

DELINEAMENTOS NORMATIVOS DA CONTINGENCIA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL

Normative outline of hospital contingencies in coping with Covid-19 in Brazil

Joseane Aparecida Duarte
ISC/UFBA

<https://orcid.org/0000-0003-0753-1034>

Thadeu Borges Souza Santos
UNEB

<https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>

Laise Rezende de Andrade
UFBA

<https://orcid.org/0000-0002-1149-7636>

Isabela Cardoso de Matos Pinto
ISC/UFBA

<http://lattes.cnpq.br/2028106055681178>

Informações do artigo

Recebido em 07/05/2021

Aceito em 07/06/2021

doi: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n252.p18-48>



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Como ser citado (modelo ABNT)

DUARTE, J. A.; SANTOS, T. B. S.; ANDRADE, L. R.;
PINTO, I. C. M. Delineamentos normativos da
contingencia hospitalar no enfrentamento da Covid-19
no Brasil. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de
Humanidades**. Salvador/Recife, v. 46, n. 252, p. 18-48,
jan./abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n252.p18-48>

Resumo

Analisar o marco normativo-legal da política pública de saúde formulada pelo Ministério da Saúde para contingência hospitalar frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. Estudo de revisão documental com base na leitura em profundidade de 552 documentos ministeriais, elaborados no período de fevereiro a dezembro de 2020. Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo, extraindo-se trechos relativos às quatro dimensões de estruturação de sistemas de saúde propostas pela Organização Mundial de Saúde: estrutura, equipe, suprimentos e sistemas. Os resultados foram discutidos à luz das orientações do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde com relação à reorganização da atenção hospitalar no contexto da pandemia e das propostas sobre esse tema apresentadas no "Plano Nacional de enfrentamento da pandemia da Covid-19" da Frente pela Vida. A partir do marco normativo-legal percebe-se a ênfase na oferta de serviços e leitos hospitalares, viabilização de programa nacional de alocação de profissionais de saúde, adoção de estratégias de aquisição de equipamentos de ventilação mecânica e insumos e readequação do componente financiamento do sistema com vistas à crise sanitária. A preocupação com a atenção hospitalar também foi identificada no documento do CONASS e CONASEMS (2020) que sugere melhor utilização da capacidade instalada hospitalar e destaca a necessidade de revisão imediata do sistema de fornecimento de oxigênio e outros insumos. Na perspectiva da sociedade civil organizada, a FPV destaca a preocupação com os trabalhadores da saúde como suporte imprescindível para estruturar a expansão e instalação de leitos. Defende também o gerenciamento da capacidade hospitalar com instituição de uma fila única de casos graves de COVID-19. A triangulação entre atos normativos e documentos analisados identificou coerência no aspecto alocação de profissionais e ampliação de leitos de contingência, porém revela a fragilidade gestora relacionada à fixação de pessoal, plano de educação permanente, reorientação do processo de trabalho, responsabilidade logística, descon sideração do problema de vazios assistenciais e descon sideração da necessidade de implementação de linha de cuidado que garantisse cuidado integral do atendimento pré-hospitalar ao pós-hospitalar dos pacientes com Covid-19.

Palavras-Chave: Infecção por coronavírus. Plano de contingência. Política pública de saúde. Atenção hospitalar no SUS. Controle social.

Abstract

Analyze the normative-legal framework of public health policy formulated by the Ministry of Health for hospital contingency in the face of the Covid-19 pandemic in Brazil. Document review study based on an in-depth reading of 552 ministerial documents, prepared from February to December 2020. The documents were submitted to content analysis, extracting excerpts related to the four dimensions of structuring health systems proposed by the World Health Organization: structure, team, supplies and systems. The results were discussed in the light of the guidelines of the National Council of State and Municipal Health Secretaries regarding the reorganization of hospital care in the context of the pandemic and the proposals on this topic presented in the "National Plan to face the Covid-19 pandemic" of Front for Life. From the normative-legal framework, the emphasis is on the provision of services and hospital beds, the feasibility of a national program for the allocation of health professionals, the adoption of strategies for the acquisition of mechanical ventilation equipment and inputs and the readjustment of the system's financing component. with a view to the health crisis. The concern with hospital care was also identified in the CONASS and CONASEMS (2020) document that suggests better use of hospital installed capacity and highlights the need for an immediate review of the oxygen supply system and other supplies. From the perspective of organized civil society, the FPV highlights the concern with health

workers as an essential support to structure the expansion and installation of beds. It also advocates the management of hospital capacity with the establishment of a single row of serious cases of COVID-19. The triangulation between normative acts and analyzed documents identified coherence in the aspect of allocation of professionals and expansion of contingency beds, but it reveals a managerial weakness related to the establishment of personnel, permanent education plan,

reorientation of the work process, logistical responsibility, disregard for problem of care gaps and disregard of the need to implement a line of care that would guarantee comprehensive care from pre-hospital to post-hospital care for patients with Covid-19..

Keywords: Coronavirus infection. Contingency plan. Public health policy. Hospital care in the SUS. Social control.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou formalmente a pandemia pela Covid-19 em 11 de março de 2020, e, em seguida orientou aos países membros que definissem seus planos de contingência estruturados em quatro dimensões: Estrutura (*Space*) abrangendo hospitais e leitos, incluindo aquelas instalações que já estão disponíveis ou que podem ser equipadas para as necessidades específicas da pandemia; Equipe (*Staff*) que orienta garantia do número suficiente de profissionais adequadamente qualificados para a situação de pandemia; Suprimentos (*Supplies*) cujo equipamentos específicos para tratar os pacientes e aos profissionais de saúde devem ser disponibilizados; e Sistemas (*Systems*) no qual a coordenação governamental deve ser contínua e proativa com vistas à garantia de políticas públicas e procedimentos integrados, permitindo desenvolver atividades em capacidade ótima no pico da demanda assistencial (OMS, 2020a; OMS, 2020c).

Este problema de saúde pública foi priorizado na agenda de governo brasileira em 03 de fevereiro de 2020, com a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2020e). Todavia, mesmo tendo sido registrado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil em 19 de fevereiro de 2020, o país ultrapassou os quatrocentos mil óbitos em 30 abril de 2021 (FIOCRUZ, 2021). Esta situação classifica o país no triste segundo lugar do ranking daqueles com maior número vidas perdidas (HOPKINS, 2021). Além disto, há a dramática condição social que se encontra agravada pela insuficiente estratégia governamental de apoio financeiro aos mais vulneráveis, o aumento da taxa de transmissão do vírus e o lento processo de vacinação.

A expansão da pandemia no Brasil tem sido analisada por diversos estudos, apontando-se a omissão do governo federal brasileiro na condução das políticas públicas destinadas ao enfrentamento da pandemia (ABRASCO, 2020; RAGGIO, 2020), ao negligenciar ou omitir-se diante de suas atribuições e competências esboçadas na Lei 8.080 de 1990, sobretudo no que diz respeito à prestação de "cooperação técnica aos Estados,

Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional”, na falta de execução de ações de vigilância em saúde em circunstâncias especiais, como no caso da pandemia pelo novo coronavírus e os impactos no SUS (BRASIL/MS, 1990b), inclusive com a postura negacionista do chefe do Estado Brasileiro.

