42.368 mil casos de óbitos causados pela doença COVID-19 (figura 1).

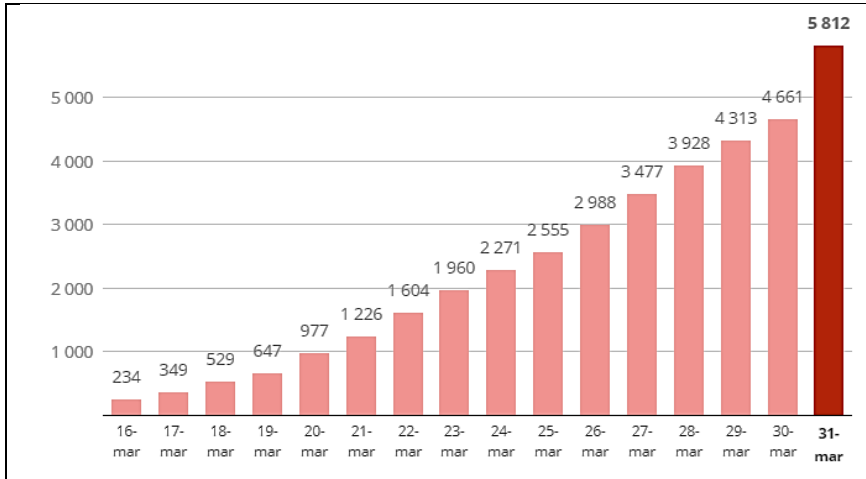
Figura 1 – Casos de COVID-19 no mundo



Fonte: Universidade John Hopkins (BBC, 2020).

O cenário brasileiro conforme dados das Secretarias Estaduais de Saúde até a data de 31 de março de 2020, registrava em todos os estados cerca de 5.812 infectados contabilizando um total de 202 mortos (gráfico 1), não obstante haja uma clara distribuição assimétrica de casos e mortos, concentrados majoritariamente no Estado de São Paulo, bem como em grandes centros metropolitanos com grande concentração populacional.

Gráfico 1 - Panorama dos casos de COVID-19 no Brasil



Fonte: G1 (2020).

CORONAVÍRUS EM AMBIENTES MÓRBIDOS: NECROTÉRIOS, FUNERÁRIAS E CEMITÉRIOS

Considerando o alto risco de contaminação do novo coronavírus que pode ser transmitido pela exposição ao sangue e fluidos corporais infectados, bem como objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas, o Ministério da Saúde

estabelece algumas normas de proteção individuais para os profissionais que lidam diretamente com o paciente contaminado ou com o cadáver (BRASIL, 2020).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde os profissionais da saúde que tem contato direto com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem estar estritamente equiparados dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como: Gorro; Óculos de proteção ou protetor facial; Avental impermeável de manga comprida; Máscara cirúrgica; Luvas; Botas impermeáveis. Quanto aos profissionais que atuam no necrotério, as recomendações devem ser seguidas como as descritas para o manejo dos corpos de óbitos ocorridos em ambiente hospitalar respeitando as normas adotadas para quaisquer outras doenças infecciosas de biossegurança (BRASIL, 2020).

Com relação ao processo funerário, o Ministério da Saúde tem vetado no período de quarentena os velórios e funerais de pacientes confirmados ou suspeitos da COVID-19. Entretanto, se ocorrer recomenda-se manter durante toda cerimônia a urna funerária fechada para evitar qualquer contato com o corpo, realizando assim, o funeral em local aberto ou ventilado e evitando a presença do grupo de risco com número reduzido de pessoas respeitando o isolamento social. Outra recomendação refere-se a disponibilidade de água, sabão, papel toalha e álcool em gel a 70% para higienização das mãos durante todo o velório. Quanto ao sepultamento recomenda-se que o enterro ocorra com no máximo 10 (dez) pessoas respeitando as medidas de isolamento social de 02 (dois) metros de distância entre elas não pelo risco biológico do corpo, mas sim pela contraindicação de aglomerações (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde ainda ressalta que os mortos acometidos com COVID-19 até o presente momento obedecendo as normas de biossegurança para doenças infecciosas podem ser

enterrados ou cremados. Entretanto, deve-se sempre atentar as mudanças repentinas para um vírus que se apresenta mutável (BRASIL, 2020).

Todavia, é importante ressaltar que as atividades de sepultamento de cadáveres geram fontes poluidoras do meio físico, sendo assim, devem ser consideradas como uma atividade com aspecto de impacto ambiental. Uma área contaminada pode ser definida como uma área onde há comprovadamente poluição ou contaminação, causada pela introdução de substâncias ou resíduos que nela tenham sido depositados, acumulados, armazenados, enterrados ou infiltrados de forma planejada, acidental ou até mesmo natural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cemitérios são fontes de contaminação das águas superficiais e subterrâneas, por meio de substâncias orgânicas e inorgânicas, e microrganismos patogênicos presentes no líquido da decomposição de cadáveres, denominado de necrochorume. Essa contaminação ocorre devido à implantação de cemitérios em locais que apresentam condições ambientais desfavoráveis. E que acaba não tendo espaço dentro do planejamento da cidade.

Com o crescimento acelerado, em especial para as áreas de risco, tais como: lixões e cemitérios urbanos, torna-se uma problemática séria, em especial no que se refere à saúde pública, pois os cemitérios são fontes de contaminação física, química e biológica das águas e que por sua vez podem contaminar a população.

