



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

RAFFAELLA DA SILVA PATURY

**GESTÃO MUNICIPAL E PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES
DA PREFEITURA DE PALMAS ENTRE MARÇO DE 2020 À
MARÇO DE 2021**

Palmas – TO

2021

RAFFAELLA DA SILVA PATURY

**GESTÃO MUNICIPAL E PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES
DA PREFEITURA DE PALMAS ENTRE MARÇO DE 2020 À
MARÇO DE 2021**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins, como requisito para obtenção do título de Mestra em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Dr. Marcelo de Souza Cleto

Palmas – TO

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

P322g Patury, Raffaella da Silva Patury.

Gestão municipal e pandemia da covid 19: Ações da prefeitura de Palmas entre março de 2020 á março de 2021.: ações da prefeitura de Palmas entre março de 2020 á março de 2021. . / Raffaella da Silva Patury Patury. – Palmas, TO, 2021.

130 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Marcelo de Souza Cleto Cleto

1. Profissionais de Saúde Palmas-To. 2. Saúde Pública . 3. Saúde Mental.
4. Pandemia covid 19. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

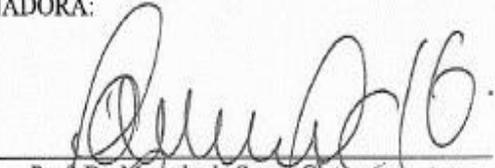
RAFFAELLA DA SILVA PATURY

**GESTÃO MUNICIPAL E PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES DA
PREFEITURA DE PALMAS ENTRE MARÇO DE 2020 À MARÇO DE 2021**

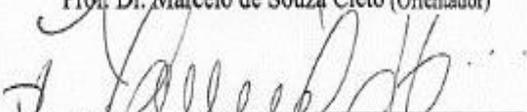
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Gestão de Políticas Públicas
da Universidade Federal do Tocantins para
obtenção do título de mestre.
Orientador: Dr. Marcelo de Souza Cleto.

Aprovada em 11/08/2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marcelo de Souza Cleto (Orientador)



Prof. Dr. Airton Cardoso Cançado (Membro interno)



Profa. Dra. Fabiana Sceliso (Membro externo)

*Dedico à Deus; sem ele eu não teria
capacidade para desenvolver este
trabalho.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha Família, por ser meu pilar em meio a dúvidas e incertezas do caminho. Agradeço por toda compreensão nesta árdua caminhada.

Ao meu orientador, Dr. Marcelo de Souza Cleto, pela sua dedicação comigo, por me guiar nos momentos de dúvidas, compreendendo minha ansiedade. Por sua preocupação com meu crescimento profissional e por sempre realizar as orientações com tranquilidade e o coração aberto.

Muito Obrigada!

Um dos efeitos mais devastadores da pandemia é o luto coletivo. Não há palavras capazes de acalmar a dor que sentimos em perder, para sempre, mais um colega de trabalho, de profissão. O presente trabalho de pesquisa foi marcado por muita emoção.

Nossa cidade é feita de célebres pessoas. Seus afetos, devaneios, histórias de vida, tudo compõe a trajetória até aqui. Por consequência da COVID-19 muitos dos nossos vieram a falecer. Essas pessoas não são só estatísticas. E aqui queremos exaltar a memória dos que se foram.

É um momento de merecida homenagem àqueles que em meio ao caos da pandemia, saíram de suas casas para prestar um atendimento digno e cuidar do próximo. Nossa atual realidade tem sido feita de despedidas, infelizmente. Um adeus doloroso a cada vítima da COVID-19. Os homenageados neste trabalho são:

Agente Comunitário de Saúde: Gildene Alves de Almeida.

Assistente Social: Francisca Romana Souza Chaves, Ana Tereza de Abreu Pereira Bacchi.

Médico: Augusto Aporte Rivero, Eduardo Komka Filho, José Augusto Campos, Maurício Oshiro, Marco Aurélio de Pádua Rocha.

Nutricionista: Iago Ferreira

Psicólogo: Kairo Dias Gomes Batista.

Odontólogo: Andreia Caide Magalhães Souza.

Técnica de Enfermagem: Rosemeire da Cunha.

Secretaria da Saúde: Valéria Paranaguá.

Meu reconhecimento e agradecimento a todos os profissionais da saúde do município de Palmas, do estado do Tocantins e do Brasil.

RESUMO

O coronavírus (COVID-19), identificado na China no final de 2019, possui alto potencial de contágio, e sua incidência tem aumentado exponencialmente. Sua ampla transmissão foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia em 11 de março de 2020. A pandemia de coronavírus tem atravessado todo o tecido social, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual, com repercussões peculiares à saúde mental. O trabalho buscou investigar: Quais as ações da prefeitura de Palmas para o enfrentamento da COVID 19 no período compreendido entre março de 2020 à março de 2021. Como metodologia na realização do trabalho, foi executada uma revisão integrativa de literatura, que possibilitou a identificação, síntese e a realização de uma análise na literatura acerca da temática específica, dialogando, quantitativa e documentalmente com a realidade da pandemia. Foi aplicado um questionário junto aos profissionais das UPA (Unidade de Pronto Atendimento) SUL e NORTE, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e os CSC (Centro de Saúde da Comunidade) do município de Palmas – Tocantins com objetivo de identificar a percepção dos funcionários quanto as ações da prefeitura de Palmas para o enfrentamento da Covid-19. Como produto final desta pesquisa foi elaborado um protocolo de saúde mental, o qual será aplicado aos profissionais da linha de frente no combate a pandemia do Covid-19, a fim de identificar os potenciais impactos em sua saúde mental. Uma vez que exista uma alta prevalência de ansiedade, estresse e possíveis casos de depressão entre os profissionais da prefeitura de Palmas, que tratam de pacientes com Covid-19, é indispensável que os órgãos responsáveis invistam em políticas públicas para promover o bem-estar da saúde mental desses profissionais que estão atuando na linha de frente. Ademais, para um melhor entendimento das repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, é preciso levar em consideração as principais implicações e emoções envolvidas antes, durante e após o evento.

Palavras-chave: Gestão Pública, COVID-19, Palmas; Saúde Mental; Pandemia; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Coronavirus (COVID-19), identified in China at the end of 2019, has a high potential for contagion, and its incidence has increased exponentially. Its wide transmission was recognized by the World Health Organization (WHO) as a pandemic on March 11, 2020. The coronavirus pandemic has crossed the entire social fabric, sparing virtually no area of collective or individual life, with peculiar repercussions for mental health. The work sought to investigate: What are the actions of the city of Palmas to confront COVID 19 in the period between March 2020 and March 2021. As a methodology in carrying out the work, an integrative literature review was performed, which enabled the identification, synthesis and performance of an analysis in the literature on the specific theme, dialoguing, quantitatively and documentally with the reality of the pandemic. A questionnaire was applied to professionals from the UPA (Emergency Care Unit) SOUTH and NORTH, SAMU (Mobile Emergency Care Service) and the CSC (Community Health Center) in the city of Palmas - Tocantins in order to identify the perception of employees regarding the actions of the city of Palmas to confront Covid-19. As a final product of this research was developed a mental health protocol, which will be applied to front-line professionals in combating the pandemic Covid-19, in order to identify the potential impacts on their mental health. Since there is a high prevalence of anxiety, stress and possible cases of depression among professionals from the city of Palmas, who treat patients with Covid-19, it is essential that the responsible agencies invest in public policies to promote the well-being of the mental health of these professionals who are working on the front lines. Furthermore, for a better understanding of the psychological and psychiatric repercussions of a pandemic, it is necessary to take into account the main implications and emotions involved before, during and after the event.

Keywords: Public Management, COVID-19, Social Isolation; Mentalhealth; Pandemic; Health professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 01 em Palmas – TO.....	73
Figura 2: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 27 em Palmas – TO	73
Figura 3: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 377 em Palmas – TO.....	74
Figura 4: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 107 em Palmas – TO.....	74
Figura 5: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 137 em Palmas – TO.....	75
Figura 6: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 350 em Palmas – TO.....	75
Figura 7: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 78 em Palmas – TO.....	76
Figura 8: Distribuição dos Centros de Saúde da Comunidade por territórios em Palmas – TO.....	82
Figura 9: Distribuição dos casos de Covid-19 por mês no Tocantins de abril de 2020 a junho de 2021.....	83
Figura 10: Evolução epidemiológica mensal dos casos de Covid-19 em Palmas – TO.....	84
Figura 11: Matriz de Avaliação COVID-19 – Coronômetro.....	86
Figura 12: Ferramenta de avaliação do cenário epidemiológico em relação a pandemia causada pela Covid-19 – Coronômetro.....	86
Figura 13: Faixa etária dos funcionários da prefeitura de Palmas que responderam ao questionário.....	87
Figura 14: Preocupações frente ao contexto pandêmico dos profissionais quanto a perda de sono/insônia.	88
Figura 15: Na última semana, você sentiu que está desempenhando um papel útil na vida?.....	89
Figura 16: No seu local de trabalho, você soube utilizar as estratégias necessárias para o enfrentamento contra o COVID-19 durante a Pandemia?	90

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Características do arranjo federativo brasileiro com implicações para a coordenação de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS).....	56
Quadro 2: Doenças e Agravos e suas respectivas áreas de vulnerabilidade no município de Palmas - TO.....	62
Quadro 3: Competências gerais dos componentes do COE Palmas para Covid-19.....	65
Quadro 4: Decretos, Portarias e Leis publicados pela prefeitura de Palmas no período de fevereiro/2020 à março/2021 visando o controle da disseminação do novo coronavírus.....	69
Tabela 1: Porcentagem do possível contágio dos profissionais da saúde e seu núcleo familiar com a Covid-29	87

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
APS	Atenção Primária de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIDACS	Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Saúde
COE	Comitê Operativo de Emergência
COVID-19	Corona Virus Disease– 19
CPMF	Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSC	Centro de Saúde da Comunidade
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MERS	Síndrome respiratória coronavírus do Oriente Médio
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PUBMED	Publisher Medline
RNA	Ácido Ribonucleico
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
SG	Síndrome Gripal
SNIS	Sistema Nacional de Informações de Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço De Atendimento Móvel De Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library On-line
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de terapia intensiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	19
1.1 Referencial teórico	19
1.2 O que é uma pandemia?	25
1.3 O que é a COVID-19?	29
CAPÍTULO 2	37
2.1 Gestão Pública em Saúde	37
2.2 SUS e seus desafios	42
2.3 SUS no Tocantins e em Palmas	46
2.4 Federalismo	52
2.5 Crise do Federalismo	56
CAPÍTULO 3	62
3.1 Palmas e sua população epidemiológica	62
3.2 Prefeitura e seus decretos durante a Pandemia	66
3.3 SEMUS e seus boletins epidemiológicos	73
3.4 Saúde mental e a COVID-19	78
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICES	110
ANEXOS	120

INTRODUÇÃO

Os Coronavírus são uma família de vírus, responsáveis por quadros de infecções respiratórias que se apresentam como a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus). Existem sete coronavírus humanos (HCoVs) conhecidos, entre eles o SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), o MERS-COV (síndrome respiratória do Oriente Médio) e o SARS-CoV-2 (vírus que causa a doença Coronavírus disease 2019 - COVID-19). O novo agente do coronavírus foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, após casos registrados em Wuhan, na China (BRASIL, 2020).