Neste contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), participou do movimento inicial de ativação do Centro de Operações de Emergência à Covid-19 (COE-Covid) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d) quando se colocou no debate político a fim de pautar iniciativas governamentais. Assim, originou-se a coletânea de textos orientadores que abordam sobre temas transversais à pandemia no contexto brasileiro, condizentes ao planejamento e gestão, competências e regras, profissionais da saúde, acesso e cuidados especializados, além de reflexões para desafios futuros (CONASS, 2020). Com isso, o CONASS ganhou destaque na Comissão Intergestores Tripartite e junto ao Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que o CONASS e o Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde (CONASEMS) tiveram protagonismo ao assumir novas frentes de trabalho diante da demanda pandêmica. Uma forma encontrada para amenizar problema de instabilidade de Sistemas de Informação em Saúde que acometiam o Ministério da Saúde foi a gestão de dados epidemiológicos fidedignos por meio da criação do Painel COVID-19 (CONASS, 2020). Isto em meio às mudanças nos seus processos de trabalho, dificuldade na fixação de ministro e fragilidade na prestação de apoio aos gestores estaduais e municipais de saúde no enfrentamento da pandemia (RAGGIO, 2021).

Paralelamente, um intenso movimento foi iniciado pela sociedade civil organizada à nível federal. A Frente Pela Vida (FPV) reuniu quatorze organizações do campo da saúde pública, dentre estas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidades articuladoras do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (ABRASCO, 2020; PAIM, 2008).

Constituída em 03 de julho de 2020, a FPV se justificou pela consternação social decorrente do agravamento da crise sanitária concomitante à omissão do Governo Federal em adotar estratégias para conter o avanço dos números de óbitos, bem como sua ingerência sobre a falta de insumos, distorções sobre importância de medidas coletivas como distanciamento social e uso de máscaras. No que tange a gestão em saúde, a falta de apoio aos estados e municípios no enfrentamento, dificuldade na contratação de profissionais de

saúde, atrasos em aquisição e distribuição de vacinas, dentre outros. Nesse sentido, a FPV articulou movimentos sociais com o propósito de contribuir para a superação da crise sanitária, formulando o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (ABRASCO, 2020).

De fato, estas representações da sociedade civil, dos gestores estaduais e municipais e de instâncias de controle social do SUS, como o Conselho Nacional de Saúde, têm se posicionado com importantes contribuições para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil, sendo suas recomendações relevantes por constituírem conjunto de conhecimentos científico, prioridades gestoras e ações estratégicas com vistas a superação da crise sócio sanitária.

Assim, o objetivo desse trabalho é analisar o marco normativo-legal da política pública de saúde formulada pelo Ministério da Saúde para contingência hospitalar frente à pandemia da Covid-19 no Brasil.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza qualitativa e exploratória (MINAYO, 2010) onde utilizou-se atos normativos do Ministério da Saúde relacionados a contingência hospitalar no SUS. O período que compreende o estudo foi de fevereiro a dezembro de 2020, que corresponde ao momento de declaração da ESPIN e o cenário de colapso do sistema hospitalar em alguns estados brasileiros (BRASIL, 2020e).

O procedimento de produção de dados constou da busca *on line* na página eletrônica do CONASS, acessando site que disponibiliza legislação federal da saúde (CONASS, 2021). Assim, selecionou-se 552 documentos normativo-legais, dentre eles portarias (431), extratos de doações (78), dispensas de licitação (08), lei federal (01), medidas provisórias (05), termos de ajuste de contrato (03), declaração de transmissão comunitária de Covid-19 no Brasil (01), decretos (02), editais (03), resoluções de diretorias colegiadas (08), chamamentos públicos (02), extrato de contrato (01), atos declaratórios do Congresso Nacional (03), avisos de licitação (02), aditivos (02), extrato de execução descentralização dos recursos (01) e suspensão de pregão (01). Todos foram citados no quadro síntese que os apresenta.

O plano de tratamento e análise de conteúdo contemplou três etapas subsequentes: leitura completa e em profundidade dos documentos, reconhecimento de núcleos de sentidos para agrupamento categórico pré-estabelecido. Tal procedimento adotou as recomendações da OMS para estruturação dos sistemas de saúde, que recomendava as quatro dimensões estrutura, equipe, suprimentos e sistemas (OMS, 2020c).

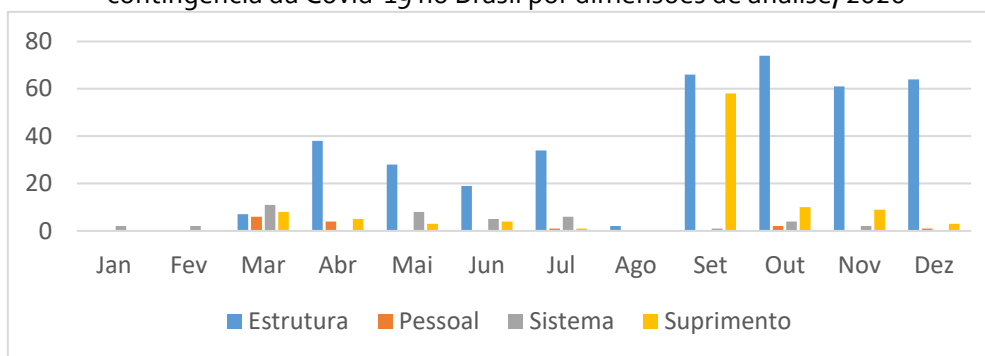
Os resultados foram estruturados em uma matriz contendo a síntese dos atos normativos do Governo Federal no âmbito do Ministério da Saúde, seguida das contribuições do Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde elaborado pelo CONASS e CONASEMS (2020) e as propostas do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 elaborado pelas entidades da sociedade civil organizada representadas através da Frente Pela Vida (2020). De tal modo, apresenta-se discussão em quatro subtópicos que seguem as dimensões estruturantes das recomendações da OMS (2020).

Por fim, sintetiza-se conteúdos concretos dos atos normativos que configuraram o programa político (PAIM, 2003; FREY, 2000) de enfrentamento à pandemia, com vistas à percepção dos delineamentos de uma política de atenção hospitalar de enfrentamento à Covid-19 no Brasil. Este estudo vincula-se ao projeto Observa-Covid e tem aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (CAAE 36866620.2.0000.5030).

Resultados e discussões

A leitura das fontes documentais permitiu correlacionar os marcos normativos do Ministério da Saúde para enfrentamento da Covid-19 com os posicionamentos dos gestores e sociedade civil. Os resultados serão apresentados conforme categorias de análise extraídas das dimensões estruturantes para contingência propostas pela OMS (2020), quais sejam: estrutura, equipe, suprimentos e sistema. O Gráfico 1 demonstra a produção de atos normativos publicados no âmbito do Ministério da Saúde, conforme os 4S da OMS, durante o ano de 2020.

Gráfico 1. Atos normativos do Ministério da Saúde para atenção hospitalar na contingência da Covid-19 no Brasil por dimensões de análise, 2020



Nota-se que a produção de atos normativo-legais relacionada à Covid-19 no Brasil, no ano de 2020, para atenção hospitalar, priorizou a dimensão estrutural na maior parte do período analisado, principalmente no último quadrimestre; a dimensão de suprimentos também se destaca, sobretudo nos meses de setembro, outubro e novembro devido ao recebimento de doações de insumos, como matérias médico hospitalares e EPIs, enviadas ao Ministério da Saúde por empresas privadas. Por outro lado, chama atenção a existência de poucos atos normativos de conteúdo sistêmico e de pessoal, revelando fragilidade do Ministério da Saúde em adotar ações estratégicas nestas dimensões.

Atenção hospitalar na pandemia: dimensão estrutural

A primeira dimensão analisada diz respeito a estrutura para o atendimento da contingência hospitalar na situação de emergência sanitária. Destacam-se no Quadro 1 os atos governamentais e ações formalizadas tanto para a aproveitamento da capacidade instalada quanto para ampliação da oferta de serviços com foco na assistência aos casos de Covid-19. Nesse sentido, ao atos normativos publicados pelo Ministério da Saúde expressam estratégias que foram adotadas para adequar a situação existente, autorizando que leitos de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e de UTI pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) fossem adotados como capacidade instalada e, para ampliar a oferta de serviços hospitalares, possibilitar que grande número de habilitação e prorrogação de habilitação de leitos (com desabilitações paulatina a partir de junho de 2020), estabelecendo critérios de funcionamento e contratação de hospitais de campanha. Além de existirem normatizações correlacionadas à rede de atenção, por meio da

criação de Centros de Atendimento para Enfrentamento e processos de qualificação de serviços de urgência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192 e Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 horas) para atenção aos casos de Covid-19.