Dessa forma, o crescimento urbano próximo aos cemitérios urbanos, torna-se uma problemática, em especial no que se refere à

saúde pública e ambiental relacionada ao alto risco de infecção do novo coronavírus, pois os cemitérios são fontes de contaminação física, química e biológica das águas e que por sua vez podem contaminar a população.

De acordo com as literaturas consultadas evidencia-se que a morte também polui, e que os cemitérios podem armazenar elementos de alto risco pela inumação, tumulação e cremação, se estes não forem bem instalados e gerenciados. Com isso, a principal preocupação é com a contaminação do aquífero freático.

Acrescenta-se ao cenário ambiental o surgimento de normas que regulamentam acerca dos cemitérios. A legislação orienta tanto para a implantação de cemitério quanto para resguardar a profissão de cozeiro ao qual se dedicam aos cuidados com os mortos. Entretanto, não existe uma Lei Federal específica que possa disciplinar o Regime dos Bens Funerários, especialmente no que diz respeito aos cemitérios e às sepulturas. Com isso, não existe um Instrumento Legal que possa obrigar os municípios a darem benefícios às questões funerárias. Desta forma, se o serviço funerário é predominantemente uma competência dos municípios, existe assim, segundo os autores, uma porcentagem de liberdade por parte dos gestores governamentais, no que se refere à prioridade de oportunidade para investir no setor destinado a isso.

Todavia, ao considerar que os cemitérios são espaço de construção de condições invioláveis por esse motivo pesquisas científicas voltadas para esse setor são restritas. Entretanto, as atividades realizadas dentro dos cemitérios requerem toda proteção no que tange a segurança do trabalho por se tratar de questões que envolvem insalubridade dos profissionais que atuam no setor tornando importante uma regulamentação que assegure a segurança da saúde desses profissionais e da comunidade que reside próximo as necrópoles.

Considerando que não se tem certeza de quanto tempo o novo coronavírus permanece no cadáver após ser sepultado, e entendo que os compostos orgânicos liberados no processo de decomposição dos cadáveres são degradáveis e causam um aumento da atividade de microorganismos no solo sob a área de sepultamentos, nota-se nesse processo um agravo quanto ao processo de contaminação e proliferação do vírus no ambiente das necrópoles.

Dessa forma, o alerta torna-se ainda maior, pois o corpo humano ao entrar em decomposição passa a servir como um ecossistema para outros seres, entre eles, bactérias, os artrópodes, destruidores de matéria orgânica e microrganismos patogênicos e outros, e esses seres podem ser um risco ao meio ambiente como à saúde pública.

Considerando a infraestrutura que existe ou faltam nas necrópoles brasileiras onde cerca de 15% a 20% apresentam incidência de casos de contaminação do subsolo e de água subterrânea com presença principalmente de Íons de Cloreto e Nitrato; Vírus e Bactérias; e a presença de Necrochorume, surge a necessidade de levantar novas questões quanto ao gerenciamento e dos ambientes mórbidos principalmente nesse momento em que o mundo vivencia um dos maiores problemas de saúde ocasionado pelo novo coronavírus que traz à tona a necessidade de discutir e refletir sobre as questões socioambientais que envolvem a relação dos cemitérios e do sepultamento de cadáveres frente as pandemias.

REFERÊNCIAS

AGRELA, L. “Indivíduo infectado por coronavírus pode contaminar até cinco pessoas”. **Revista Exame** [11/03/2020]. Disponível em: <<http://www.exame.abril.com.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BBC - British Broadcasting Corporation. “Coronavírus: o mapa que mostra o alcance mundial da doença”. **BBC News Brasil** [16/03/2020]. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese>>. Acesso em: 01/04/2020.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução nº 335, de 03 de abril, 2003**. Brasília: CONAMA, 2003. Disponível em: <<http://www.aguaseguas.ufjf.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19”. **Portal Eletrônico do Ministério da Saúde** [2020]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

CARNEIRO, V. S. “Impactos causados por necrochorume de cemitérios: meio ambiente e saúde pública”. **Revista Águas Subterrâneas**, vol. 1, n. especial, 2009.

FIORATTI, C. “Sim, o coronavírus veio da natureza – e não de um laboratório”. **Revista Super Interessante** [20/03/2020]. Disponível em: <<http://www.super.abril.com.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

FIRMIDA, M. “Coronavírus: Que vírus é este?” **Portal Eletrônico da SOPTERJ** [2020]. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

G1. “Casos de coronavírus no Brasil em 31 de março”. **G1 São Paulo** [31/03/2020]. Disponível em: <<http://www.g1.globo.com>>. Acesso em: 31/03/2020.

GALDINO, L. K. A. “Proposta Metodológica Para Mapeamento, Monitoramento e Medidas Mitigadoras À Covid-19: Análise em

Roraima”. **Journal de Dados PPGENFBIO** [2019]. Disponível em: <<http://www.journaldedados.wordpress.com.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

LUIGI, R.; SENHORAS, E. M. “O novo coronavírus e a importância das Organizações Internacionais”. **Nexo Jornal** [17/03/2020]. Disponível em: <<http://www.nejornal.com.br>>. Acesso em: 01/02/2020.

LOPES, J. L. **Cemitério e seus impactos ambientais - Estudo de caso: Cemitério Municipal do Distrito de Catuçaba/SP**. São Paulo: Centro Universitário SENAC, 2000.

NASCIMENTO, F. L. **Análise descritiva do cemitério público urbano localizado na região Norte no Estado de Roraima-RR**. (TCC de Graduação em Geografia). Boa Vista: UFRR, 2016.