O coronavírus, identificado no Leste Asiático no final de 2019, possui alto potencial de contágio, e sua incidência tem aumentado exponencialmente. Sua ampla transmissão foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. A irrupção do evento mundial ocorre no contexto das chamadas *fakenews*, situação onde informações duvidosas ou mesmo falsas sobre fatores relacionados a transmissão do vírus, o período de incubação, seu alcance geográfico, o número de infectados e a taxa real de mortalidade geraram insegurança e medo na população. O enfrentamento à saúde pública tem sido agravado devido às medidas de controle insuficientes e a falta de mecanismos terapêuticos eficazes (MALTA; RIMOIN; STRATHDEE (2020); FERGUSON et al., (2020); CASCELLA et al., (2020)). Essas incertezas têm repercussões em diversos setores, com implicações diretas no dia a dia e na saúde mental da população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus se tornou uma emergência de saúde pública de importância internacional.

Nesse cenário, a OMS declarou a Covid-19 como pandemia em 11 de março de 2020 e instituiu as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas. Elas incluíam a higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel nas situações em que o acesso a água e ao sabão não fosse possível. Também recomendavam evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, pelo uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável (OMS, 2020).

Além disso, a OMS indicou a manutenção da distância social (mínimo de um metro), que se evitassem aglomerações, bem como a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela Covid-19, ou se profissional de saúde no atendimento de pacientes suspeitos/infectados (OMS, 2020).

A pandemia de coronavírus tem atravessado todo o tecido social, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual, com repercussões peculiares à saúde mental. Em situações de epidemia, o número de pessoas psicologicamente afetadas costuma ser maior que o de pessoas acometidas pela infecção, sendo estimado que um terço a metade da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas caso não recebam cuidados adequados (ORNELL et al., 2020). A pandemia é um termo para definir uma epidemia ou doença que tenha ficado fora do controle e que tenha se expandido por mais de um continente (Organização Pan-Americana da Saúde OPAS, 2009).

Nesta conjuntura pandêmica, no Brasil, um levantamento recente publicado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) calcula que pelo menos 75% dos brasileiros contam apenas com o Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de proteção, e este, conta apenas com 22.844 leitos de UTI (Unidade de internação intensiva) disponíveis. No que concerne à rede privada, que atende em média 25% da população, o número de leitos de UTI é próximo, totalizando 23.004. Tais números acabam por expor a desigualdade existente entre as redes públicas e privadas, e revelam uma fraqueza na saúde pública nacional (AMIB, 2020).

A epidemia, apesar de não ter poupado as regiões mais ricas, vem ocorrendo de forma mais acentuada nos estados das regiões mais pobres, como o Norte e Nordeste. O Nordeste, uma das regiões com alta concentração de desigualdade, representa 27% da população brasileira e apresenta cerca de um terço de todos os casos (34%) e dos óbitos (32%) até dezembro de 2020 (CIDACS, 2020).

Com base nessa situação, um possível colapso na capacidade hospitalar e do sistema de saúde como um todo, torna-se palco de grande preocupação, principalmente quando somos levados a refletir sobre as limitações de leitos hospitalares, escassez de recursos humanos, materiais e dentre tantos outros elementos essenciais para o gerenciamento do surto. De maneira geral, o despreparo dos países para o enfrentamento da doença deu margem para a visibilidade de uma série de fragilidades relacionadas aos sistemas de saúde, que apesar de insistentemente existentes, pareciam “esquecidas” (AMIB, 2020).

A Região Norte possui um contingente populacional de 18,43 milhões de pessoas (8,77% da população nacional). Deste, 90,72% são dependentes exclusivos do SUS, e que disputam 1.793 leitos de UTI SUS, o que significa dizer que há aproximadamente um leito SUS a cada 9.325 pessoas. Ainda nesta região, percebe-se que 9,28% população possuem plano de saúde e disputam 1.335 leitos, resultando na proporção aproximada de um leito a cada 1.281

pessoas. Claramente, a situação é mais favorável para os setores privilegiados, que conseguem sustentar um plano suplementar de saúde (COTRIM; CABRAL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), em um panorama das diferentes regiões, pode-se observar que a região Sudeste, com o maior número de casos registrados, apresenta, até o momento do presente estudo, um índice de 49,7% dos casos em relação ao total de infectados. Em seguida, a região Nordeste com 28,7%, e em sequência, as regiões Norte (12,6%) e Sul (5,8%). No que diz respeito aos óbitos, a região Norte corresponde a 12,0% de registros no Brasil. Sendo o Amazonas o estado do Norte brasileiro com maior índice de óbitos registrados pela COVID-19, seguido do estado do Pará.

Infelizmente, entre as fragilidades destacadas em um cenário nada equilibrado, outro aspecto tornou-se preocupante: a saúde mental dos profissionais de enfermagem (SOUZA; SOUZA, 2020). Embora a resposta a COVID-19 até o momento tenha se concentrado principalmente em conter a disseminação e prevenir a mortalidade, a pandemia mostrou também, que possui potencial para criar uma crise de sofrimento psicológico de grande repercussão no sistema de saúde mental (SCHMIDT et al., 2020).

As perdas de entes queridos impactam fortemente na saúde mental, tanto para as pessoas próximas àquela que faleceu, quanto para a sociedade, em função dos sentimentos gerados pela morte. A elaboração do luto fica prejudicada, tendo em vista que a morte tem sido repentina, inesperada e, muitas vezes, ocorrendo de maneira precoce. Além disso, os rituais de despedida, como os velórios e os sepultamentos estão restritos para evitar o contágio do coronavírus. Entretanto, sabe-se que a realização desses rituais é importante no processo de luto normal e na construção do sentido da perda, pois, geralmente, são nesses momentos que ocorrem os pedidos de perdão, a recordação de bons momentos em vida e há o apoio mútuo de amigos e familiares (CREPALDI, 2020).

Spinazzè et al., (2020), destacaram a necessidade de conhecimento profissional no campo da Higiene Ocupacional para enfrentar o contexto de emergência, que exige a tomada de decisões baseadas em evidências fornecidas pela literatura científica disponível, por organismos nacionais e internacionais e pela observância das disposições legais.

Neste cenário da pandemia da COVID-19, convém salientar que devido ao rápido avanço da doença e o excesso de informações disponíveis, algumas vezes discordantes, se torna um âmbito favorável para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico, que podem gerar consequências graves na Saúde Mental (SM) do indivíduo (LIMA et al., 2020).

Um objeto de estudo, geralmente, surge no espaço de trabalho do pesquisador, a partir das experiências vividas e das reflexões feitas neste espaço. Como afirma Minayo (2007), "nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática".

A escolha deste tema ocorreu a partir de relatos de alguns profissionais que demonstram sentir medo durante o período de enfrentamento da Covid-19. Além das repercussões da doença na saúde física, sentimentos de raiva, tristeza, medo e desamparo podem ser frequentes e intensificar o sofrimento psíquico durante a pandemia. Pode-se afirmar que juntamente com a pandemia da Covid-19 surge um estado de pânico social em nível global e a sensação de isolamento social, do enfrentamento de um vírus desconhecido, com uma letalidade alta, desencadeia os sentimentos de angústia, insegurança e medo.

Portanto, buscou-se através deste trabalho investigar, identificar e discutir quais as ações da prefeitura de Palmas – TO, para o enfrentamento da Covid-19 no período compreendido de março de 2020 à março de 2021. Assim sendo, é de extrema importância a elaboração e execução de um plano de enfrentamento da Covid-19 aos profissionais da área da saúde.

Metodologicamente, esta investigação foi realizada através de revisão integrativa de literatura, que possibilita a identificação, síntese e a realização de uma análise na literatura acerca de uma temática específica, qualitativa, quantitativa, documental e de campo. Nesse sentido, foi aplicado um questionário via aplicativo do *WhatsApp* aos servidores da prefeitura de Palmas, lotados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) SUL e NORTE, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Centros de Saúde da Comunidade (CSC). No questionário não foi identificado o nome do funcionário, apenas o cargo e/ou função que o mesmo exerce, obtendo-se um total de 100 respondentes.

De acordo com o Art. 1º da RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), o presente trabalho não teve a necessidade de passar pelo Comitê de Ética.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

- I - pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;
- II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;
- III - pesquisa que utilize informações de domínio público;
- IV - pesquisa censitária;
- V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e

VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;

VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e

III - atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método visa agrupar de forma sistemática e abrangente os resultados atualizados já alcançados acerca de determinado tema e permite a inclusão de estudos realizados sob as mais diversas metodologias (ERCOLE; CAMPOS; ALCOFORADO, 2014). Deste modo, a revisão integrativa apresenta o estado do conhecimento sobre um tema permitindo um intercâmbio entre produção construída e aquela a construir (FERREIRA, 2002; POMPEO, & ROSSI, 2009).

A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (ERCOLE; CAMPOS; ALCOFORADO, 2014). Assim, na primeira etapa, delimitou-se a questão da pesquisa, sendo: Quais as ações que algumas prefeituras realizaram para o enfrentamento da Covid – 19? Definiu-se os critérios de inclusão para os trabalhos amostrados, abordando os seguintes temas: isolamento social, saúde mental, pandemia, profissionais de saúde e Covid-19, aos quais estivessem disponíveis eletronicamente, em português, inglês e/ou espanhol e publicado no ano de 2020.