Quadro 1. *Dimensão estrutural para a contingência hospitalar na pandemia de Covid-19 no Brasil: atos do MS, proposições CONASS e FPV, 2020*

Ministério da Saúde		CONASS/CONASEMS	Frente pela Vida
Atos Normativos	Conteúdo	Propostas	
Prt. 561, 1786, 1670, 1669, 2796 Prt. 515, 732 Disp. Licitação 58 Prt. 1445, 1579, 1797, 1742, 2485, 3067, Termo Ajuste Prt. 1514, 1863 Habilitação* Prorrogação** Desabilitação***	Autorização de leitos de HPP para assistência a Covid-19; Prorrogação dos prazos de qualificação de UPA24h e SAMU-192 enquanto perdurar pandemia; Dispensa para contratação de projetos de hospital campanha; Instituição dos Centros de Atendimento para Enfrentamento a Covid-19 (3 portes, credencia municípios para incentivos financeiros referentes ao CAE-COVID e prorroga; Disponibilização de leitos UTI Covid-19 pelo PROADI-SUS; Estabelece/altera critérios de funcionamento dos hospitais de campanha; 218 Prt. de habilitações leitos Covid-19 (> 24 de abril de 2020); 192 Prt. de prorrogações de habilitação a partir de 20 de setembro de 2020;	Adaptar estrutura hospitalar, inclusive instalações e funcionários existentes para fornecer suporte respiratório para pacientes graves com Covid-19; Revisar tubulações de gases medicinais para suprimento adequado de oxigênio; Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual; Ampliar o número de leitos de retaguarda e UTI em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta; Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas; Manter casos suspeitos em área separada até atendimento ou encaminhamento ao serviço de referência (se necessário), limitando sua movimentação fora dessa área de isolamento; Sinalizar a entrada da unidade e o fluxo de atendimento dos pacientes, com marcador no piso (faixa) para manter distância mínima de 1,5 metro de outros usuários e dos profissionais; Recepção deve atender os pacientes, e aqueles com sintomas compatíveis com SG ou SRAG, fornecer e orientar uso adequado de máscara cirúrgica, orientar higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel, orientar a evitar contato com outras pessoas, evitar tocar no rosto, manter uma distância de 1,5 metro das pessoas, de estrutura física e mobiliários etc.; Encaminhar para sala definida aos atendimentos dos casos suspeitos. A sala deve	Implementar medidas de prevenção da transmissão da Covid-19 no âmbito hospitalar: separação de pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19 dos demais pacientes; adoção de medidas de precaução para reduzir a transmissão do vírus (EPI, higienização de mão, protocolos administrativos e procedimentais, estruturação física adequada do ambiente hospitalar); ofertar escuta e suporte emocional, educação permanente para profissionais de saúde; Expandir a capacidade instalada de leitos e leitos de UTI, equipe completa, em hospitais de campanha, novos hospitais permanentes, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e unidades intermediárias e de terapia intensiva ou mecanismo de referência para essas unidades, em caso de necessidade, particularmente para as regiões remotas e municípios distantes das capitais; Leitos de retaguarda dedicados ao atendimento de casos suspeitos com alto risco de agravamento ou com contraindicação de isolamento domiciliar devem fazer parte do planejamento da rede de atenção Covid-19, incluindo pessoas com comorbidades, aquelas que residem sozinhas, ainda que não estejam graves, e quem vive em contextos que inviabilizam isolamento e distanciamento físico; Organizar Unidades de Cuidados Intermediários, para recuperação e/ou reabilitação ao semi-agudo, evitando assim internações desnecessárias ou inadequadas; estes serviços poderiam ser instalados nos hospitais de pequeno porte ou subutilizados; Planejar o transporte de pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência, para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos; atenção especial deve ser dada a municípios e usuários residentes em regiões remotas que podem necessitar de logística complexa como barco, avião ou helicóptero; Expandir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para melhorar as condições de acesso da população, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante.

	19 Prt. de desabilitações leitos COVID-19 (>03 de junho de 2020).	ser mantida com porta fechada, janelas abertas e não utilização de ar-condicionado; Após cada atendimento, garantir ventilação e realizar higienização ambiental adequada. Ações e atividades da UPA para caso suspeito de SG e SRAG; Garantir a ventilação da ambulância durante o transporte	
--	---	--	--

Fonte: Atos normativos do MS publicados no DOU; OMS (2020b); CONASS, CONASEMS (2020); ABRASCO (2020)

A abordagem da dimensão estrutural (OMS, 2020b) contida no documento do CONASS e CONASEMS aponta um rol de estratégias destinadas a melhor utilização da capacidade instalada de serviços hospitalares. Dentre as ações propostas, cita-se: reativação dos leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual; destinação de unidades onde já havia equipe e equipamentos necessários à prestação de cuidados com suporte ventilatório, tais como salas cirúrgicas e de recuperação pós anestésicas, para retaguarda ao atendimento dos pacientes graves com Covid-19; implementar ampliação de leitos de retaguarda e UTI por expansão da rede própria ou contratação da rede privada; além de sinalizar necessidade de revisão imediata do sistema de fornecimento de oxigênio.

O documento Frente Pela Vida entende que “Cabe às autoridades sanitárias a implementação de medidas de prevenção da transmissão do Covid-19 no âmbito hospitalar” (ABRASCO, 2020, p.93) e aponta necessidade de expansão da capacidade instalada de leitos gerais e de UTI, tanto nas unidades de campanha, quanto para novos hospitais. O documento destaca que estes serviços devem contar com equipes completas, serviços de apoio diagnóstico e mecanismo de referência regulada, principalmente às regiões remotas e municípios não metropolitanos ou próximos de grandes centros.

Uma recomendação importante a ser destacada é a alternativa sugerida no documento que “Os gestores do SUS devem ainda organizar Unidades de Cuidados Intermediários, para recuperação e/ou reabilitação ao semi-agudo” (ABRASCO, 2020, p.95), adotando-se estrategicamente os Hospitais de Pequeno Porte como alternativa para ampliar a rede assistencial. Assim, a retaguarda dos leitos para atendimento de casos de alto risco ou graves seguiriam na rede de atenção Covid-19, transportados para unidades de referência, já que a distribuição dos serviços de saúde se dá de modos diversos pelo território brasileiro, diversificando o acesso e acessibilidade aos serviços e ações de saúde (CANABRAVA, 2021).

O Ministério da Saúde pontua ações estruturais relacionadas ao financiamento, autorização de uso de HPP e leitos PROADI-SUS, prorrogação de prazos, dispensa de documentos e estabelecimento de critérios de funcionamento de hospitais de campanha em seus atos normativos tão logo declarada ESPIN (em março de 2020). O documento CONASS/CONASEMS (2020) avança no sentido de propor ações mais específicas para Atenção Hospitalar incluindo os processos de trabalho no contexto das Redes de Atenção à Saúde, que incluem adequações e expansão da capacidade instalada sob gestão estadual,

inclusive compra de leitos do setor privado, destaca a orientação para preparação do sistema para possíveis colapsos, e repassa orientações técnicas acerca do planejamento assistencial, de transporte e da organização estrutural e dos arranjos físicos dos serviços hospitalares.