NASCIMENTO, F. L. **Cemitérios públicos urbanos municipais da região sul do estado de Roraima (1995-2018)**. (Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Amazônia). Boa Vista: UFRR, 2019.

NASCIMENTO, F. L.; SENHORAS, E. M.; FALCÃO, M. T. “Necrópoles e os impactos ambientais: cemitério público municipal, Boa Vista-RR”. **Revista Barú - Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, vol. 4, n. 2, 2019.

SENHORAS, E. M. “Novo coronavírus e seus impactos econômicos mundo”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 1, n. 2, 2020.

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. “Notificação do novo coronavírus COVID-19 em Roraima”. **Portal Eletrônico da SESAU** [2020]. Disponível em: <<http://www.saude.rr.gov.br>>. Acesso em: 31/03/2020.

CAPÍTULO 6

*A crise pandêmica da COVID-19
e a (des)governança global da Saúde*

A CRISE PANDÊMICA DA COVID-19 E A (DES)GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE

Ricardo Luigi

Elói Martins Senhoras

O ano de 2020 está marcado pela crise da saúde global como consequência da pandemia do novo coronavírus, nomeado de SARS-CoV-2, propagador da doença intitulada COVID-19 (SENHORAS, 2020a). Além de todos os efeitos nocivos inerentes ao contágio, a pandemia potencializou efeitos de transbordamentos de múltiplas crises no âmbito social, econômico e político, tornando-se uma “tempestade perfeita”

A crise multidimensional da pandemia da COVID-19 caracteriza-se como o *momentum* de uma “tempestade perfeita” por aglutinar “a maior crise de nossa geração” HARARI (2020, s. p.), expressando os limites do desenvolvimento de um modelo de sociedade, gerando mudanças profundas e alterando a forma como são concebidos diversos aspectos da realidade.

Tomando como referência o gerenciamento internacional desta crise pandêmica, o objetivo deste capítulo é discutir as limitações do multilateralismo da saúde no contexto de difusão da COVID-19, à luz de um debate sobre as características estruturais complexas da arquitetura do sistema de governança global da saúde, *vis-à-vis* às conjunturais limitações do campo de poder diplomático, conformado pela presença de um elevado número de países e da Organização Mundial de Saúde, e, do campo paradiplomático, manifestado pela presença de oligopólios farmacêuticos e da comunidade científica internacional.

Fundamentado por um estudo exploratório e qualitativo de natureza revisionista e em um método histórico-dedutivo, o presente capítulo foi estruturado em duas seções, as quais exploram a complexa arquitetura do sistema de governança global da saúde, bem como os desafios à governança global da saúde em um contexto de ampla incerteza, permeado por cenários de cooperação política e científica, competição entre empresas farmacêuticas e potencial conflito entre as políticas governamentais, além do boicote institucional à Organização Mundial de Saúde (OMS) por parte da potência hegemônica, os Estados Unidos.

As discussões apresentadas neste estudo procuram mostrar o campo de poder existente entre as diferentes apreensões polarizadas sobre a arquitetura da governança da saúde global, no contexto de difusão da pandemia da COVID-19, uma vez que existem determinadas perspectivas analíticas “antiglobalistas”, que compreendem a existência de uma governança instável ou uma desgovernança multilateral, em contraposição a análises “pró-globalização”, que identificam uma proativa governança da saúde liderada pela OMS, resguardadas as perspectivas reformistas, que compreendem os obstáculos na atuação da OMS, mas pretendem reformar a instituição em vez de extingui-la.

A GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE

O conceito de governança deixou de ter um *status* de palavra perdida nos dicionários e se tornou, nas últimas décadas, um conceito central em diferentes campos científicos, em função da sua funcionalidade para abordar os fenômenos empíricos de compartilhamento e disputa de poder (CHHOTRAY; STOKER, 2009), uma vez que a governança implica em um arranjo de

construção coletiva dos processos de decisão política, na qual estão presentes diferentes atores e instituições com ações específicas.

No âmbito internacional, a noção de arquitetura de governança da saúde fundamenta-se em uma concepção de interação multilateral ou global de um conjunto diferenciado de organizações multilaterais, empresas farmacêuticas, organizações não governamentais e de direito privado, bem como países, os quais possuem poderes e capacidades assimétricas, mas que são comprometidos coletivamente com ações que impactam na conformação de determinadas agendas sanitárias, em termos cooperativos ou conflitos, respeitadas determinadas normas e procedimentos compartilhados.

As discussões sobre a governança da saúde nas relações internacionais devem ser compreendidas a partir de diferentes espaços de projeção do poder, nos quais são materializadas distintas agendas, de conflito e cooperação, por parte de atores de natureza diplomática e paradiplomática, direta ou indiretamente envolvidos com a construção das agendas sanitárias no Complexo de Governança Global em saúde (KICKBUSCH; SZABO, 2014).