Dentre os estudos, foram excluídas cartas ao editor, dissertações, teses, monografias, assumindo apenas trabalhos na forma de artigos. A busca foi realizada no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que incluiu a Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Publisher Medline (PubMed) e biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO). Essas bases foram escolhidas, pois se compreende que as mesmas englobam uma boa porção da literatura publicada, além de que incluem periódicos conceituados para a área da saúde. Os artigos foram lidos na íntegra para obtenção das informações que compõem o estudo.

No primeiro capítulo, é apresentado uma síntese dos artigos pesquisados, seguido de um referencial teórico acerca do que é uma pandemia, trazendo um desdobramento de como essa vem a ocorrer, bem como as consequências para a sociedade diante da mesma. Além disso, com

base na literatura, é explanado sobre a doença Covid-19, responsável pela pandemia estabelecida desde março de 2020.

No segundo capítulo é abordado sobre a Gestão Pública em Saúde no Brasil, como essa é realizada e suas funcionalidades, e a importância e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) a nível Federal, Estadual e municipal, tendo como foco o estado do Tocantins e a capital Palmas. É desenvolvido a temática do Federalismo e suas crises no contexto histórico brasileiro, ademais, reitera-se sobre a Covid-19, bem como o desenvolvimento das vacinas para conter a disseminação do vírus na sociedade.

No terceiro capítulo é explanado sobre como o município de Palmas está atuando frente a pandemia, como está sendo a evolução da população epidemiológica, quais os decretos foram estabelecidos para o combate à disseminação do vírus na capital e como vem sendo a atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) frente à problemática. Por fim, é realizado um levantamento da relação entre a saúde mental com a Covid-19 da população em geral, com ênfase nos profissionais da área da saúde.

Como produto final desta pesquisa foi elaborado um protocolo de saúde mental, o qual tem como objetivo identificar os potenciais impactos na saúde mental dos profissionais da linha de frente no combate a pandemia do Covid-19. O protocolo está disposto no Apêndice B.

Desta forma, busca-se através deste trabalho investigar, identificar e discutir quais as ações da prefeitura de Palmas – TO, para o enfrentamento da Covid-19 no período compreendido entre março de 2020 à março 2021. Derivado do objetivo geral, os objetivos específicos norteadores foram:

- a) Listar as ações realizadas pela Prefeitura de Palmas durante a Pandemia;
- b) Descrever as ações de Vigilância e Atenção em Saúde no município de Palmas durante a Pandemia;
- c) Identificar o fluxo de atendimento ao paciente com Covid -19; e
- d) Listar as medidas preventivas utilizadas durante a Pandemia.

CAPÍTULO 1

1.1 Referencial teórico

De acordo com Tucci et al., (2017) – Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global – a securitização da saúde pode transformar questões sanitárias em ameaças existenciais, exigindo, assim, medidas excepcionais e procedimentos técnicos ou burocráticos que podem, sobretudo por sua urgência, escapar ao escrutínio democrático, com amplas repercussões na esfera política. Os autores relatam, como principais considerações que, só um sistema de saúde eficiente pode garantir, quando finda a emergência, a continuidade da assistência às pessoas atingidas pela crise. Ademais, urge a implementação de uma agenda científica, com grande investimento em pesquisa e desenvolvimento.

Gaino et al., (2018) – O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo – objetivou investigar e comparar o conceito de saúde mental para profissionais atuantes em diferentes serviços da rede de saúde pública. Os resultados estão relacionados à abordagem de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Estratégias para aproximar os profissionais dos diferentes serviços numa perspectiva de rede podem ser essenciais para ampliar tal discussão e consolidar uma perspectiva mais ampla de saúde.

Fernandes; Ortega (2020), avaliaram a Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19, tendo como objetivo apresentar brevemente alguns desses pontos que consideramos mais relevantes para a discussão em pauta. Uma das mudanças diz respeito à maior autonomia cedida aos gestores municipais no que tange ao escopo de serviços ofertados na Atenção Primária de Saúde (APS). Estes passam a ser divididos entre padrões “essenciais” e “ampliados”. Suas principais considerações foram que a pandemia da Covid-19 veio apenas expor ainda mais a grave situação em que se encontra a Saúde no município do Rio de Janeiro. As consequências dos cortes na receita para a Saúde e do desmonte realizado pela gestão atual refletem no alto número de hospitalizações e óbitos contabilizados nesta pandemia.

Em Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19 (CABRAL et al, 2020), objetivou-se detectar e tratar casos leves e moderados em tempo hábil, bem como encaminhar os casos graves rapidamente para os hospitais de referência. Sob essa lógica, cada equipamento de saúde deve ter a clareza do seu papel em uma perspectiva sistematicamente distribuída de funções. É essencial defender que a Atenção Primária à Saúde seja o também foco de atenção para alocação eficiente e efetiva dos recursos de saúde, com

objetivo de otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes, com vistas a redução das internações hospitalares decorrentes tanto da infecção por Corona vírus.

Na pesquisa de Toescher et al. (2020), no qual tratou da Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19: recursos de apoio, os autores tiveram como objetivo refletir sobre as implicações da pandemia de Coronavírus na saúde mental dos profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento. Já Ribeiro et al., (2020) em Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura, objetivou-se analisar a produção científica sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde que atendem pacientes no contexto da pandemia de Covid-19. Os estudos publicados no início da pandemia destacam a insuficiência de conhecimentos atualizados e falhas na proteção da saúde dos trabalhadores e recomendam o gerenciamento dos processos e locais de trabalho, dos casos de Covid-19, das políticas públicas e dos direitos dos trabalhadores.

No estudo de Pereira et al., (2020) - A pandemia de Covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa – o objetivo foi realizar uma análise sobre as consequências na saúde mental advindas do período de isolamento social durante a pandemia de Covid-19 e de prever estratégias de enfrentamento para minimizá-las. Como resultado, percebeu-se que os indivíduos submetidos ao isolamento social estão mais suscetíveis a apresentar transtornos de saúde mental, devido à privação e contenção social, surgindo sintomas de sofrimento psíquico, em especial, relacionado ao estresse, ansiedade e depressão.

Fernandes et al., (2020) - Panorama da fase inicial do crescimento dos números de casos e óbitos causados pela Covid-19 no Brasil - apresentaram como se deu o crescimento do número de infectados nos primeiros sessenta dias e de mortes confirmadas nos quarenta dias iniciais a partir do primeiro registro, causada pela Covid-19 no Brasil. Os autores relataram que conhecer as características epidemiológicas como número de casos e mortalidade podem ser úteis na adoção de medidas preventivas, colaborando para a diminuição dos óbitos e da necessidade de ampliação da estrutura hospitalar.

Sousa et al., (2020) - Estimativa e predição dos casos de Covid-19 nas metrópoles brasileiras – Visaram estimar a taxa de transmissão, o pico epidemiológico e óbitos pelo novo Corona vírus. Tendo como resposta a confirmação da rápida disseminação do vírus e sua alta mortalidade no país.

Humerez; Ohl; Silva (2020) - Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem – com o objetivo

de refletir sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem brasileiros no contexto da pandemia Covid-19, elaboraram o projeto de Atendimento de Enfermagem em Saúde Mental aos profissionais de enfermagem na pandemia. Tendo como resposta a percepção depois dos primeiros trinta dias de atendimentos, que os sentimentos mais emergentes foram: ansiedade, medo, ambivalência, depressão e exaustão.

Souza et al., (2020) - Evolução espaço temporal da letalidade por Covid-19 no Brasil, 2020 – analisou a distribuição espaço temporal da letalidade por Covid-19 nas unidades federativas (UF) do Brasil entre as semanas epidemiológicas. O estudo mostrou que as diferenças espaço temporais na letalidade por Covid-19 entre os estados brasileiros podem refletir desigualdades sociais, econômicas, culturais e estruturais. Nesse sentido, não há uma solução única para todo o país, mas as políticas devem observar as singularidades regionais.

Dal’Bosco et al., (2020) - A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da Covid-19 em um hospital universitário regional – tiveram como objetivo identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento da Covid-19 em hospital universitário. Deve-se considerar o impacto na saúde mental da enfermagem acarretado pela Covid-19 e intervir com estratégias de enfrentamento para minimizar o sofrimento dos profissionais.

Kerr et al., (2020) - Covid-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados - estudaram o efeito dessas medidas de controle na epidemia. A maior incidência da Covid-19 entre os nove estados do Nordeste foi registrada em Sergipe, Paraíba e Ceará. O Piauí, a Paraíba e Ceará foram os que mais testaram. As respostas foram o aumento significativo de distanciamento social, em especial Ceará e Pernambuco, a queda do número efetivo de reprodução (R_t) e a separação da curva dos casos observados da curva dos casos esperados sem as intervenções não medicamentosas em todos os estados. A pobreza, a desigualdade e as altas taxas de trabalho informal fornecem pistas do porquê da intensidade da Covid-19 na região.

Noronha et al., (2020) – Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários – analisaram a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil decorrente da demanda adicional gerada pela Covid-19. Os resultados evidenciam uma situação crítica do sistema para atender essa demanda potencial, uma vez que diversas microrregiões e macrorregiões de saúde operariam além de sua capacidade, comprometendo o atendimento a pacientes principalmente aqueles com sintomas mais severos.

Teixeira et al., (2020) – A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 – sistematizaram um conjunto de evidências científicas apresentadas em artigos internacionais que identificam os principais problemas que estão afetando os profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e apontam ações e estratégias para a proteção e a assistência à saúde desses profissionais. O resultado foi resgatar a análise dos problemas crônicos que afetam os trabalhadores de saúde, decorrentes do sub-financiamento do SUS, dos congelamentos dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho e aponta os desafios agudos que se apresentam à gestão do trabalho e capacitação de pessoal.

A constituição do SUS foi o caminho encontrado para universalizar o direito à saúde. Este foi conformado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada, como explica o Art. 199 da Constituição Federal, pode participar do SUS em caráter complementar, mediante contrato de direito público. Vale salientar que o texto constitucional vetou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas sem fins lucrativos, bem como a participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde. Ademais, foi proibida a comercialização da coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, além de tecidos e órgãos. Acerca do financiamento, este seria em parte realizado pela seguridade social, mediante recursos provenientes de contribuições sociais e de recursos dos orçamentos da União, estados e municípios, fixando-se 30% do montante da seguridade, até a que a Lei Orgânica da Saúde fosse aprovada (DRAIBE, 1997).