O “Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19” apresentado pela Frente Pela Vida (2020) reitera a responsabilidade que deveria ficar sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e detalha como a Atenção Hospitalar deve ser estruturada para atender a nova demanda produzida pela Covid-19, com o aumento de serviços de saúde, sobretudo estrutura com UTI, UCI e demais leitos, equipes, insumos e gestão eficientes e completas, garantido aos pacientes integralidade do cuidado. A FPV avança no sentido de repassar recomendações específicas e importantes para a adequação estrutural no que se refere à medidas de proteção e prevenção da Covid-19 intra-hospitalar, além do reconhecimento da diversidade regional e as dificuldades de acesso e acessibilidade existentes nos diferentes territórios de saúde do Brasil que devem ser superados para atender o princípio da universalidade do SUS.

Em relação às convergências entre os documentos analisados identifica-se que as ações referentes a estrutura hospitalar têm uma certa sintonia com o objeto dos atos normativos e as proposições do CONASS/CONASEMS e da FPV. No entanto, o órgão que reúne os gestores avança no detalhamento, incorpora a lógica do SUS, levando em consideração os desafios pré-existent na Atenção Hospitalar e os novos desafios de estruturação e ampliação. Apesar da dimensão estrutural representar a maior parte dos atos normativos publicados no ano de 2020, atenta-se que não contemplam os problemas previamente reconhecidos e a poucas medidas de prevenção de colapso do sistema de saúde. Condição que torna clara a falta de protagonismo do Ministério da Saúde na questão estrutural da Atenção Hospitalar ao enfrentamento da Covid-19 no país (CANABRAVA, 2021; RAGGIO, 2021; SCHULZE, 2021).

A dimensão pessoal para contingência hospitalar

A dimensão que corresponde a pessoal, envolvendo as estratégias de alocação de profissionais de saúde, também foi contemplada pelo Ministério da Saúde, sendo recomendado cadastramento de profissionais essenciais, graduandos em saúde e residentes

do SUS no programa “Brasil Conta Comigo”, assim como houve convocação de recém aprovados em processo seletivo simplificado para atuação no enfrentamento à pandemia. E outras duas estratégias foram estabelecidas: a disponibilização e ampliação da telemedicina para apoio ao manejo clínico-assistencial; assim como orientações de proteção à saúde do trabalhador e inclusão do trabalho remoto no âmbito do SUS.

Quadro 2. Dimensão pessoal enquanto parte da política pública de atenção hospitalar de contingência à pandemia de Covid-19 no Brasil, 2020

Ministério da Saúde		CONASS/CONASEMS	Frente pela Vida
Atos Normativos	Conteúdo	Propostas	Propostas
Prt. 639 Edital n.04, Prt. 492 Prt. 580 Prt. 467, Termo de Execução Descentralizada Prt. 428, 2789 Lei 14.023 Convocação n.20	Ação Estratégica "Brasil Conta Comigo"; Cadastro de graduandos no "Brasil Conta Comigo" e serviços correlacionados; Inclusão do Programa de Residência do SUS no "Brasil Conta Comigo"; Dispõe sobre telemedicina durante a pandemia; Destinação de recurso para UFMG executar ações de telessaúde; Medidas de proteção aos trabalhadores e inclusão de trabalho remoto no âmbito do MS; Lista profissionais essenciais para enfrentamento da pandemia; Edital de convocação de profissionais de saúde aprovados em processo seletivo simplificado para	Agilizar treinamentos para toda força de trabalho; Orientar as equipes para o uso racional dos insumos diagnósticos e EPI, tendo em vista que toda a Rede de Atenção está sob pressão pelas demandas oriundas do enfrentamento do novo coronavírus; Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção à saúde de pacientes suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus na Atenção Hospitalar; Estabelecer medidas administrativas como capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimento de EPI aos pacientes, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento; Os hospitais da RUE devem atender as pessoas portadoras da Covid-19 que demandam internação e ou procedimento de alta complexidade, com equipes multidisciplinares que realizem planos de cuidados interdisciplinares durante a internação com vista à estabilização clínica; Organizar o processo de trabalho das equipes para garantir que os casos da SG e SRAG pelo novo Coronavírus tenham prioridade no atendimento; Aplicar o Fast Track (fluxo rápido) de recepção, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (MS); Sala de atendimento dos casos suspeitos: Aplicar Fast Track (fluxo rápido). Na presença de sinais de gravidade, comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico; Atendimento do enfermeiro na sala de triagem: verificar sinais e sintomas de SG ou SRAG,	Implantar política de recursos humanos, garantindo a existência de equipes técnicas dimensionadas e qualificadas de acordo com as necessidades, demandas, perfil epidemiológico e atribuições do SUS, com vínculos de trabalho estáveis, de modo a garantir a integralidade e continuidade do cuidado; Assegurar o provimento e a fixação de profissionais e a infraestrutura básica, com sistema de referência e contra referência, na atenção primária à saúde (APS), particularmente em regiões remotas, considerando que o acesso a serviços profissionais constitui fator determinante para a saúde das populações e, em particular, de povos tradicionais, pessoas com deficiências e grupos expostos a maior vulnerabilidade econômica e social; Garantir a observância de protocolos de segurança com a provisão de equipamentos de proteção individual para todos os trabalhadores de saúde e outros setores que atuam na linha de frente na rede de serviços de saúde; Promover a fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e localidades habitadas por povos tradicionais de modo a impactar positivamente no controle e na redução de transmissão da Covid-19 em populações vulnerabilizadas; A criação de Equipes Emergenciais de Saúde ou similares, já implementadas em alguns estados e municípios, ampliando o contingente de equipes de saúde; Assegurar que as UPAs 24 horas e o SAMU-192 disponham de equipes completas e capacitadas e equipamentos adequados, visando a oferecer atenção oportuna e de qualidade que permita salvar vidas e reduzir o sofrimento das pessoas; Estabelecer protocolos e treinamento de profissionais para atenção às diversas fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.

	atuação no enfrentamento a pandemia.	existência de comorbidades, medicamentos em uso, alergia a medicamentos e realizar notificação compulsória, conforme Fast Track do Protocolo do MS; Classificar e estratificar a Gravidade da Síndrome Gripal após triagem inicial, conforme Fast Track do Protocolo do MS; Fazer a triagem clínica para reconhecer o caso suspeito para colocar em área separada das demais que contenha suprimento de higiene respiratório e das mãos;	
--	--------------------------------------	--	--

Fonte: Atos normativos do MS publicados no DOU; OMS (2020b); CONASS, CONASEMS (2020); ABRASCO (2020)

No documento CONASS e CONSEMS identifica-se a preocupação com capacitação para toda a força de trabalho do SUS, com a organização dos processos de trabalho e garantia de suprimento de EPI para pacientes, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento. No que tange à educação sugere a temática da abordagem clínica e fluxo operacional e necessidade de treinamentos principalmente para uso racional dos insumos diagnósticos e de proteção individual; planos de cuidados interdisciplinares na alta complexidade e com vistas à estabilização clínica. Em relação a organização do processo de trabalho destaca-se a priorização dos casos no atendimento; adoção de fluxo rápido de recepção, protocolo de manejo clínico atento aos sinais de gravidade, comunicação entre profissionais da equipe assistencial; atendimento de triagem por enfermeiro com implementação da notificação compulsória (classificando por estratos de gravidade da síndrome gripal).

A Frente Pela Vida reitera a cooperação tripartite e, chama atenção para as condições de trabalho dos profissionais de saúde e a responsabilidade das autoridades sanitárias de garantir a provisão de EPIs de acordo com os protocolos de segurança estabelecidos pelos órgãos competentes. Propõe, também, estratégias de fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, ampliação do contingente de equipes de saúde, assegurar que UPA 24 horas e SAMU-192 disponham de equipes completas, com equipamentos adequados e com protocolos assistenciais e capacitações para atenção às fases da doença, manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.