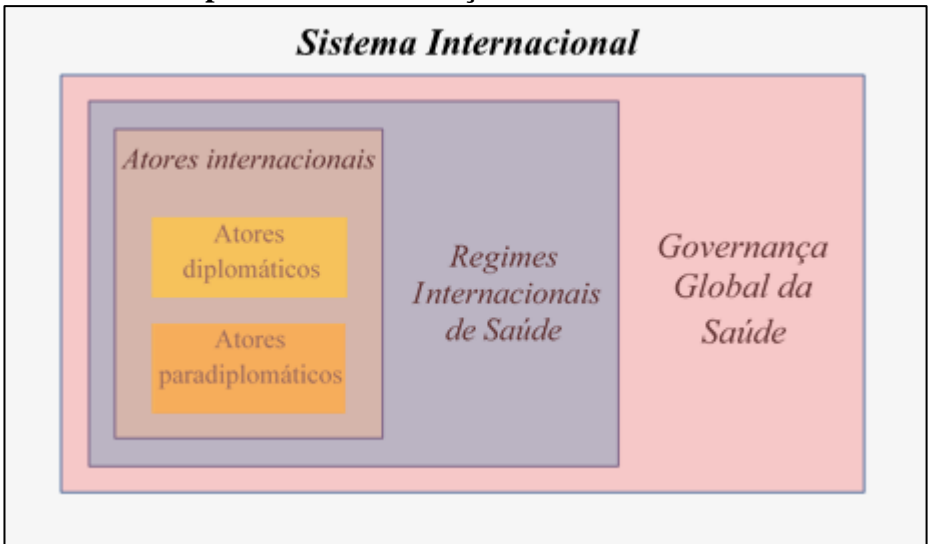
No *plano diplomático*, entre os atores que participam do sistema de governança da saúde estão os Estados Nacionais, por meio das suas chancelarias e ministérios de Saúde, bem como os organismos multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Mundial do Comércio (OMC), ou até mesmo organismos regionais de acordos de integração regional, como o Mercosul e a União Europeia, ou de natureza plurilateral, como o G8 e G20.

No *plano paradiplomático*, os principais *players* internacionais presentes ativamente no campo de poder da governança da saúde no mundo podem ser caracterizados por *paradiplomatas sociais da saúde* (associações privadas como a

Cruz Vermelha ou organizações não governamentais como Médicos Sem Fronteiras), *paradiplomatas econômicos da saúde* (grupos empresariais do segmento farmacêutico) e *paradiplomatas científicos da saúde* (rede de pesquisadores na área de Saúde).

A governança global da saúde possui uma arquitetura institucional complexa em função do capilarizado campo de poder conformado por interesses diferenciados entre atores de natureza diplomática e paradiplomática (SENHORAS; SOUZA, 2013), os quais materializam internacionalmente um amplo conjunto de regimes sanitários específicos, com normas, acordos e convenções próprias em função dos processos de negociação de natureza cooperativa e conflitiva.

Figura 1 – Variáveis do Complexo de Governança Global de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Baseada em SENHORAS; OLIVEIRA (2010).

Desde o pós II Guerra Mundial, o campo de poder existente na governança global da saúde evoluiu por meio de uma trajetória autodependente fundamentada na projeção, tanto da *diplomacia da saúde*, por meio de agendas cooperativas entre Estados Nacionais e de uma agenda construtiva do Multilateralismo da Saúde, comandada pela OMS⁴ e suas unidades regionais, sob a influência de um restrito grupo de países doadores, quanto da influência da *paradiplomacia da saúde*, de empresas multinacionais, fundamentada em estratégias de internacionalização e concentração do setor farmacêutico via processos de fusão e aquisição e consequente oligopolização setorial (KESIC, 2008; GAGNON; VOLESKY, 2017).

Embora exista uma trajetória evolutiva da Organização Mundial da Saúde, consolidada por várias décadas de trabalho no âmbito da promoção da diplomacia da saúde, sua trajetória evolutiva passou por mudanças de foco na institucionalização da concepção do multilateralismo da saúde, em função das distintas visões existentes sobre o seu papel institucional na governança global de saúde.

Conforme Lee (1998) há três visões predominantes na literatura sobre o papel da OMS no contexto da governança global de saúde: a tradicionalista, a essencialista e a social. A visão tradicionalista defende que a OMS atue na criação das normas de saúde, não interferindo diretamente na cooperação global. A visão

⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS), subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), foi criada em 1946, tendo entrado em vigor em 1948, no dia 07 de abril, data que passou a representar o dia mundial da saúde. A OMS é a principal responsável pela governança global e pela cooperação internacional na área da saúde, o que não impede a atuação de outras instituições que, pelo contrário, somam energia. A criação da OMS foi um marco ao impulsionar a criação e difusão de normas relativas à saúde. “O estabelecimento da OMS marcou uma nova era da diplomacia internacional da saúde caracterizada por normas e padrões (RUGER, 2008, p. 02)”.

essencialista defende que a OMS deva colaborar apenas com as situações em que os Estados não sejam capazes sozinhos de resolver os problemas. A visão social, por sua vez, ligada à ideia de justiça social, propõe que as políticas de saúde realizadas pela OMS auxiliem na promoção do desenvolvimento.

Enquanto que a visão social predominou nas décadas iniciais da OMS, entre 1950 a 1970, a partir da década de 1980, a visão tradicionalista passou a emergência com maior força. A partir da década de 1990, com a crescente influência da visão essencialista, em função da crise do próprio sistema multilateral e da queda de recursos no financiamento da OMC, novos focos emergem sob influência de um crescente multilateralismo de mercado, o que repercutiu em uma complexificação do sistema de governança da saúde global.

Quadro 1 - Evolução do foco das agendas multilaterais da OMS

1950	Combate às principais doenças
1960	Desenvolvimento de recursos humanos em Saúde
1970	Erradicação de varíola e planejamento familiar
1980	Atenção primária à saúde
1990	Investimentos prioritários em saúde e erradicação da pobreza
2000	Segurança sanitária comum e saúde como bem público global
2010	Segurança sanitária global, epidemias e pandemias

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: KICKBUSCH; IVANOVA (2013).