A adoção de tais medidas visou à instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário que rompesse definitivamente com o modelo corporativista, buscando substituí-lo por um modelo redistributivista. A universalização descrita na carta constitucional, na medida em que incluiu grupos sociais que não contribuíram diretamente para o financiamento do sistema, é fruto da absorção gradativa de novos segmentos sociais através do esforço político do movimento da saúde. Porém, como assinalada Coutinho (1996), tomando um caminho distinto do previsto pelos sanitaristas, a universalização passou a adquirir características “excludentes”. Nesse caso, assumiu o papel não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento (ELIAS, 2004).

A partir desta fragmentação e adoção de processos de terceirização da gestão dos serviços de saúde pública, realizados por empresas contratadas, fruto de um Estado herdado e

mínimo, em que a administração pública é encarada como deficitária e incompetente com a delegação ao setor privado da operação e gestão dos serviços, mas mantendo sua administração em um órgão público, sobre a égide do SUS (Sistema Único de Saúde):

(...) mantendo as competências na esfera pública estatal, mas submetendo esses entes estatais a controles de mercado ou que simulem mercados. Em outras palavras, criando em certas esferas dos serviços públicos sistemas de avaliação que simulem a relação fornecedor-clientes (Moraes, 2001, p.38).

A confusão entre o público e o privado evidencia a falta de regulação que defina claramente a relação público e privado, dada a institucionalização de um sistema dual, isso demanda a construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema "único" e possa levar a uma reconstrução do marco regulatório do sistema de saúde (FALCÃO, 2018).

Consequentemente o baixo envolvimento da participação popular nas decisões no controle social dos serviços de saúde devido o desconhecimento e não investimento em comunicação tem sobre este a causa da ausência de incentivos em divulgação dos resultados e desafios do SUS, de modo a garantir a divulgação das ações/resultados positivos, a serem superados, desafios e o papel de todos neste processo (FALCÃO, 2018).

A visibilidade conquistada por esse programa, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e outros, conquistaram importância como tirocínio exitoso para os fomentadores da Reforma Sanitária, pois buscou aduzir soluções outras, no sentido de renovar as políticas de saúde. Esse novo olhar sobre a saúde se mostrou absolutamente necessário, dado que concomitantemente ao crescimento estrondoso da medicina privada, os anos 80 foi palco de uma aguda crise financeira da previdência social, que acometeu sobremaneira o setor da saúde. Nesse contexto, ante as ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm a público propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde e uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica (ELIAS, 2004).

O PREVSAÚDE propôs a reestruturação da rede pública de serviços de saúde com o propósito de sua universalização e racionalização. Tratava-se de converter a renda básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, permutando assim a característica hospitalar do atendimento. Outro bom exemplo que veio na esteira deste primeiro foi o Plano Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que previa

convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde; esse programa, por sua vez, originou as AIS (Ações Integradas de Saúde) (ELIAS, 2004).

Amplamente analisado, o final do século XX brasileiro foi de intenso alvoroço nos planos políticos, econômico e social, com idas e vindas de presidentes, estratégias para debelar o regime inflacionário, adoção do paradigma neoliberal. Para as políticas sociais e o setor da saúde, o período se apresentou de forma hostil, dado que a agenda liberal se impôs a partir do ajuste fiscal do Estado, o que resultou em violento “desfinanciamento” das políticas da área social. O cenário descrito refletiu naquele que seria um momento decisivo para organização do SUS, a implementação da Lei Orgânica de Saúde (ELIAS, 2004).

Segundo Cordeiro (2004), foi uma conjuntura que se caracterizou por recuos, composições entre as forças de pressão entre diversas correntes ideológicas, com desafios renovados à práxis do movimento sanitário. Mais uma vez, os Ministérios da Saúde e da Previdência entraram em rota de colisão com anteprojetos distintos, encaminhados à Presidência da República de forma independente. Assim como ocorrera em um passado pouco distante, os pontos controversos da lei foram mediados pelo Chefe de Estado ou levados para novas negociações. Nesse sentido, a protelação das decisões fez com que elas só fossem levadas a cabo no início dos anos 1990, às vésperas da posse do presidente Fernando Collor de Mello (ELIAS, 2004).

Portela et al., (2020) – Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19 – relata que o Ministério da Saúde já vem apontando para a necessidade de atenção às cidades com grandes aglomerações, ampliação de leitos e estrutura de suporte ventilatório para pacientes. Também tem sido uma preocupação a insuficiente capacidade laboratorial pública no país. As medidas para minimizar a circulação de pessoas continuarão sendo fundamentais para diminuir os níveis de transmissão da covid-19, atenuar a propagação acelerada do vírus, distribuir a demanda por atendimentos no tempo e evitar colapso do sistema de saúde, mesmo sem desconsiderar que simultaneamente outras iniciativas de prevenção e tratamento sejam implementadas.

Prado et al., (2020) – A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa – teve como objetivo em sua pesquisa, conhecer a situação da saúde mental dos profissionais da área da saúde da linha de frente na pandemia do Covid-19, e quais as consequências para os serviços de saúde.

Em contrapartida, Ribeiro; Vieira; Naka (2020) – Síndrome de BURNOUT em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da Covid-19 – revisaram a produção

científica nacional sobre a magnitude dos efeitos físicos e mentais da Síndrome de Burnout (SB) em profissionais de saúde, com ênfase na comparação das características antes e durante a pandemia da Covid-19. O estudo constatou que a efetividade do trabalho de profissionais da saúde depende de seu bem-estar, portanto, a sua saúde mental é fundamental para a qualidade de vida, sendo necessário o maior enfoque nesta ciência para uma excelente assistência a população, principalmente em momentos de emergência.

E por fim, David et al. (2020) –pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? – discutiu o papel da enfermagem diante dos desafios políticos, econômicos e sanitários que configuram conjuntura de crise pela pandemia por Covid-19. Reafirmou-se o papel da enfermagem brasileira como prática social de defesa da vida e do acesso universal à saúde com vistas à conquista da justiça social.

1.2 O que é uma pandemia?

Na história da humanidade, pandemias com consequências catastróficas ocorrem em intervalos regulares, sendo a última, a gripe espanhola em 1918. Em função da globalização, nos últimos anos, tem ocorrido uma maior disseminação de agentes patológicos em todo mundo. Mais recentemente, surtos de AIDS, ZIKA, SARS, MERS e Ebola chamaram a atenção do planeta para a complexidade da contenção dessas infecções, que tiveram grande impacto econômico, político e psicossocial (ORNELL et al., 2020).

Estudos conduzidos durante e após essas epidemias, especialmente SARS (2003) e Ebola (2014) evidenciaram o medo generalizado com reações desproporcionais da população em geral, levando ao aumento de transtorno por estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (GARDNER; MOALLEF, 2020).

A pandemia de Covid-19 evidenciou uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas. Percebeu-se que o mundo estava mais vulnerável à ocorrência e à disseminação global, tanto de doenças conhecidas, como novas. A integração das economias em todo o planeta permitiu: um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias; promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais; e acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, por exemplo adensamento populacional urbano, massiva mobilidade de populações nestes espaços, agregação de grandes contingentes de pessoas pobres, que por seu turno acabariam por ocupar habitações precárias com acesso limitado ao saneamento básico. Essas condições permitiram o desenvolvimento da “globalização da doença” como a Covid-19, tomando aqui de empréstimo a definição de

relativa à pandemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS), que ocorreu em 2002-2003 (FIDLER, 2004).

Desde a emergência na China, do novo coronavírus (SARS-CoV-2) responsável pela pandemia da Covid-19, em dezembro de 2019, a humanidade tem enfrentado uma grave crise sanitária global. Novos e numerosos casos surgiram rapidamente em países asiáticos, tais como Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Singapura, seguindo para a Europa e demais continentes, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020, e uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (WHO, 2020). Segundo dados disponíveis em 16 de abril deste ano, 210 países e territórios em todo o mundo relataram um total de 2,1 milhão de casos confirmados de COVID-19 e um número de mortes que já passava a cifra de 144 mil (WORLDOMETER, 2021).

O acontecimento da pandemia mundial ocasionada pela Covid-19 nos impõe reflexões de diversas ordens, além das imediatas discussões médicas e sanitárias. Estas reflexões abordam tanto causas dos fenômenos, quanto seus possíveis desdobramentos, incluindo discussões ético-políticas acerca do que fazer diante desse quadro. Talvez possamos dizer que elas não tragam em si grande novidade conceitual. Em geral, se aborda questões que já estavam postas, como a destruição progressiva do nosso habitat natural, com óbvios desdobramentos ecológicos; a nossa ampla integração mundial, agora ameaçada; a dependência de crescimento no modo de produção capitalista; e a nossa profunda desigualdade social (SOMBRA, 2020).

O que mudou, aparentemente, foi o sentido de urgência dessas reflexões. Em diversos momentos, certa temporalidade aparentemente estendida dos problemas apontados ou certa sensação de que eles estavam muito distantes de nós, facilitavam o seu diferimento. Agora, não, a pandemia atravessa todas as conversas, todos os noticiários, as discussões nas redes sociais, o nosso cotidiano. O possível colapso do sistema de saúde, o medo da morte, o isolamento social, a violência doméstica, a depressão econômica inevitável, os riscos de desemprego, as discussões sobre serviços “essenciais”, a situação política do país, todos esses e outros elementos conjugam reflexões mais amplas e que já não parecem poder esperar. Somos afetados de um modo diferente pelas mesmas questões que já estavam postas, mas chegavam com dificuldade no nosso mundo cotidiano. É nesse contexto novo que nos propomos a pensar (SOMBRA, 2020).

Muitos países implementaram uma série de intervenções para reduzir a transmissão do vírus e frear a rápida evolução da pandemia. Tais medidas incluem o isolamento de casos, o incentivo à higienização das mãos, a adoção de etiqueta respiratória e ao uso de máscaras faciais

caseiras; medidas progressivas de distanciamento social com o fechamento de escolas e universidades, proibição de eventos de massa e de aglomerações, restrição de viagens e transportes públicos, conscientização da população para que permaneça em casa, até a completa proibição da circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos e medicamentos ou a busca de assistência à saúde. Essas medidas têm sido implementadas de modo gradual e distinto nos diferentes países, com maior ou menor intensidade, e seus resultados, provavelmente, dependem de aspectos socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, bem como dos procedimentos operacionais na sua implementação (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020).