No que tange a dimensão de pessoal a preocupação do Ministério da Saúde foi basicamente ampliar a contratação de pessoal para operar os novos leitos, seja por meio de chamamento público de processo seletivo já existente, ou agregando profissionais de saúde em formação e residência por meio a ação Brasil conta comigo, além de definir o rol de profissionais essenciais e dispor sobre telemedicina. O CONASS, CONASEMS e FPV avançaram no quesito de propor uma política de recursos humanos, garantindo provisão e fixação de pessoal e capacitação. O CONASS e CONASEMS avançam suas propostas no sentido de organização dos serviços hospitalares, indicando a necessidade de treinamento relacionado à saúde e segurança, uso racional de insumos, e reorganização dos processos de trabalho no contexto das RAS. O FPV defende que as ações de recursos humanos devem

garantir o dimensionamento dos recursos humanos, com vínculos de trabalho estáveis, infraestrutura e insumos básicos e outras garantias que visem a fixação profissional. Sugere também a criação de novas equipes emergenciais e também a estrutural pessoal das equipes existentes em UPAs 24 horas e SAMU-192 que ainda não estão completas.

Dimensão suprimentos para atenção hospitalar na pandemia

A situação de emergência sanitária exige atenção especial para a dimensão suprimentos, que envolve o dimensionamento das necessidades de aquisição de equipamentos e insumos, agilidade nos processos de compra e reposição, considerando a legislação da administração pública. Nesse sentido, o Ministério da Saúde atenta-se para as estratégias adotadas para suprir necessidades de insumos e equipamentos através de lançamento de editais de compra (voltados para ventiladores, anestésico, testes, EPI, mobiliário hospitalar), sistematização de processo de recebimento de doações (álcool em gel, testes, ventiladores, material médico-hospitalar, EPI, tomógrafo). Também houve estratégias para flexibilização extraordinária e temporária de requisitos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para importação, fabricação e comercialização de insumos; bem como flexibilização de processo de compra (aventais, ventiladores, testes, materiais de laboratório).

Quadro 3. Dimensão suprimimentos enquanto parte da política pública de atenção hospitalar de contingência à pandemia de Covid-19 no Brasil, 2020

Ministério da Saúde		CONASS/CONASEMS	Frente pela Vida
Atos Normativos	Conteúdo	Propostas	Propostas
anvisa Cham. Públicos Extrato de Doações	Flexibilização extraordinária e temporária de requisitos da ANVISA para importação, fabricação e comercialização de insumos estratégicos, suspensão de prazos processuais; Dispensa para compra de aventais, ventiladores, testes, materiais de laboratório; Compra de ventiladores, anestésico, testes, EPI, mobiliário hospitalar pelo MS; Álcool em gel, testes, ventiladores, material médico-hospitalar, EPI, tomógrafo.	Averiguar disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI); Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes; Disponibilizar os EPI preconizados (óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luva de procedimentos). No caso de necessidade de procedimentos que gerem aerossóis, a equipe deverá usar máscara N-95; Limpar e desinfetar todas as superfícies internas após a realização do atendimento, utilizando álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, conforme POP, utilizado na rotina do serviço. Ações e atividades da Atenção Domiciliar (SAD) para pacientes portadores e suspeitos de Covid-19 que foram hospitalizados;	Implementar na sua integralidade a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), Resolução CNS no 338/2004, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com respeito aos eixos estratégicos que perpassam pelo fomento à produção nacional de medicamentos à garantia do acesso racional de medicamentos; Promover o uso racional de medicamentos, exames e procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças; Viabilizar sistemas logísticos de fluxos de pessoas, de informações e de insumos de forma oportuna e efetiva; Adotar medidas de proteção individual e coletiva, dispor de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e de unidades intermediárias equipadas (exemplo: oxigenioterapia).

Fonte: Atos normativos do MS publicados no DOU; OMS (2020b); CONASS, CONASEMS (2020); ABRASCO (2020)

O CONASS e CONASEMS destacam alguns pontos, tais como checagem da disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI) (máscaras, aventais, luvas e protetores faciais), disponibilização suficiente de máscaras cirúrgicas para pacientes, acompanhantes e profissionais; bem como soluções antissépticas para desinfecção das superfícies internas após a realização do atendimento.

A proposta do Frente Pela Vida reitera a implementação integral da Política Nacional de Assistência Farmacêutica com fomento à produção nacional e garantia ao acesso racional de medicamentos; adoção de uso racional de suprimentos, tais como medicamentos, exames e procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento; garantia de viabilização de sistemas logísticos para fluxo de pessoas, informações e insumos de forma oportuna e efetiva; e também a adoção de medidas de proteção individual e coletiva, disposição de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e unidades intermediárias adequados e equipados.

O Ministério da Saúde apresenta ações tais como flexibilização das regras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) relacionados aos produtos de interesse para o enfrentamento da Covid-19, além de novas regras que garantiram dispensa de licitação durante estado de emergência em saúde, editais para compra de insumos, e doações de EPIs e testes realizadas por empresas privadas. O documento do CONASS e CONASEMS apresenta propostas voltadas para a gestão dos suprimentos tais como EPIs para profissionais da saúde, pacientes e acompanhantes, até as questões relacionados à limpeza. Por outro lado, a Frente Pela Vida aponta questões de suprimentos no âmbito da implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica de forma integral e perpassa pela problemática da produção nacional de medicamentos e a promoção do uso racional de medicamentos, exames, procedimentos e outros insumos, ressaltando a importância da logística, referente à fluxos de pessoas, informações e insumos de modo efetivo e oportuno, afim de garantir o funcionamento das estruturas existentes e atendimento à todos, com funcionamento satisfatório do SUS.

A OMS recomenda o armazenamento de insumos para situações de emergência com vistas ao atendimento de pacientes e segurança dos trabalhadores; menciona também a disponibilidade de equipamento de oxigenação por membrana extracorpórea, tecnologia

ainda não incorporada pelo SUS, ambas recomendações não são mencionadas pelo Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e FPV.

Dimensão sistêmica da atenção hospitalar na pandemia

No âmbito do Ministério da Saúde há que se atentar para três aspectos centrais. O primeiro é referente à Gestão, Governança e Regulação em que se percebe processo de institucionalização da contingência no MS. Isto acontece por meio da constituição do COE, criação do Grupo Executivo Interministerial (GEI) e Gabinete de Crise; definição de setor logístico para Covid-19 dentro do MS; e composição de força tarefa para coordenar aquisição de equipamentos, insumos/medicamentos e manutenção/fortalecimento de serviços hospitalares e habilitação de leitos UTI Covid-19.

O segundo aspecto corresponde a conformação de um Modelo de Atenção a partir da concepção de crise sanitária. Para tanto, houve reconhecimento da ESPIN, da transmissão comunitária e necessidade de respeitar os direitos da pessoa conforme Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Assim como a normatização que buscava organizar serviços de saúde com recomendações operacionais, voltadas para notificação (regulamentação/operacionalização/validação de testes e medidas de isolamento da Covid-19; Orienta registro obrigatório de casos Covid-19 pelos serviços hospitalares público e privado), criação de nova tipologia de leito (inclusão do leito tipo Suporte Ventilatório Pulmonar no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e na Tabela de Procedimentos SUS), adequação do fluxo de repasse financeiro (altera repasse financeiro, critérios técnicos e prorroga leito tipo Suporte Ventilatório Pulmonar no CNES), reabilitação ao paciente no pós-COVID-19 e Ações Integradas para Enfrentamento da Pandemia através da recondução das ações do PROADI-SUS e também apoio financeiro para enfrentamento na Rede-Sara.