A partir de uma abordagem de longa duração é possível compreender que o sistema internacional de governança da saúde incorre em uma crise estrutural há décadas, que está diretamente relacionada à própria crise da agenda multilateral em saúde no contexto de globalização pró-mercado (FERREIRA *et al.*, 2013), tornando-se a *diplomacia da saúde*, promovida pelos Estados

Nacionais e a OMS, refém de uma agenda crescentemente dinamizada pelos raios de atuação empresarial da paradiplomacia da saúde de grandes grupos farmacêuticos.

Esta crise estrutural manifesta-se por uma incapacidade de avançar na consolidação de uma governança global para a saúde *de facto* em termos de acessibilidade e equidade no atendimento. A despeito da OMS existir desde 1948, os interesses da paradiplomacia econômica da saúde avançaram a partir da década de 1990 a um ritmo maior que os interesses da diplomacia social da saúde, financiados com base em recursos público-privados e em um contexto de crescente racionalização de recursos por parte dos principais doadores.

A agenda de governança global que deveria ser idealmente comandada pela liderança da OMS, fundamentada nos interesses multilaterais, adquiriu ao longo do tempo as características de um multilateralismo troiano, multilateralismo de mercado ou contra-multilateralismo, no qual houve a proliferação de fundos verticais para combater doenças específicas, com base em fontes mistas – público-privadas – que não necessariamente reforçam a concepção multilateral da saúde, mas antes replicam as características e interesses dos próprios fundos ou do restrito grupo de países que majoritariamente financiam a OMS.

Os fundos verticais representam uma tendência problemática à própria saúde da concepção multilateral na tomada das decisões na OMS, uma vez que os principais países doadores têm diminuído o volume global de suas doações, embora destinando crescentes recursos não essenciais para propósitos específicos de seus interesses, como programas com vinculação específica para um domínio de desenvolvimento ou para uma região, que aumentaram rapidamente (BOWNE; CORDON, 2015).

A presença de grandes grupos farmacêuticos nos fundos verticais, aliada a um restrito número de países com alto poder de influência nas decisões da OMS, dirimiu significativamente a capacidade de liderança desta organização internacional, tornando-se a governança global de saúde uma complexa arquitetura, permeada por novas coalizões de poder que mudam a dinâmica multilateral, uma vez existem vários braços diplomáticos e paradiplomáticos de negociação, porém sem uma cabeça funcional para alavancar um concepção multilateral profunda.

COVID-19 E A (DES)GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE

A difusão da pandemia do novo coronavírus, intitulado como SARS-CoV-2, responsável pelo contágio da doença identificada pelo acrônimo em inglês CoronaVirus Disease 2019 (COVID-19), trouxe uma profunda crise sanitária com amplas repercussões multilaterais que atingindo quase 190 países, e multidimensionais, que se transbordaram, transversalmente, em múltiplas outras crises no mundo (SENHORAS, 2020b; MARANHÃO; SENHORAS, 2020).

Frente à rápida difusão do contágio, a OMS foi alçada ao centro dos holofotes, para fazer macrocoordenação de esforços internacionais de contenção da doença, em função de seu papel como organização internacional pivô no complexo sistema de governança global em saúde, engendrando assim um sistema de transparência e troca de informações, por meio tanto de relatórios diários da situação de difusão do novo coronavírus no mundo, quanto da promoção de conferências médicas.

Em um contexto de crise estrutural do multilateralismo da saúde e de conjuntura de difusão da pandemia da COVID-19, a

OMS se tornou o centro da tempestade, sendo observada com elogios devido à rápida atuação desde o início do contágio, mas também sendo o alvo de amplas críticas devido a mudanças de discursos institucionais, o que repercute durante a crise pandêmica em uma crise à própria OMS em relação ao seu papel na governança global de saúde.

Por um lado, os elogios à atuação da OMS são normalmente direcionados à rapidez de sua atuação nas frentes de publicização de dados de contágio no mundo e na articulação da comunidade científica, muito em função da experiência prévia em outros surtos pandêmicos, o que possibilitou o planejamento de políticas governamentais de resposta à COVID-19, em cada país no mundo, com base no compartilhamento de informações epidemiológicas e científicas:

Desde o início do surto na China no final de dezembro de 2019, a rápida e proativa diplomacia da saúde engendrada pela OMS em um contexto emergencial de difusão internacional do novo coronavírus não acontece por acaso. É, antes, o resultado da experiência em uma trajetória histórica em que essa organização internacional esteve previamente envolvida em esforços de macrocoordenação da governança da saúde global em seis surtos com potencial pandêmico (SARS, MERS, pólio, Zika, H1N1 e Ebola), previamente considerados casos de emergência internacional (LUIGI; SENHORAS, 2020, s. p.).

O destacado papel da OMS acontece em função da sua liderança na macrocoordenação de esforços internacionais, passando pelos círculos paradiplomáticos da comunidade científica internacional até os círculos diplomáticos dos formadores de

políticas públicas em diferentes países, engendrando assim um sistema de transparência e troca de informações, por meio tanto de relatórios diários da situação de difusão do novo coronavírus no mundo, quanto da promoção de conferências médicas.

Em um cenário de incertezas epidemiológicas, em que é preciso lidar com os governos nacionais e com os mais diversos atores, nem sempre apresentando congruência em seus interesses e formas de ação, a OMS exerce função crucial como produtora de informação qualificada sobre a pandemia da COVID-19, conjugando iniciativas entre a comunidade científica e auxiliando o combate às *fake news*, fornecendo informação confiável por meio de seus boletins. Como expresso no estatuto da OMS, “uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de suma importância para o melhoramento da saúde dos povos” (WHO, 1946, p. 01).