A sustentabilidade e a efetividade destas medidas dependem do estabelecimento de políticas de proteção social e de apoio a populações em situação de vulnerabilidade, que garantam a sobrevivência dos indivíduos e das famílias enquanto perdurem as restrições para o desenvolvimento de atividades econômicas. No Brasil, as imensas desigualdades sociais e regionais, as 66 milhões de pessoas pobres e extremamente pobres, e apenas 40% da população ocupada formalmente exigem medidas econômicas urgentes para a garantia de renda mínima aos mais vulneráveis e de proteção ao trabalho dos assalariados, de modo a garantir a adesão de uma relevante parcela da população às medidas de distanciamento social (IBGE, 2018; KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020).

A recente descoberta do SARS-CoV-2 tem gerado um esforço grande de médicos, epidemiologistas e outros profissionais de saúde em classificar as pessoas que apresentam sintomas como febre, tosse, dificuldade de respirar, redução do paladar e do olfato, como casos suspeitos da doença ou não. A definição de caso é relevante para monitorar a evolução de uma epidemia e estudar o efeito de estratégias de controle da doença na população. Sabendo-se da alta transmissibilidade das pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 (sintomáticas, pré-sintomáticas e assintomáticas), idealmente, o sistema de vigilância deve adotar uma definição com maior capacidade de detectar o universo de casos na população. Por se tratar de uma nova doença, na medida em que se disponha de informações mais detalhadas acerca dos casos investigados, as definições devem ser revistas. No Brasil, deve-se considerar que uma grande parte das infecções sintomáticas pelo SARS-CoV-2 não está sendo diagnosticada oportunamente, e, assim, para monitorar a evolução da pandemia, tem sido sugerido que sejam incluídas definições de caso mais abrangentes, bem como análises do excesso de internações e de óbitos por doenças respiratórias agudas (BRASIL, 2020).

Alguns termos têm sido usados para se referir às ações de controle da epidemia da Covid-19. Esses termos não são novos e dizem respeito a medidas de saúde pública não

farmacológica, historicamente consagradas para o controle de epidemias, em especial na ausência de vacinas e medicamentos antivirais. Destacam-se o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e as medidas de contenção comunitárias (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. Para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). No caso da COVID-19, em que existe um maior período de incubação, se comparado a outras viroses, a alta transmissibilidade da doença por assintomáticos limita a efetividade do isolamento de casos, como única ou principal medida. De fato, há evidências de que indivíduos assintomáticos com SARS-CoV-2 têm carga viral semelhante aos pacientes sintomáticos (ZOL et al., 2020), o que é corroborado com relatos de pessoas assintomáticas e com sintomas leves envolvidas na transmissão da doença. Dessa forma, a aplicação massiva de testes diagnósticos, que permite a identificação dos indivíduos infectados, como adotado na Alemanha e na Coreia do Sul, é essencial para a efetividade do isolamento.

A quarentena é a restrição do movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação, mesmo porque, na COVID-19, permanecerão assintomáticas e não serão identificadas. Pode ser aplicada no nível individual ou de grupo, mantendo as pessoas expostas nos próprios domicílios, em instituições ou outros locais especialmente designados. A quarentena pode ser voluntária ou obrigatória. Durante a quarentena, todos os indivíduos devem ser monitorados quanto à ocorrência de quaisquer sintomas. Se tais sintomas aparecerem, as pessoas devem ser imediatamente isoladas e tratadas. A quarentena é mais bem-sucedida em situações nas quais a detecção de casos é rápida e os contatos podem ser identificados e rastreados em um curto espaço de tempo (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento social permite reduzir a transmissão. Exemplos de medidas que têm sido adotadas com essa finalidade incluem: o fechamento de escolas e locais de trabalho, a suspensão de alguns tipos de comércio e o cancelamento de eventos para evitar aglomeração de pessoas. O distanciamento social é particularmente útil em contextos com transmissão comunitária, nos quais as medidas de

restrições impostas, exclusivamente, aos casos conhecidos ou aos mais vulneráveis são consideradas insuficientes para impedir novas transmissões. O caso extremo de distanciamento social é a contenção comunitária ou bloqueio (em inglês, *lockdown*) que se refere a uma intervenção rigorosa aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região através da proibição de que as pessoas saiam dos seus domicílios – exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência – com o objetivo de reduzir drasticamente o contato (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

1.3 O que é a COVID-19?

A Covid-19 (do inglês coronavírus disease 2019) é o nome da doença infecciosa causada pelo novo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). O nome Covid-19, foi escolhido para nomear essa nova infecção a partir do acrônimo de doença do coronavírus 2019, resultando em "co" de corona, "vi" de vírus, "d" de doença e o número 19 indicando o ano de sua aparição. Coronaviridae compreende uma grande família, sendo que pelo menos sete dentre os coronavírus são bastante conhecidos por causarem doenças respiratórias em humanos. Os coronavírus têm a capacidade de infectar praticamente todos os principais grupos de animais, sendo que alguns dos que hospedam outras espécies podem passar a contaminar humanos. O entendimento atual é que o SARS-CoV-2 é o terceiro corona vírus zoonótico a transpor a barreira entre espécies e se tornar capaz de infectar humanos, nas duas últimas décadas (CDC; 2019).

O SARS-CoV-2 é um novo betacoronavírus pertencente a grande família viral dos coronaviridae, identificado pela primeira vez em um surto de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Há um esforço da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que a nomenclatura de vírus e suas infecções não se refiram mais a localidades geográficas como tradicionalmente, de forma a combater o estigma decorrente dessa prática (CDC; 2019).

Todo o genoma do SARS-CoV-2 está inscrito em uma fita única de RNA (ácido ribonucleico). Esse tipo de vírus sofre mutações genéticas com maior frequência do que os vírus DNA (ácido desoxirribonucleico), por terem menor capacidade de correção dos eventuais erros de transcrição (FERGUSON et al., 2020). O SARS-CoV-2, em especial, é um vírus RNA de fita simples, com capacidade de sintetizar aproximadamente 29 diferentes proteínas. Algumas dessas proteínas estão presentes na superfície do vírus e atuam como facilitadores do seu

ingresso nas células hospedeiras, outras, aparentemente, estão relacionadas com a sua patogenia (FERGUSON et al., 2020).

Caracteristicamente, os coronavírus são responsáveis por infecções respiratórias em seres humanos e em alguns animais. Na maioria das vezes, a infecção causada pelos vírus dessa família é de intensidade leve a moderada, e se manifesta como um resfriado comum. Alguns coronavírus podem causar doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (SARS, do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome), que ocorreu em 2002 e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS, do inglês Middle East Respiratory Syndrome), que ainda ocorre em uma região bem delimitada (FERGUSON et al., 2020).

Os coronavírus podem ativar uma resposta imune excessiva e desregulada, nociva ao hospedeiro. Essas respostas podem contribuir para o desenvolvimento de SRAG. Autópsias de pacientes com Covid-19, complicada por SRAG revelaram hiperativação de células T efectoras (CD8+) com altas concentrações de grânulos citotóxicos. Relatos que descrevem o perfil imunológico de pacientes críticos com COVID-19 sugerem uma hiperativação da via imune celular como mediadora da insuficiência respiratória, do choque e da falência de múltiplos órgãos (BRITT, 2020).

O SARS-CoV-2, liga-se à célula do hospedeiro humano por meio do receptor ACE2 (enzima conversora da angiotensina 2), e seu mecanismo de entrada depende da atuação sequencial da enzima serina protease TMPRSS2. Esses dados sugerem vários possíveis alvos terapêuticos, incluindo o eixo interleucina (IL)-6-STAT3, associado à síndrome de liberação de citocinas (CRS, do inglês Cytokine Release Syndrome) (BRITT, 2020). Outra proteína estrutural do vírus teria a habilidade de deslocar o ferro presente na hemoglobina, reduzindo a capacidade de transporte de oxigênio e proporcionando a baixa saturação observada em alguns dos pacientes que evoluem mal. Adicionalmente, a liberação de íons ferro em quantidades elevadas causaria danos oxidativo, desencadeando um processo inflamatório intenso que pode resultar na condição identificada como tempestade de citocinas. Ainda que o pulmão seja um dos órgãos alvo, o mecanismo de hipóxia é sistêmico e outros órgãos passam a sofrer tanto a falta de oxigênio quanto a desregulação dos mecanismos de controle da inflamação. Outros dois órgãos fortemente afetados são o fígado e os rins (VIEIRA; EMERY; ANDRIOLO, 2020).

As manifestações clínicas da Covid-19 podem ser desde totalmente assintomáticas (em até 89% dos infectados) ou caracterizar-se por sintomas discretos, até críticos e fatais. Os sintomas podem se desenvolver entre 2 a 14 dias após a exposição ao vírus, com um período médio de incubação de 5,1 dias. Desse ponto, o período recomendado de quarentena ser, habitualmente, de 14 dias (BRITT, 2020).

Ainda que os números possam variar nas diferentes populações afetadas, nos dados disponibilizados pelo Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (CCDC), 81% dos pacientes tiveram manifestações clínicas discretas, 14% manifestações graves, incluindo hipóxia, 5% foram críticos, com insuficiência respiratória, disfunção multiorgânica e choque e 2,3% tiveram êxito fatal (BRITT, 2020). O curso da doença pode girar desde cerca de 16 dias após um curto período de incubação em casos leves a moderados ou até 10 semanas, caso haja um período de incubação mais prolongado e desfecho grave ou fatal (BRITT, 2020). Os cenários clínicos seguintes são estimados a partir de várias publicações.

- Período de incubação de 2 a 14 dias (média de 5 a 6 dias) após a infecção;
- Casos leves – duas semanas;
- Casos graves e recuperados – três a seis semanas.

Uma pessoa pode ser transmissora mesmo antes de surgirem os sintomas até o desaparecimento deles, com pico cerca de cinco dias após o início dos sintomas.

Nota: De acordo com estudos e evidências científicas recentes, sabe-se que essa doença possui alta transmissibilidade e provoca uma Síndrome Gripal (SG) podendo evoluir para uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com insuficiência respiratória. A pandemia é recente, as informações aqui disponibilizadas podem mudar. Apesar dos dados na literatura ainda serem escassos sobre o tema no contexto brasileiro, a experiência prévia de países asiáticos e europeus recomenda que as estratégias de distanciamento social devam ser fortalecidas e realizadas de forma intersetorial e coordenada entre as diferentes esferas governamentais e regiões para que seja alcançado o fim da pandemia o mais brevemente possível, bem como para evitar ondas de recrudescimento do contágio da doença (AQUINO et al., 2021).