Por fim, o terceiro aspecto corresponde ao componente financiamento dos sistemas de saúde. Neste caso da normatização governamental federal para atenção hospitalar à Covid-19, chama atenção os ajustamentos dos blocos de financiamento (alteração parcial de despesas do bloco de custeio; quadro de informações gerenciais no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para recursos da pandemia; regramento

excepcional para transferências de recursos por média de produção para Média e Alta Complexidade (MAC)); os aportes de orçamentos extraordinários ao MS e aos estados e municípios para enfrentamento a Covid-19; o redirecionamento de Emendas Parlamentares (orientação para aplicação de recursos de Emendas Parlamentares no enfrentamento da pandemia); e o reforço aos serviços de caráter complementar com a suspensão de metas contratualizadas temporariamente, complementação de valor de hemodiálise em casos de Covid-19, auxílio financeiro emergencial para Santas Casa e Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS em enfrentamento a pandemia.

Quadro 4. Dimensão sistêmica enquanto parte da política pública de atenção hospitalar de contingência à pandemia de Covid-19 no Brasil, 2020

Ministério da Saúde		CONASS/CONASEMS	Frente pela Vida
Atos Normativos	Conteúdo	Propostas	Propostas
Prt. 188, 454, 3190 Prt. 245, 237 Prt. 545, 22647, Ato Congresso 89, 92, 93, Prt. 480, 395, 774, 978, 2824 Prt. 662, 1124, 2488, Prt. Interinst. 09 Prt. 827 Prt. 476 Prt. 356	Declaração ESPIN, transmissão comunitária da Covid-19 e institui Gabinete de Crise no COE; Inclusão do tratamento na tabela de procedimentos do SUS; Orienta aplicação de recursos de Emendas Parlamentares para enfrentamento da pandemia; prorroga/encerra vigência para uso de crédito extraordinário; Bloco de custeio das ações e serviços de saúde e créditos extraordinários para enfrentamento dos estados, DF e municípios à pandemia; altera parcialmente grupos de despesas do bloco de custeio; institui quadro de informações gerenciais dos recursos da pandemia no SIOPS; Estabelece regra excepcional de transferência de recursos por média de produção no Bloco de Custeio MAC; suspensão de metas contratualizadas; MS Justiça e Segurança Pública estabelece que pessoas com Covid-19 tem direitos conforme RSI; Complementação de valor de hemodiálise em casos de Covid-19; Define setor de logística para Covid-19 dentro do MS Regulamentação/operacionalização/validação de testes e medidas de isolamento da Covid-19.	Assegurar que os componentes da RUE atuem de forma integrada, articulada e sinérgica no enfrentamento da Covid-19, conforme Protocolo de Manejo Clínico na Atenção Hospitalar (MS-2020); Orientar as Unidades Hospitalares a realizar o Plano de Resposta Hospitalar Salvando Vidas, cujo objetivo é preparar a ampliação da capacidade do Hospital de forma organizada, integrada e escalonada (Ferramenta LEAN). Estudos mostram que Unidades Hospitalares conseguem em geral ampliar até 20% da sua capacidade no Plano; Adiar cirurgias eletivas por três meses, com exceções de tratamentos oncológicos e casos clinicamente urgentes; Realizar a triagem reversa (pacientes internados visando à alta hospitalar baseada na avaliação do Risco Clínico); Requisitar judicialmente estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares. Componentes necessários para atenção hospitalar atender as condições de saúde da RUE; Os hospitais da RUE devem definir a sua infraestrutura (estrutura física, equipamentos, insumos, recursos humanos) necessária para atender os pacientes portadores de Covid-19, de acordo com o grau de risco; Avaliar os casos suspeitos e confirmados para Covid-19 que não necessitam de hospitalização, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela Equipe de Saúde; Organizar o fluxo de atendimento aos pacientes suspeitos de SG ou SRAG, tomando como referência o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) do Ministério da Saúde (2020); Em se tratando de casos leves, prescrever medicação caso necessário, e liberar para isolamento domiciliar, reforçando as medidas de precaução padrão, principalmente, higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara e atentar para sinais de gravidade; As UPA's 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar;	Respeitar os mecanismos tripartites de pactuação e decisão, com o funcionamento eficiente da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartites, assim como do Centro de Operações Estratégicas (COE); O Ministério da Saúde deve tomar a iniciativa de elaborar e apresentar à sociedade um Plano Estratégico Nacional de Intervenção, com a participação ativa das comunidades científicas da saúde e das instâncias de controle social do SUS; O Ministério da Saúde operar com a responsabilidade e a diligência que a gravidade da crise sanitária exige, garantindo aplicação e repasse tempestivos dos recursos disponíveis, com critérios de transferência para estados e municípios devidamente pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde; Formular e implementar planos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia equivalentes e ajustados às respectivas realidades, considerando as especificidades dos diferentes grupos vulnerabilizados; Implantar e manter sistemas de informação capazes de monitorar de forma oportuna a evolução dos números de casos, internações, óbitos e exames laboratoriais mediante investimentos em pessoal qualificado, processos e equipamentos, considerando a segurança da informação e assegurando o direito à privacidade da população; Manter e divulgar informações atualizadas sobre casos e óbitos de Covid-19 por sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, etnia, nacionalidade, ocupação, município de residência e ocorrência, com divulgação de informações integrais pelo Ministério da Saúde, de forma oportuna e transparente; Prover as condições para que todos casos suspeitos, confirmados e óbitos sejam devidamente registrados e notificados, bem como por acelerar os processos diagnósticos e de transmissão de informações entre as esferas de assistência e de vigilância, priorizando a

		<p>As UPA's pertencentes a RUE, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população;</p> <p>Acolher pacientes portadores e suspeitos de Covid-19 que apresentam evolução clínica satisfatória e que necessitam de seguimento do cuidado;</p> <p>Prestar cuidados transitórios, intensificados e multiprofissionais e que se enquadram no perfil de atendimento para o SAD/Melhor em Casa, a fim de contribuir com rotatividade dos leitos hospitalares e a diminuição da lotação hospitalar;</p> <p>Assegurar cuidadoso julgamento clínico e todos os critérios de inclusão no SAD/Programa Melhor em Casa;</p>	<p>investigação dos casos de Covid-19 relacionados ao trabalho;</p> <p>Gestão da flexibilização das medidas de distanciamento físico e restrição de mobilidade, que será cogitada apenas onde e quando a situação epidemiológica permitir, com pré-requisitos precisamente definidos, conforme indicadores estabelecidos pela OMS e referendados por outras organizações internacionais de saúde, sendo não-indicada enquanto persistir algum dos seguintes critérios: a. Número de casos e taxas de incidência em ascensão. b. Número de óbitos e taxas de mortalidade em ascensão. c. Número reprodutivo efetivo (Rt) acima de 1. d. Disseminação geográfica da epidemia, indicando que a redução de mobilidade não foi suficiente para bloquear sua progressão. e. Persistência de velocidades de crescimento diferentes em diferentes áreas do mesmo estado. f. Insuficiência da capacidade instalada para testagem molecular ampla de modo a detectar e isolar casos de Covid-19 e a rastrear contatos e colocá-los em quarentena. g. Taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 70%;</p> <p>Assegurar a continuidade da atenção à saúde para todas as pessoas com qualquer condição de saúde que requeira assistência e cuidado;</p> <p>Linhas de cuidado devem ser implementadas para atender as diferentes fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar;</p> <p>As unidades de saúde devem realizar intervenções terapêuticas, monitorar sinais de agravamento e providenciar transferência oportuna para leitos de maior complexidade, quando necessário, encaminhando os casos graves para hospitais de referência para Covid-19 por ambulâncias dedicadas, com profissionais treinados e adequadamente protegidos;</p> <p>Controlar e gerenciar toda a capacidade hospitalar existente no país e institua uma fila única, englobando serviços públicos e privados, de casos graves de COVID-19 que demandem internação e terapia intensiva, respeitando-se as tabelas de pagamentos do SUS em vigor;</p>
--	--	---	--