O compartilhamento e a difusão de informações epidemiológicas pela OMS foram observados de modo muito positivo não apenas em regimes democráticos, mas também em países com regimes políticos mais fechados, como a China e o Irã. No tocante às iniciativas científicas, pode-se citar o apoio à Colaboração em Pesquisa Global para Preparação para Doenças Infecciosas (a GLOPID-R), uma iniciativa de 28 países, incluindo o Brasil, de financiamento emergencial de pesquisas no combate à COVID-19, bem como o lançamento do Fundo de Resposta para a COVID-19, arrecadando recursos de indivíduos, empresas e instituições para apoiar o enfrentamento da doença.

Por outro lado, críticas à atuação da OMS surgiram em relação a sua titubeante liderança internacional durante o contágio, uma vez que houve, tanto, uma significativa demora para declarar estado de pandemia mundial, após 3 meses de monitoramento de casos da COVID-19, quanto uma recorrente mudança de posturas

institucionais em relação a fechamento de fronteiras nacionais, uso de máscaras ou mesmo de medicamentos como a cloroquina.

A despeito da OMS ter limitadas capacidades de *enforcement* internacional no contexto da governança global, a sua atuação durante a pandemia da COVID-19 é vista como problemática, não em termos de recolhimento de informações epidemiológicas ou no monitoramento humanitários das políticas governamentais, mas quanto à mudança de protocolos e ao *timing* retardatário de declaração da pandemia, prejudicando o planejamento de políticas governamentais e a própria contenção da doença.

Nessa perspectiva de crítica é que se reforçam argumentos “antigobalistas” de intelectuais ou mesmo de presidentes de países que se tornaram epicentros globais da pandemia, como Donald Trump (Estados Unidos) e Jair Bolsonaro (Brasil), que buscaram desmoralizar o papel institucional da OMS, argumentando que a organização estaria potencializando uma desgovernança global da saúde, bem como estaria atuando politicamente em prol de interesses da China.

Muitas das críticas à OMS afirmam que ela não exerceu a liderança global em saúde e se tornou uma ferramenta da política, poder e propaganda da China. Essa crítica sustenta que a OMS teve a capacidade de questionar o tratamento da China para o surto em Wuhan, para que a organização pudesse preparar melhor o mundo para uma doença perigosa - mas que a OMS não conseguiu agir decisivamente. As críticas levantam questões sobre a autoridade da OMS para desafiar os estados durante surtos graves para o bem da saúde global (FIDLER, 2020, s. p.).

O modo pelo qual os Estados Unidos politizaram o COVID-19, realizando um boicote à OMS, por meio do corte de recursos orçamentários à instituição, traz um preocupação e mudanças significativas na geopolítica da cooperação em saúde, uma vez que a saída do principal financiador abre uma lacuna que tem imediatamente sido preenchida pela China, repercutindo assim na emergência de uma geopolítica conflitiva entre as principais potências, que pode acelerar ainda mais a crise do multilateralismo da saúde e o próprio funcionamento do sistema de governança global da saúde.

Ao tomar a China e a OMS como bode expiatórias da pandemia da COVID-19, as críticas estadunidenses do presidente Trump buscam politizar esta crise sanitária, a fim de desviar a atenção das demais crises econômicas e sociais intra-nacionais em um ano eleitoral, problematizando ainda mais a governança da saúde global, por meio de uma preocupante política externa unilateralista que declara morte à agenda multilateralista da saúde, uma das pilas de construção do *soft power* hegemônico dos Estados Unidos no pós II Guerra Mundial.

Frente a sérios problemas sanitários e a falta de equipamentos médicos e de proteção para profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia, e do alto índice de contaminação em território norte-americano, Trump trata tais obstáculos como uma questão política, colocando novamente a China no lugar de bode expiatório do governo norte-americano. Outro bode expiatório de Trump durante a pandemia da COVID-19 é a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual o presidente acusou de ser “centrada na China”, de dar maus conselhos e de reter informações estratégicas. Além de US\$ 200 milhões de contribuições em

atraso, Trump logo anunciou a suspensão de todas elas (CARVALHO; SENHORAS, 2020, p. 29).

A declaração de boicote institucional à OMS, por parte do governo Trump, em pleno contexto de difusão da maior crise pandêmica, com repercussão global, corrobora com uma incremental crise institucional da diplomacia de saúde desta organização, que vai além da racionalização de recursos e da verticalização de fundos, com base em uma lógica de multilateralismo econômico, sendo influenciada pelo aprofundamento de políticas unilaterais, por parte da potência hegemônica, no sentido de fortalecer a paradiplomacia de saúde de grandes grupos farmacêuticos estadunidenses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 trouxe uma série de choques exógenos à realidade humana, com repercussões multidimensionais e transescalares (SENHORAS, 2020c), redefinindo o modo de vida e de produção, bem como complexificando ainda mais a governança da saúde global, tensionando atores e instituições não necessariamente para uma crescente convergência multilateral, mas antes para soluções algumas vezes unilaterais e conflitivas.