1.4 A Covid-19 e as vacinas

Doenças de massa costumam ser complexas, no caso da pandemia da Covid-19 a complexidade foi agravada, em seu início, pelo desconhecimento quase completo das características do patógeno que a causava e das consequências disso. Na dimensão de sua biologia, as pistas existentes remetiam ao conhecimento de outros coronavírus já identificados que, ao fim e ao cabo, pouco ajudaram no manejo do novo organismo. Em sua fisiopatologia, o que se pensava ser uma enfermidade respiratória revelou-se uma condição sistêmica (GUIMARÃES, 2020).

No plano da abordagem clínica, mais surpresas com uma evolução heterodoxa na qual os sintomas prodrômicos transformavam-se rapidamente em doença grave, sem que o bom estado geral dos pacientes fosse condizente com a gravidade de sua real função respiratória medida pelo oxímetro. No terreno epidemiológico, o acompanhamento do estado imunitário da população também surpreendeu pela pouca presença de portadores de anticorpos quando comparada com a experiência de outras epidemias virais e isso levanta intenso debate sobre os mecanismos imunológicos envolvidos na doença (GUIMARÃES, 2020).

No plano dos serviços de saúde, porque a velocidade do adoecimento e a gravidade por parte dos pacientes revelou-se maior e mais intensa do que a organização ordinária dos mesmos estava preparada para suportar. Além dos serviços, a vida em sociedade, no campo do trabalho, do afeto, do lazer, etc., foi também inesperadamente desorganizada, assim como a economia dos países, já bastante fragilizada antes mesmo da pandemia (GUIMARÃES, 2020).

Uma vacina contra o Sars-Cov-2, para ser comercializada e aplicada, ao final dessa fase de testes em humanos, deve demonstrar ser segura, com poucos efeitos colaterais e mostrar ser eficaz. Mas, na situação de emergência em que vive o mundo, algumas delas, como veremos, já estão sendo comercializadas antes de serem estabelecidas as suas segurança e eficácia. Em situações normais, ela deve ter a aprovação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da agência sanitária do país que vai utilizá-la (Anvisa no Brasil). A Organização Mundial da Saúde e a agência sanitária dos Estados Unidos (FDA) decidiram aprovar apenas vacinas capazes de prevenir ou impedir a ocorrência de casos graves em mais de 50% dos vacinados (GUIMARÃES, 2020). A eficácia e a segurança são estabelecidas com base na observação entre o produto candidato e um humano em ambiente controlado. Entretanto, vacinas eficazes e seguras devem abraçar critérios que vão além das características intrínsecas do produto. Critérios que medeiam entre as tecnologias que lhes são inerentes e a sua chegada aos organismos das pessoas que pertencem às populações-alvo a que se destinam. São critérios relativos à sua efetividade (GUIMARÃES, 2020).

Ainda como desafio à efetividade, uma vacina deve atingir ampla cobertura nas populações-alvo mediante campanha de vacinação adequada (logística, cadeia de frio, etc.). Nesse aspecto, o Brasil tem uma vantagem importante pela existência do Programa Nacional de Imunizações do SUS (PNI/SUS), portador de larga experiência (46 anos) na dispensação de uma robusta cesta de vacinas no país. A despeito dos desafios logísticos decorrentes da nossa dimensão geográfica, as cerca de 30 mil salas de vacinação habitualmente mobilizadas em campanhas nacionais diminuem problemas dessa ordem (GUIMARÃES, 2020).

Johnson et al., (2020) apresentam dados e discutem a situação atual desses movimentos. Mais especificamente no que se refere a uma vacina contra o Sars-CoV-2, pesquisas de opinião nos Estados Unidos mostram uma situação preocupante. Apenas metade da população norte americana está convicta de tomar uma vacina contra a COVID 19 e 25% estão indecisos (CORNWALL, 2020).

No Brasil, muito em função dos bons serviços prestados pelo PNI/SUS, os movimentos antivacinas não prosperaram como aconteceu na América do Norte e na Europa. Entretanto, está vivo. Como exemplo, destaca-se que desde 2019 vem ocorrendo no país um surto sustentado de casos de sarampo, com cerca de 15 mil casos naquele ano e cujo epicentro é a cidade de São Paulo e seu entorno. Vários fatores parecem estar contribuindo para o recrudescimento de uma doença que teve sua transmissão interrompida em 2000, após a introdução no calendário regular de vacinação dois anos antes (PREVOTS et al., 2020)

Dentre as várias razões aventadas para esse surto, há consenso de que a diminuição da cobertura vacinal foi decisiva para a sua ocorrência e as razões para isso foram, ao lado do desfinanciamento do SUS após a Emenda Constitucional 95 de 2016, possivelmente, a absorção implícita ou explícita de ideias do movimento mundial antivacinas. O grande impacto da pandemia de Covid-19 no imaginário da população deve atenuar a adesão a essa ideologia. Entretanto, é importante mencionar esse entrave potencial à efetividade das vacinas e se preparar para combatê-lo, caso se manifeste (PREVOTS et al., 2020).

O conceito de eficiência vacinal gira, habitualmente, em torno de aspectos econômico-financeiros. Para serem eficientes, as vacinas devem obter um balanço positivo nos termos da equação custo/ benefício. Nos últimos 20 anos, vêm sendo observadas mudanças importantes no mercado mundial de vacinas. Essas têm como principais vetores:

- a) uma taxa de crescimento do mercado muito acima da taxa correspondente em medicamentos, a despeito de representarem apenas 2% a 3% deste mercado;
- b) uma fusão empresarial (e “cultural”) cada vez maior com grandes farmacêuticas;
- c) uma aceleração no desenvolvimento de vacinas mais complexas e mais caras;
- d) um aumento da importância epidemiológica de doenças transmissíveis, levando a um aumento da demanda;
- e) avanços biotecnológicos no desenvolvimento e na produção de vacinas;
- f) vacinas mais lucrativas, com o aparecimento de vacinas *blockbuster* (influenza, p. ex.);
- g) maior preocupação da OMS, UNICEF e opas com esse tema e aparecimento de organizações filantrópicas e coalizões públicas e privadas voltadas às vacinas;

h) organização pelas empresas de novas estratégias de *marketing* (*pharma-like marketing*) (GUIMARÃES, 2020).

Além do impacto político produzido pela pandemia, o componente humanitário do interesse empresarial no desenvolvimento de vacinas decorreu, provavelmente, do protagonismo que a OMS assumiu frente ao tema. A despeito das dificuldades políticas e financeiras pelas quais passam há vários anos, a OMS abraçou a tarefa e o resultado mais importante dessa atuação foi a construção do mecanismo que tornou viável a extensão do aporte de recursos públicos na busca por vacinas (GUIMARÃES, 2020).

Somos ao mesmo tempo vítimas da doença ou de suas consequências, testemunhas, observadores, analistas, torcedores e atores, com responsabilidades relacionadas à prevenção, ao cuidado, ao estudo e à mitigação do sofrimento, agora e dos desdobramentos ainda imprevisíveis, no futuro. Somos também os propagadores, relevantes na medida do acaso e de atitudes imprudentes ou negligentes. Não é demais lembrar que também a indução de atitudes alheias, decisões políticas, interações e omissões pesam e permanecerão sobre nossos ombros. Enquanto muitos se esforçam para obter e entender informações, descrever as infundáveis dimensões do problema, desenhar cenários e apontar caminhos, a paisagem muda a cada instante. Haverá muita matéria-prima para os historiadores do futuro (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). A cena é complexa e heterogênea como é também a vida em cada canto do planeta. O vírus pode ser o mesmo, porém, muda todo o resto: condições ambientais, demografia, estrutura e organização das cidades, cultura, economia, regime político, hábitos, políticas públicas e serviços de saúde (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

A pandemia compõe-se de inumeráveis surtos e epidemias, dores individuais e familiares, semelhantes nos aspectos biológicos e incomparáveis em outros sentidos. Impossível pensar que uma grande epidemia seja tratada como um tema específico da saúde. É um evento que afeta de maneira profunda a vida das pessoas, as atividades e relações, pode desencadear mudanças que marcam a história. As respostas envolvem a sociedade como um todo e diversos setores governamentais (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). Assim, não é possível separar a dinâmica de uma doença que se alastra as medidas de controle e outras dimensões da vida social e política do país. O Brasil já vivia um período extremamente conturbado, cujos traços iniciais podem ser rastreados até o ano de 2013, quando houve grandes manifestações de rua que, não foram organizadas por partidos políticos, representações sindicais ou organizações tradicionais da sociedade (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

De forma geral, existem grandes dificuldades e desafios na continuidade dos ensaios clínicos com vacinas no Brasil e no mundo. Em primeiro lugar, pela grande variação no índice

de contaminação populacional nos diferentes países. Em segundo, pelas características específicas de suscetibilidade para a resposta imunológica das populações nas regiões em que vivem, dentro do próprio país. Em terceiro, como em determinados países do mundo a diminuição da contaminação pela doença já é uma realidade, e também pelo fato de outros países preferirem concentrar seus esforços com vacinas derivadas de empresas nacionais, como é o caso dos principais países Europeus e os Estados Unidos, ocorrendo uma diminuição acentuada de participação de suas populações nos testes clínicos de empresas estrangeiras (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2020).

A Ciência avança, mas tais obstáculos são um alerta para o fato de que a pandemia continua, pois ainda não há vacina para toda a população ou medicamento eficaz. Mais do que nunca, é importante o investimento em pesquisa e na formação de recurso humano qualificado (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2020). Enquanto não há vacina para toda a população, medidas de distanciamento social e o massivo uso de máscaras pela população ainda são as únicas medidas para reduzir a velocidade do contágio (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2020). A Frente Nacional de Prefeitos (FNP), realizou a primeira reunião para tratar da criação de um consórcio público para compra de vacinas contra a Covid-19. A audiência aconteceu após o Supremo Tribunal Federal (STF) autorizar que Estados e municípios comprem e apliquem as doses, caso a União não cumpra o Plano Nacional de Imunização (PNI) ou a ANVISA deixasse de autorizar o uso de imunizantes aprovados em outros países.