			<p>O manejo clínico de pacientes deve seguir protocolos já disponibilizados que devem ser adaptados às condições locais e integrados em redes que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação;</p> <p>Implementar e assegurar as condições de funcionamento de Comissões de Bioética Hospitalar, de modo a favorecer a reflexão e a discussão coletiva de dilemas morais que surgem localmente e a auxiliar profissionais, pacientes e familiares nos processos de tomada de decisão.</p>
--	--	--	--

Fonte: Atos normativos do MS publicados no DOU; OMS (2020b); CONASS, CONASEMS (2020); ABRASCO (2020)

Quanto as recomendações sistêmicas (OMS, 2020b), as orientações gestoras contemplaram atenção necessária para integração entre componentes da rede de atenção às urgências, contempladas na proposta de protocolo de manejo clínico e que se estabelecessem infraestrutura necessária para atenção aos pacientes portadores de Covid-19, de acordo com o grau de risco. Para ampliação da retaguarda, orientava-se a requisição judicial de estruturas privadas para ampliação de leitos hospitalares.

Baseado na concepção da rede integrada, o Plano de Enfrentamento da Frente pela Vida recomenda ações conjuntas das UPA e hospitais enquanto pontos assistenciais. Assim, orienta organização de fluxo de atendimento baseado no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) do Ministério da Saúde. Os casos leves deveriam ser atendidos e liberados para isolamento domiciliar. Aqueles que necessitassem de hospitalização deveriam seguir medidas de precaução, atendimento em UPA 24 horas se complexidade intermediária e ser garantidos fluxos de acolhimento aos pacientes de modo a referenciá-los aos demais pontos de atenção da rede.

Aos serviços hospitalares especificamente, orientou necessidade de um Plano de Resposta Hospitalar Salvando Vidas implementadas pelos serviços e que contemplasse ampliação de até 20% da sua capacidade; adiar cirurgias eletivas por três meses, com exceções para tratamentos oncológicos e urgentes; e adotar triagem reversa, para encaminhamento dos casos compatíveis com programa de atendimento domiciliar, contribuindo para rotatividade dos leitos hospitalares e a diminuição da lotação hospitalar.

A Frente Pela Vida também parte do caráter federativo do SUS e “[...] considera fundamental respeitar os mecanismos tripartites de pactuação e decisão, com o funcionamento eficiente da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartites, assim como do Centro de Operações Estratégicas (COE)” (ABRASCO, 2020, p.88).

Assim, dentre as orientações neste aspecto, coloca-se ao Ministério da Saúde a necessidade de apresentar à sociedade um plano estratégico de intervenções e responsabilizar-se diante da crise sanitária, garantindo recursos com critérios de transferência. Cabendo as respectivas gestões estaduais e municipais formular e a implementar planos de enfrentamento ajustados às suas realidades e especificidades dos grupos vulnerabilizados.

O Ministério da Saúde recomenda que as autoridades sanitárias dos estados e municípios mantenham sistemas de informação para monitoramento da evolução epidemiológica dos casos, internações, óbitos e exames laboratoriais, considerando a segurança da informação, de modo a assegurar a transparência da divulgação integral dos dados epidemiológicos. Também estabelece como sendo necessário que o MS assuma a responsabilidade de assegurar a continuidade da atenção em todos os níveis do sistema de saúde; estabelecer linha de cuidado compreendida do manejo das fases da doença, do isolamento domiciliar a internação em UTI e reabilitação; orientar integração das redes permitindo mecanismos rápidos de regulação; controlar e gerenciar toda a capacidade hospitalar existente no país e instituir uma fila única de casos graves de Covid-19; e assegurar funcionamento de Comissões de Bioética Hospitalar que discuta sobre dilemas morais localmente e auxilie profissionais, pacientes e familiares nos processos de tomada de decisão.

Assim como, deve-se coordenar assistência e vigilância dos casos de Covid-19 relacionados ao trabalho e tecer recomendações de flexibilização do distanciamento físico e restrição de mobilidade conforme indicadores estabelecidos pela OMS (número de casos e taxas de incidência, número de óbitos e taxas de mortalidade, número reprodutivo efetivo (R_t) acima de 1, disseminação geográfica da epidemia, velocidades de crescimento, capacidade instalada para testagem molecular e taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 70%).

No que se refere à Gestão, Governança e Regulação no âmbito do Ministério da Saúde, fica nítido a fragilidade e o impacto das mudanças de Ministros, a saber: Luis Henrique Mandetta de 01 de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020, Nelson Teich 17 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020, Eduardo Pazuello assume como interino em 16 de maio de 2020 e é efetivado em 16 de setembro de 2020 até 15 de maio de 2021, seguido por Marcelo Queiroga que é o atual Ministro da Saúde do governo de Jair Bolsonaro. Mesmo com a criação do Centro de Operações Estratégicas (COE), Grupo Executivo Interministerial (GEI), Gabinete de Crise e um setor específico de logística para Covid-19 não foi suficiente para o estabelecimento de um planejamento estratégico e intersetorial no âmbito do SUS, uma vez que houve aumento no número de óbitos, falta de insumos em municípios brasileiros, dentre outros problemas sistêmicos. Além disso, o MS reforça, em seus atos normativos e legais, o Modelo de Atenção hospitalocêntrico.

O documento do CONASS e CONASEMS (2020), dirige suas recomendações para a lógica da linha de cuidado da Rede de Urgência e Emergência, com hospitais, UPA 24 horas e SAMU-192, afim de expandi-los e completa-los, inclusive com medidas judiciais se fosse necessário a aquisição e controle de leitos privados. Orienta também o desenvolvimento do Plano de Resposta Hospitalar Salvando Vidas para expansão da capacidade hospitalar existente. Reitera a proposição de organizar os serviços de saúde para atender todos os pacientes Covid-19 conforme Protocolo de Manejo Clínico do MS em todos os níveis de atenção.

O FPV avança sua discussão pautada no caráter federativo do SUS e o respeito às regras pactuadas em instâncias de decisão, inclusive com a participação social e comunicação transparente. A todo momento põe em discussão a real função do Ministério da Saúde na condução da gestão do enfrentamento da pandemia no Brasil, reitera a importância do Planejamento Estratégico Situacional, com produção de informações epidemiológicas fidedignas, recomendações claras, definição de responsabilidades e adequações por parte dos estados e municípios às suas realidades locais, afim de garantir a integralidade do cuidado, seja ela durante o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, a não sobrecarga do sistema de saúde, proteção dos profissionais de saúde que atuam junto aos pacientes Covid-19, no qual o ponto principal da RAS não deve ser apenas a Atenção Hospitalar.

Considerações finais

As evidências sistematizadas nesse estudo permitiram analisar dimensões estratégicas para o enfrentamento da pandemia tomando como ponto de partida os atos normativos do MS triangulando com documentos produzidos por gestores e sociedade civil. O primeiro aspecto a ser destacado é a profusão de atos normativos publicados no ano de 2020, o que revela uma certa fragilidade institucional do Ministério da Saúde, no que tange a condução do processo e tomada de decisão. Falta de um posicionamento claro, transparente e ancorado no conhecimento científico, alternância de ministros, ausência de uma liderança capaz de exercer a coordenação sistêmica do processo de enfrentamento da pandemia e instabilidade decorrente do contexto político contribuíram para a ocorrência de 552 atos em poucos meses.

Nos documentos do CONASS e CONASEMS e FPV respectivamente, percebe-se a fragilidade normativa quanto a suficiência estrutural e baixo protagonismo ministerial à contingência hospitalar na pandemia. Tão grave quanto a rede assistencial, a questão dos profissionais de saúde não teve uma estratégia governamental que, além de provisionar quantitativamente, contemplasse fixação de pessoal e sistematizasse plano de educação permanente que reorganizasse processos de trabalho no contexto das RAS.