A COVID-19 revelou “uma névoa de incerteza para o estudo e para a prática da política (RIGIROZZI, 2020, p. 1)”, demonstrando que as crises geradas pela sua difusão internacional colocaram em evidência o quão problemática é a governança global da saúde, deixando ainda mais em xeque a vitalidade do multilateralismo da saúde e o papel da Organização Mundial da Saúde. A OMS tem coordenado esforços multilaterais de diplomacia da saúde para

conter a COVID-19 desde o surto inicial, mas, simultaneamente, tem recebido críticas e duras ações de boicote institucional por parte de determinados países, destacando-se os Estados Unidos.

Diante do crescente de tensionamento entre atores diplomáticos e paradiplomáticos no campo da saúde, a crise sanitária da COVID-19 escalonou para uma crise do próprio sistema de governança da saúde à medida que a OMS passa por um boicote institucional pelos Estados Unidos, principal fomentador da cooperação internacional e do multilateralismo de saúde no pós II Guerra Mundial, em detrimento de uma agenda unilateral e em prol de grandes grupos farmacêuticos. Essa questão já repercutiu na conformação de uma geopolítica econômica da saúde, manifestada pela corrida por uma vacina, bem como em uma geopolítica social de aumento das assimetrias na contaminação e no acesso à saúde, entre pobres e ricos, em âmbito nacional e internacionalmente.

O relativo quadro governança instável ou mesmo de (des)governança global da saúde durante a pandemia da COVID-19 se estruturou por meio de dois grandes eixos geopolíticos: um no qual há uma clara projeção de discursos, algumas vezes contraditórios e outras vezes convergentes, entre a diplomacia da saúde de Estados Nacionais e da OMS; enquanto, em outro, há a projeção de uma geopolítica silenciosa, manifestada por uma corrida entre grandes grupos farmacêuticos, com o apoio econômico de seus respectivos governos.

Na confluência destes dois eixos geopolíticos internacionais está a dinâmica da saúde global em um contexto inesperado e imprevisível de “tempestade perfeita”, projetando no sistema de governança global da saúde uma complexa esquizofrenia institucional, conformada por vários braços de ação que recorrentemente entram em conflito, já que a condução é acéfala, navegando aleatoriamente muitas vezes por tentativas e erros em um cenário desconhecido, o que repercutiu em uma tendência

incremental de aprofundamento da crise pandêmica ao longo dos meses em todo mundo.

Conclui-se, com base nestas discussões, que a pandemia da COVID-19 trouxe amplas transformações na realidade humana, tornando-se, na história, um ponto de inflexão que tensionou sensibilidades e vulnerabilidades de modo multidimensional e transescalar, mas que não suscitou a adequada gestão da crise por parte dos atores diplomáticos e paradiplomáticos do sistema de governança da saúde global. Isto se deu devido à incapacidade de diálogos e de produção de uma agenda multilateral de cooperação profunda, razão pela qual se gerou uma dinâmica de amplos riscos epidemiológicos e de aumento das assimetrias e das desigualdades estruturalmente pré-existentes.

REFERÊNCIAS

BOWNE, S.; CORDON, R. “Vertical funds: lessons for multilateralismo and the UN”. **Future UN Development System**, n. 25, January, 2015.

CARVALHO, P. N.; SENHORAS, E. M. “Impactos da pandemia da COVID-19: Economia Internacional e Ciclo Hegemônico”. **Impactos econômicos da pandemia da COVID-19**. Boa Vista: EdUFRR, 2020.

CHHOTRAY, V.; STOKER, G. **Governance Theory and Practice: A Cross-Disciplinary Approach**. New York: Palgrave, 2009.

FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C.; BUSS, P. M. “Global Governance for Health”. **Face a Face**, n. 12, 2013.

FIDLER, D. P. “The World Health Organization and Pandemic Politics”. **Think Global Health** [10/04/2020]. Disponível em: <<https://www.thinkglobalhealth.org>>. Acesso em: 22/06/2020.

GAGNON, M. A.; VOLESKY, K. D. “Merger mania: mergers and acquisitions in the generic drug sector from 1995 to 2016”. **Globalization and Health**, vol. 13, n. 62, 2017.

HARARI, Y. N. “The world after coronavirus”. **Financial Times** [20/03/2020]. Disponível em: <<https://www.ft.com>>. Acesso em: 28/05/2020.

KESIC, D. “Analysis of the world pharmaceutical industry”. **Management: Journal of Contemporary Management Issues**, vol. 14, n. 1, 2009.

KICKBUSCH, I; IVANOVA, M. “The History and Evolution of Global Health Diplomacy”. In: KICKBUSCH *et al.* (eds.). **Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, 11 Instruments, Fora and Cases**. New York: Springer-Verlag, 2013.

KICKBUSCH, I.; SZABO, M. M. C. “A new governance space for health”. **Global Health Action**, vol. 7, April, 2014.

LEE, K. “Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here?”. **The Lancet**, vol. 351, n. 9106, 1998.

LUIGI, R.; SENHORAS, E. M. “O novo coronavírus e a importância das Organizações Internacionais”. **Nexo Jornal** [17/03/2020]. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br>>. Acesso em: 27/05/2020.

MARANHÃO, R. A.; SENHORAS, E. M. “Pacote econômico governamental e o papel do BNDES na guerra contra o coronavírus”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 4, 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Constitution of the World Health Organization, July 22nd, 1946**. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 16/03/2020.

RIGGIROZZI, P. “The sobering reality of unpredicted scenarios: COVID-19”. **Health and Regional Politics in Latin America** [06/04/2020]. Disponível em: <<http://cris.unu.edu>>. Acesso em: 26/05/2020.