A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ajuizou uma ação para permitir que estados, Distrito Federal e municípios pudessem comprar e fornecer vacinas contra a COVID-19 à população. No dia 23 de fevereiro, o STF proferiu sentença favorável ao pedido. A autorização para a aquisição de imunizantes e insumos foi admitida nos casos de descumprimento do PNI ou de insuficiência de doses previstas para imunizar a população. A liberação cabe nos casos em que a ANVISA não conceda autorização em até 72 horas para o uso de imunizantes aprovados por agências reguladoras de outros países (CONEXÃO, 2021).

Na mesma semana, dia 24 de fevereiro, o Senado aprovou um projeto de lei (PL 534/2021) amparado na decisão do STF, especificando as hipóteses de aquisição. O texto prevê que os entes poderão adquirir vacinas, em caráter suplementar, com recursos federais. Poderão utilizar recursos próprios, excepcionalmente, quando houver descumprimento do PNI ou quando este não preveja cobertura imunológica tempestiva e suficiente contra a doença. O texto segue para tramitação na Câmara (CONEXÃO, 2021).

A prefeita de Palmas – TO, do partido PSDB, Cinthia Ribeiro, participou da reunião virtual e assinou o protocolo de intenções com a finalidade de aderir ao consórcio. Além de

imunizantes, há a intenção de também negociar a compra de medicamentos, equipamentos e insumos. “Precisamos ter visão estratégica para administrar e fazer o impossível para gerir da melhor forma. Não podemos permitir que a pandemia continue ganhando terreno”, defendeu a prefeita. A formalização do cronograma para construção do consórcio foi o assunto que norteou o primeiro debate. Não é uma ação conflituosa, apesar do interesse em unir-se aos municípios, Cinthia Ribeiro negou haver um enfrentamento conflituoso com o governo federal. “Nossa intenção não é de politizar a questão da vacina. Entendemos que este é um momento delicado, e nosso principal objetivo é frear o avanço da Covid-19. Precisamos somar todas as forças para que vidas parem de ser interrompidas”, argumentou a prefeita de Palmas (CONEXÃO, 2021).

A vacinação contra Covid-19 pode exigir diferentes estratégias, devido a possibilidade de ofertar diferentes vacinas, para diferentes faixas etárias/grupos. Embora os municípios sejam autônomos para definir sua estratégia, destacamos alguns pontos importantes. Vacinação de trabalhadores de saúde: exige trabalho conjunto entre Atenção Primária à Saúde e Urgência e Emergência, principalmente para aqueles que atuam em unidades exclusivas para atendimento da covid-19; Vacinação de idosos: a vacinação casa a casa pode ser uma estratégia em resposta àqueles que têm mobilidade limitada ou que estejam acamados; Organização da unidade primária em saúde em diferentes frentes de vacinação, para evitar aglomerações; deve-se pensar na disposição e circulação destas pessoas nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação (BRASIL, 2020).

Para a execução da vacinação contra a Covid-19, os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde serão repassados pelo Ministério da Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios e serão organizados e transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única e mantidos em instituições oficiais federais conforme dispõe a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que versa sobre as regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL, 2020).

CAPÍTULO 2

2.1 Gestão Pública em Saúde

A gestão pública em saúde possui uma forte influência política, devido a isso, desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que ocorreu nas décadas de 1970-1980, luta-se pela dignidade humana por intermédio de melhorias na saúde e de políticas que beneficiem a população, por meio da democratização na saúde, a qual deve ser primordial no cotidiano institucional do Sistema Único de Saúde (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010).

Durante anos, os municípios brasileiros enfrentam problemas tais como inflação elevada, recessão econômica, carência de recursos para investimentos e, no âmbito interno, ausência de instrumentos eficazes de planejamento e controle dos gastos públicos municipais, fatores estes que impactaram negativamente na gestão e no desempenho econômico e social dos municípios. Além disso, a história da administração pública no Brasil, principalmente em nível municipal, está repleta de exemplos de má gestão de recursos, tendo como agravantes a falta de responsabilidade e compromisso social de alguns gestores públicos, o que colaborou para elevados índices de corrupção e endividamento, devido, principalmente, a ausência de uma regulação mais severa de controle na gestão pública municipal brasileira (MEIRELLES, 2002; DUARTE & LIMA 2013).

O cenário da saúde pública brasileira vem sendo moldado por diversas influências sociais, políticas e econômicas vivenciadas ao longo de décadas. Na perspectiva de aprimoramento do SUS, o governo federal, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade na APS, criou em 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, a fim de alcançar um nível de qualidade semelhante em todas as regiões do País (BRASIL, 2016).

O principal objetivo do programa é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, fator este que contribuirá para o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o País. Além disso, o PMAQ-AB possui o objetivo de satisfazer os usuários, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e pela qualidade dos serviços prestados. Para isso, o programa objetiva fortalecer a gestão da Atenção Básica (AB), a qual deve promover a auto avaliação e a educação permanente (BRASIL, 2016).

Segundo Souza e Viana (2014), gestão em saúde é definida como um processo que cria políticas sanitárias e elege programas que viabilizem tais políticas, além de prover recursos, fiscalizar e avaliar os programas e ações em saúde. A gestão municipal de saúde deve planejar,

acompanhar e avaliar todas as ações referentes aos serviços de saúde, possibilitando ações que qualifiquem os serviços, garantindo atuação eficaz dos gestores (BRASIL, 1996).

Segundo Medrado, Casanova, Oliveira (2015), em se tratando de sociedade capitalista, as relações sociais que acontecem em nível de Estado podem ser menos ou mais favoráveis à determinada classe, mas elas estarão sempre em defesa do capital. Nessa perspectiva, é possível observar que, quando sobressaem medidas que vão na contramão dos desdobramentos da expansão mercadológica, uma das estratégias adotadas pelo neoliberalismo é a posse de termos constantes na pauta da reivindicação popular. Assim, discursos e planos com viés de exploração econômica simulam atendimento aos anseios daqueles que se encontram na base da pirâmide social e passam a ser aceitos ou incorporados. Contudo, diferente do que parecem, esses termos são ressignificados tendo como objetivo fazer cumprir os interesses econômico-corporativos, que tendem a aumentar a desigualdade social e problemas dela provenientes.

A gestão municipal possui um importante papel como disparador do apoio institucional às equipes de saúde da Atenção Básica (AB), mas muitas delas encontram-se desassistidas, colocando em risco a eficácia do programa. Tal situação foi percebida em 2014 no estudo de Melo et al. (2014), quando a maioria dos gestores da AB das capitais brasileiras encontrava dificuldades em prestar apoio institucional às equipes. Isso evidenciou, segundo os autores do estudo, a necessidade de maior apoio das demais esferas de gestão por intermédio da estruturação da gestão municipal com táticas que buscassem ultrapassar o caráter normativo e de incentivo financeiro (FLORES et al., 2018).

A gestão pública em saúde é responsável pelo gerenciamento do pleno desenvolvimento das ações em saúde, a fim de que estas sejam efetivas, porém, muitos obstáculos são encontrados, o que acaba gerando fragilidades em tais ações. Nesse sentido, é necessária a busca por mudanças nos processos de trabalhos, na assistência aos usuários e na gestão dos recursos em saúde, a fim de que a AB seja qualificada e equiparada em todo território nacional. Nesse sentido, o PMAQ-AB tem sido um importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde (FLORES et al., 2018).

A articulação entre saúde e desenvolvimento não é óbvia, menos ainda quando se refere a uma realidade tão complexa como a brasileira (COHN et al., 2012). A humanidade tem experimentado rápidas e profundas transformações em todas as esferas da vida econômica, cultural, social e política, talvez como nunca em sua história (PAIM e ALMEIDA, 1998).

Nesse contexto, o governo brasileiro deve ter como sua responsabilidade a obrigação de oferecer um sistema de saúde para toda a população, com a responsabilidade de supervisionar.

O Brasil assegura em sua Constituição de 1988, o direito universal à Saúde, a qual tem como a proposta nuclear o Sistema Único de Saúde (SUS), como princípios de equidade, da universalidade e da integralidade da atenção à saúde para todos os cidadãos brasileiros independente da sua condição (PAIM; ALMEIDA, 1998).

Contudo, o sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados (SOUZA e COSTA, 2010). Segundo Barrocal (2009), o Brasil é o único país do mundo que tem uma rede de saúde gratuita e aberta a toda a população e ao mesmo tempo vê o mercado (convênio, e consultas particulares) gastar mais dinheiro do que o estado, com 55% dos gastos privados e 45% públicos. Para Cardoso (2012), a saúde foi protagonista de inúmeras campanhas eleitorais, fazendo parte do discurso de vários candidatos nas três esferas do poder, tendo ficado somente no discurso, pois o que se vê é a saúde pública piorando e a angústia dos pacientes e de familiares materializada no dia a dia de muitas pessoas.

Neste contexto, Sano e Abrucio (2008), afirmam que é possível resumir a preocupação central da Nova Gestão Pública como a combinação entre flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. A adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade da gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores e apoiada na transparência das ações governamentais, possibilita o controle maior dos cidadãos. Foram várias as estratégias de reforma adaptadas para mudar o funcionamento da gestão pública, desde cortes orçamentais, vendas de bens de Estado, privatização, contratação de serviços, introdução de medidas de desempenho, da gestão por resultados, e de técnicas de gestão do setor privado (ARAÚJO, 2004).

Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº. 29, também conhecida como a Emenda da Saúde. O texto assegurou a coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública. A nova legislação estabeleceu, ainda, limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa. Nos Estados, por exemplo, os investimentos em saúde devem ser de 12% da receita bruta corrente. Já os Municípios têm o índice de 12%. Porém, apesar dos avanços que o SUS representou ao país, o processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados desde a sua criação. A instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos (CNS, 2020).