A preocupação com a oferta de insumos foi bem contemplada no início do enfrentamento ministerial para contingência, principalmente pelas estratégias de garantia de materiais médico-hospitalares e superação de possíveis entraves burocrático-administrativo na gestão pública. Contudo, como percebido pelos documentos CONASS, CONASEMS e Frente Pela Vida, não se identificou construção normativa para responsabilidade logística ministerial, principalmente do ponto de vista estratégico que evitaria constrangimentos à logística que garantisse gases medicinais (oxigênio especificamente) para atenção hospitalar em alguns estados brasileiros.

Fato que se agrava quando percebido não aproveitamento da circunstância para superar vazios assistenciais e implementação de linha de cuidado que garantisse cuidado integral do atendimento pré-hospitalar ao pós-hospitalar dos pacientes com Covid-19.

Soma-se às tais limitações, a alta rotatividade de Ministros da Saúde neste período pandêmico (quatro em um ano), o que aponta para possíveis discontinuidades tecnoburocráticas e de permanente responsável sanitário durante o planejamento e gestão estratégica para contingência à Covid-19 no Brasil. Convém destacar que em tempos de incertezas, o Planejamento Estratégico Situacional se faz importante no setor da Saúde, uma vez que não é seguro lidar com vidas de forma improvisada.

As respostas traduzidas pelos dados epidemiológicos da Covid-19 demonstram uma piora na situação da pandemia no Brasil neste primeiro ano de enfrentamento, revelam o resultado da condução das respostas dadas e/ou omitidas por meio da gestão da pandemia pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, traduzidas em um delineamento de política de saúde desconexa e que não é suficiente para reduzir/minimizar os impactos da doença no território brasileiro. O Brasil e o SUS tinham potencial de eficiência para o combate à pandemia.

Reitera-se que as contribuições do CONASS, CONASEMS e FPV ocuparam espaços possíveis, com vistas a cooperação federativa na saúde, suas propostas deveriam ser agregadas e incorporadas enquanto diretrizes nacionais pelo Ministério da Saúde, que encontra-se em um momento delicado que requer maior análise sobre a correlação de forças e poderes nos espaços de decisões da pasta da saúde. Para isso, são necessários estudos sobre a conjuntura política e a influência no delineamento de uma política de saúde voltada para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil, inclusive com as contribuições do conteúdo da política publicada em atos normativos legais como apresentado neste trabalho.

Referências

ABRASCO (org.). **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19**. 3. ed. [S.l.]: Frente Pela Vida. 2020, 111p. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf> Acesso em: 14 abr. 2020.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 3. ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1991. v. 2, p. 933-941.

BRASIL. **Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. Diário Oficial da União, 30 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília: SVS/MS; 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Boletim Epidemiológico nº 1. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. COE 01. Brasília, 28 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, 3 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, 3 fev. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6341**. Relator Ministro Marco Aurélio. Brasília, maio de 2020.

CANABRAVA, C. M. 2021. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiência e iniquidade. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Acesso e Cuidados Especializados**. Brasília: CONASS, 2021. v. 5, P. 42-59 (Coleção COVID-19).

CONASS. **Coleção COVID-19**. 2020. Brasília, 2021. v. 1, 2, 3, 4, 5, 6. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/>> Acesso em: 03 maio 2021.

CONASS. **Coronavírus 2019-CoV Informação para a Gestão - Paineis Covid-19**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/>; https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/quadro_portaria.htm> Acesso em: 01 maio 2020. em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6341.pdf>>. Acesso em 03 maio 2021.

FIOCRUZ. **MonitoraCovid-19**. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 01 maio 2020.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática de análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Rio de Janeiro, n. 21, 2000.

HOPKINS, J. **Coronavirus Resource Center**. [S.l.]; [2021?]. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 01 maio 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response**. Genebra: OMS; 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf>> Acesso em: 03 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **International Health Regulations**. Genebra, 2005b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #2: creating surge capacity for acute and intensive care**. WHO. Regional Office for Europe. 2020c. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/3325622>> Acesso em: 03 maio 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, ago., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2021.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINTO; I. C. M. et. al. Atenção Hospitalar na Pandemia. **Boletim Observa COVID**, [S.l.], ano 2, ed. 6, abr. 2021. Disponível em: <https://api.observacovid.analisepoliticaemsaude.org/media/boletins/6/pdfs/boletim_OBSERVAcovid_edicao6.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

RAGGIO, A. M. B. CONASS e CONASEMS: atuação dos conselhos representativos. In: SANTOS, A. O., LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: CONASS, 2021. v. 1, p. 154-167 (Coleção COVID-19).

SANTOS, T. B. S, et. al. Contingência hospitalar no enfrentamento da covid-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Cien Saude Colet**, [S.l.], Disponível em:<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/contingencia-hospitalar-no-enfrentamento-da-covid19-no-brasil-problemas-e-alternativas-governamentais/17873?id=17873>> Acesso em: 20 dez. 2020.

SCHULZE, C. J. Diálogos Institucionais e a COVID-19: o legado da tragédia. In: SANTOS, A. O., LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: CONASS. 2021. v.1, p. 66-76. (Coleção COVID-19).

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #2: creating surge capacity for acute and intensive care** Regional Office for Europe, WHO. 2020.

Detalhes do autor

Maria Joseane Aparecida Duarte

Sanitarista (UFU, 2015), doutoranda em Saúde Coletiva - Planejamento e Gestão (ISC/UFBA, 2020-2024), Mestra em Geografia (Saúde do Trabalhador, UFG, 2018), Especialista por meio de residência multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Planejamento e Gestão (ISC/UFBA/SESAB, 2020) e em Saúde Coletiva com ênfase em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas (MS/ISC/UFBA, 2020), Aperfeiçoada em Apoio Matricial com ênfase no NASF (ENSP, 2016) Pesquisadora do Projeto CNPq Observa Covid-19 na Atenção Hospitalar e do Observatório de Análise de Política de Saúde. Principais temas de pesquisa e trabalho: Atenção Hospitalar; Saúde do Trabalhador; Processo de Trabalho em Saúde; Reestruturação produtiva do trabalho em saúde; Saúde 4.0., Planejamento e Gestão em Saúde; Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde. E-mail: joseane.sanitarista@yahoo.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0753-1034>

Thadeu Borges Souza Santos

Professor Adjunto do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (DCV/UNEB), Doutor em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA (2017), Mestre em Enfermagem pela EE/UFBA (2011), Intensivista e Auditor de Sistemas e Serviços de Saúde pela EE/UFBA (2007), Enfermeiro pela UESB (2004). Professor dos Programas de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva MEPISCO/DCV/UNEB e MP/ISC/UFBA. Pesquisador no Grupo de Pesquisa em Políticas, Determinantes e Práticas em Saúde (DCV/UNEB) e do Grupo de Estudos em Trabalho, Educação e Gestão na Saúde (ISC/UFBA). E-mail: thadeu100@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>

Laise Rezende de Andrade

Doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA). Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA); Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia; Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo (ISC-UFBA); Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (Hospital Sírio Libanês) Mestre em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ENSP-FIOCRUZ). E-mail: laiseandrade@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1149-7636>

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutorado em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (2004). Docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é Diretora do Instituto de Saúde

Coletiva/UFBA e Membro do Colegiado de Coordenação do GT Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO. Pesquisadora e Coordenadora da Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Coordenadora Geral do Observatório de Análise Política em Saúde, onde lidera também os seguintes eixos de pesquisa: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS e Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: isabelacmp@gmail.com. LATTES iD: <http://lattes.cnpq.br/2028106055681178>.