RUGER, J. P. “Normative Foundations of Global Health Law”. **The Georgetown Law Journal**, vol. 96, n. 2, 2008.

SENHORAS, E. M. “A pandemia do novo coronavírus no contexto da cultura pop zumbi”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 11, n. 3, 2020a.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e Educação: Análise dos Impactos Assimétricos”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 2, n. 5, 2020b.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e o papel das pandemias na história humana”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 1, n. 1, 2020c.

SENHORAS, E. M.; OLIVEIRA, M. N. “Marcos evolutivos da política à economia nas negociações internacionais ambientais”. **Meridiano 47**, vol. 12, n. 123, 2011.

SENHORAS, E. M.; SOUSA, Y. N. “Cooperação funcional para o desenvolvimento da saúde e os entraves para a diplomacia médica no Brasil”. **Boletim Mundorama**, vol. 70, junho, 2013.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Alberto do Espírito Santos Dantas Pacheco é professor de Geografia no Ensino Básico e mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Educação pela Universidade Saint Alcuin Of York Anglican College. E-mail: alberto.due@hotmail.com

Aline Luvison é bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais e mestranda em Gestão de Políticas Públicas. Secretária da Saúde e Assistência Social do município de Nova Bassano (RS). Email para contato: aline.l@hotmail.com

André Luiz de Souza Braga é doutor em Enfermagem e professor adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: andre.braga@globo.com

Arthur Cordazzo Pedrozo é acadêmico do curso de graduação em Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e ex-membro da Liga Acadêmica Humanidades Médicas. Email para contato: aarthurcpp@hotmail.com

Deise Ferreira de Souza é doutora em Ciências do Cuidado em Saúde e professora associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: dsfnit@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Diogo Maurer Petrarca é acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e ex-membro das Ligas Acadêmicas de Humanidades Médicas, e, Medicina de Família e Comunidade. Email para contato: diogopetrarca15@hotmail.com

Elói Martins Senhoras é economista e cientista político, doutor em Ciências e pós-doutor em Ciências Jurídicas. Professor associado da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Website: www.eloisenhoras.com. Email: eloisenhoras@gmail.com

Érica Brandão de Moraes é doutora em Ciências da Saúde e professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: ericabrandao@id.uff.br

Francisleile Lima Nascimento é geógrafa, especialista pós-graduada e mestre em Desenvolvimento Regional da Amazônia. Professora do Salva Vidas Acadêmico (Suporte Acadêmico e Aulas de Metodologia). E-mail para contato: leile_lima@hotmail.com

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente é doutora em Enfermagem e professora associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: geilsavalente@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Glauca Ribeiro é médica no município de Balneário Camboriú (SC), com residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Email para contato: glauciaribeiro.med@gmail.com

Guilherme Pasqual Fogaça é acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e membro do setor de marketing do Centro Acadêmico Professor Edison Villela. Email para contato: gui_pasqual@hotmail.com

Isadora Faneco da Silva é acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e participa do grupo de pesquisa Saúde e Sociedade (UNIVALI/CNPq). Email para contato: isadorafaneco@gmail.com

Marcos Aurélio Maeyama é doutor e pós-doutor em Saúde Coletiva. Professor do curso de Medicina e do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Email: marcos.aurelio@univali.br

Maria Lelita Xavier é doutora em Enfermagem e professora adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: lely108@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez é doutora em Enfermagem e professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: morsa_peru@yahoo.com

Mateus Costa Duarte é acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e membro de distintas Ligas Acadêmicas da área médica. Email para contato: mateusduartaum@gmail.com

Murilo Guglielmetto Figueiredo é acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e membro do setor de marketing do Centro Acadêmico Professor Edison Villela. Email para contato: muriloguglielmetto@gmail.com

Pedro Ruiz Barbosa Nassar é doutor em Enfermagem e professor adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: pedrornassar@gmail.com

Ricardo Luigi é geógrafo e internacionalista, mestre e doutor em Geografia. Professor adjunto no Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail para contato: ricardoluigi@id.uff.br

COLEÇÃO

Comunicação & Políticas Públicas

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

O Núcleo de Pesquisa Semiótica da Amazônia (NUPS), da Universidade Federal de Roraima (UFRR), está à frente do selo coleção “Comunicação & Políticas Públicas” e recebe propostas de livros a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 40 laudas e no máximo 150 laudas configuradas obrigatoriamente em espaçamento 1,5, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas em arquivos separados, de maneira que ao longo do texto do livro sejam apenas indicados os espaços onde serão inseridas. As imagens deverão ser nomeadas e numeradas conforme os espaços indicados no texto.

A submissão do livro deverá ser realizada por meio do envio online de arquivo documento (.doc) em Word for Windows 6.0 ou versão mais recente. O autor ou autores devem encaminhar para o e-mail nupsbooks@gmail.com três arquivos: a) formulário de identificação do autor e da obra, b) livro com sumário no formato Word for Windows 6.0 ou versão mais recente, e, c) via escaneada de carta de autorização assinada pelo (s) autor (es) atestando que cede(m) seus direitos autorais da obra para a editora da Universidade Federal de Roraima.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Coleção “Comunicação & Políticas Públicas”

Núcleo de Pesquisa Semiótica da Amazônia (NUPS)

Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Campus Paricarana

Bloco 1. Sala 179. Av. Cap. Ene Garcez, n. 2413.

Bairro Aeroporto. Boa Vista, RR.



+ 55 (95) 981235533 /



nupsbooks@gmail.com



www.livroeletronico.net