Para Abrucio (2007), o ex-ministro Bresser-Pereira, foi pioneiro em perceber que a Administração pública mundial passava por grandes mudanças, também necessárias no Brasil,

mas nem sempre ele soube traduzir politicamente tais transformações para as peculiaridades brasileiras. Santos (2007), observa que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediram o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

Por sua parte, Reis (2009), aposta que, em princípio, a responsabilidade pela gestão do SUS é dos três níveis de governo e as normas operacionais vinham regulamentando as relações e responsabilidades dos diferentes níveis até 2006, momento em que se instituiu o Pacto pela Saúde, como um conjunto de reformas nas relações institucionais e fortalecimento da gestão do SUS. O Pacto introduziu mudanças nas relações entre os entes federados, inclusive nos mecanismos de financiamento – significando, portanto, um esforço de atualização e aprimoramento do SUS. Para a adesão dos gestores ao Pacto, é assinado um termo de compromisso, onde se estabelecem compromissos entre os gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Teixeira e Paim (2006), elucidam o que se entende como política de saúde a resposta social (ação ou emissão) de uma organização como o Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. No entendimento de Pereira (2008), as avaliações recentes sobre o desempenho da administração pública no Brasil indicam que o ponto de estrangulamento do governo federal encontra-se no campo operacional, visto que a administração pública, para obter sucesso nas suas políticas públicas, depende da competência de seus funcionários. Programas e projetos com deficiências de gestão tendem a dificultar o alcance dos objetivos das políticas públicas, além de propiciar a geração de corrupção.

Paim e Almeida (1998), afirmam que desde o movimento, chamado Reforma Sanitária Brasileira, originou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que tem como princípios a integralidade, universalidade e a equidade. De acordo com Santorum e Cestari (2011), questiona-se: De que forma é possível promover a apreensão e a internalização dos valores presentes na proposta do SUS? Como trabalhar pautando-se nas perspectivas de promoção de saúde, de integralidade da assistência e da participação popular no SUS?

Todos que acompanharam a concepção, nascimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nos últimos vinte anos tendem a enumerar diversas conquistas. Mas, diante do projeto da Reforma Sanitária Brasileira não é possível conter a indignação frente à persistência de certos problemas na realidade atual. Questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organização, infraestrutura e gestão, já poderiam ter sido equacionadas considerando-se possibilidades reais de um país como o Brasil, oferecendo uma atenção mais digna aos seus cidadãos. Os esforços e energias poderiam ser dirigidos presentemente ao desenvolvimento de modelos de atenção integral, efetivos e de qualidade. No entanto, ainda nos deparamos com obstáculos identificados há quase duas décadas tais como: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos (PAIM, 1990).

Guizardi (2009), afirma que é preciso que sejam discutidas novas formas sobre a articulação de novos recursos e artifícios de participação que expressem a diversidade das experiências e posicionamentos implicados na produção das políticas públicas. Por sua parte, Abrucio (2007), observa que os governos estaduais passaram por várias modificações nas duas últimas décadas, primeiramente ganharam mais poder e autonomia com a redemocratização; em segundo lugar a gestão pública ganhou inovação e o terceiro ponto é o projeto de descentralização e participação popular na gestão pública. Entretanto, a redemocratização impulsionou mudanças insuficientes no modelo de gestão dos governos estaduais, permanecendo ainda um quadro clientelista e de uma burocracia defasada na maioria dos casos.

Campos (2007), afirma que as duas primeiras décadas do SUS foram marcadas por significativos avanços, em que pese uma conjuntura política e econômica desfavorável à implementação de uma reforma setorial. No entanto, ainda há importantes desafios para se caminhar no sentido de alcançar a “imagem objetivo” do SUS e entre esses se destaca a regionalização.

Em contrapartida, Mota (2002) argumenta que uma melhor definição dos rumos que deve tomar o desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações de Saneamento (SNIS) no Brasil, é de fazer uma reflexão que suscita a desarticulação entre as iniciativas para a realização dos inquéritos populacionais sobre o estado de saúde e o desenvolvimento dos sistemas de informações dos serviços, que não possibilita a formação de uma base integrada de dados adequada ao conhecimento da situação e seu acompanhamento permanente e local.

2.2 SUS e seus desafios

O SUS tem como diretriz constitucional a descentralização, ao mesmo tempo em que, também por conceituação constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada (SANTOS; CAMPOS, 2015). Por isso, nos últimos anos, ainda que não se trate de uma novidade, o debate sobre a região de saúde tem ganhado profundidade em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização, por si, supostamente, fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS; CAMPOS, 2015).

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde (CNS, 2020).

Ao longo desses 20 anos de existência, o SUS avançou historicamente com medidas como a descentralização e a municipalização de ações e serviços, o fortalecimento da atenção básica; a ampliação de ações de prevenção a doenças; o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos; o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados; a ampliação no número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (CNS, 2020).

Segundo Andrade (2009), integrar serviços – regionalizar a descentralização, qualificando-a – tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores por ser inconcebível um sistema único que se fraciona em 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais. Ao lado desse fracionamento, não se pode esquecer que há uma centralização federal em torno das políticas de saúde, que se fragmentam em inúmeros programas federais, os mais diversos possíveis, e nem sempre compatíveis com as necessidades de saúde de determinadas regiões de saúde (SILVEIRA, 2007; SANTOS; ANDRADE, 2009).

A Constituição Federal de 1988 foi, sem dúvida, um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais. A partir daí, no caso da saúde, contava-se com um marco legal que desenhava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que viria a ser construído a partir de então (COHN, 2009). Mas, o desafio residia exatamente neste ponto: muito embora embriões de experiências de descentralização da saúde, de novas modalidades de repasses de recursos entre os entes

federados para financiamento do sistema já viessem sendo experimentados desde o início daquela década, as propostas que compunham o SUS, sobretudo genericamente no papel e nas mentes dos sanitaristas, e tratava-se, a partir de então, de colocá-las em prática numa realidade socioeconômica e institucional extremamente diversificada (COHN, 2009).

Desde então, muito se avançou nesses 20 anos, como testemunham os dados epidemiológicos, sobre distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso, dentre vários outros. No entanto, esses avanços não foram lineares, nem tampouco uniformes, como mostram igualmente outros dados, como aqueles referentes a equidade, a integralidade do acesso, a regulação do setor privado da saúde, ao financiamento, dentre igualmente tantos outros (COHN, 2009).

A descentralização associada a uma interdependência operativa e orçamentária e a forte centralização federal, pela via dos programas de saúde federais, torna o SUS um sistema que, por si só, já é bastante complexo e de difícil gestão no figurino da Administração Pública burocrática – insuficiente do ponto de vista administrativo (SANTOS, 2012).

A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congelou o orçamento público durante vinte anos (VIEIRA, 2017). Assim, o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro.

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2018).

O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interagem com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico (PAIM, 2018).

Uma engenharia político-institucional criativa, possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a sustentabilidade institucional do SUS e para a sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias. Daí o legado de avanços no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU e no controle do tabagismo, do HIV/ AIDS e da qualidade do sangue. O Programa Nacional de Imunizações é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos. Merece destaque a atenção primária em saúde, vinculando cerca de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família (PAIM, 2018). O país avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas.

Quais são os obstáculos e ameaças ao SUS? Em termos ideológicos, os valores dominantes na sociedade brasileira tendem mais para a diferenciação, o individualismo e a distinção do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade. Esse aspecto negativo é agravado pelas limitadas bases sociais e políticas do SUS que não conta com a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania, tal como ocorrera em países europeus que optaram pelo Estado de Bem-Estar Social (PAIM, 2018).

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados às operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2018).

Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho (PAIM, 2018).

Outros aspectos negativos na construção do SUS podem ser identificados nas políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle do *Aedes* e na segurança e

qualidade do cuidado. A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica (PAIM, 2018).

Durante muito tempo o subfinanciamento crônico era identificado como um dos maiores obstáculos para o SUS. Diversas iniciativas foram adotadas para contorná-lo, a exemplo da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), da EC-29/2000 e do movimento Saúde+10, mas não alteraram, efetivamente, a estrutura do financiamento, de modo que o gasto público, como percentagem do Produto Interno Bruto destinado a saúde, continuou inferior à proporção do gasto privado (MELO, 2017).

O SUS vai acabar? Esta é uma pergunta sempre presente em debates com interessados. Apesar dos ataques e golpes sofridos, incluindo os boicotes do Estado Brasileiro, não é plausível a extinção do SUS. Além da força relativa dos seus defensores e militantes, existe um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao próprio Estado e às classes dominantes que apontam para a sua manutenção, seja como meio de legitimação ou cooptação, seja como lócus de acumulação, circulação e expansão do capital. A articulação público-privada no âmbito da saúde engendrada no Brasil possibilitou um fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis (PAIM, 2018).

Mesmo admitindo que não haja política irreversível, a agenda desses representantes do capital não contempla a extinção do SUS. Pelo contrário, o SUS realmente existente tem sido orgânico aos seus negócios e não há porque matar a galinha dos ovos de ouro. Este SUS real que em parte se apresenta como SUS para pobres já faz parte do senso comum de gestores, políticos, mídia, profissionais de saúde e, até mesmo, da população. Ele pode se reproduzir no presente e no futuro, mesmo que restrito, na dependência da dinâmica e da expansão do capital, assim como das respostas do movimento sanitário (PAIM, 2018).

Não bastam, porém, o proselitismo em defesa do SUS e a prática ideológica do movimento sanitário. Daí a necessidade de reuniões periódicas do Fórum da RSB e a articulação progressiva com os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde para o desenho de estratégias e o estabelecimento de táticas mais adequadas à conjuntura, a despeito da participação limitada de partidos políticos (PAIM, 2018).

2.3 SUS no Tocantins e em Palmas

O momento atual do SUS no Estado do Tocantins é de fortalecimento dos municípios para a gestão integral da atenção primária, da regionalização para a média e alta complexidade e do Estado como copartícipe e cofinanciador desses sistemas e de garantidor da atenção de referência estadual. Além disso, é necessário que seja garantido o acesso ao SUS a todos os cidadãos, que a atenção primária seja a porta de entrada principal para os demais níveis de complexidade, que haja resolutividade da atenção em todos os níveis, e que se incorpore no sistema a prática do acolhimento humanizado do usuário e a qualidade do serviço prestado (SESAU, 2015).

A Análise de Situação de Saúde consiste no processo de identificação, explicação e priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população em determinado território. A partir do envolvimento e integração dos diversos atores envolvidos (tanto os que operacionalizam os serviços quanto os que explicam os problemas), constroem-se um alinhamento entre os problemas de saúde da população e os problemas do sistema de saúde, visando à proposição de objetivos coerentes às necessidades da população (PAIM, 1991).

A Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins é o órgão da administração direta do Governo do Estado, responsável pela gestão e organização do SUS no estado, com o propósito de viabilizar, desenvolver e garantir o cumprimento das Políticas de Saúde, por meio de ações individuais e coletivas de atenção, vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população tocantinense. O Tocantins é um dos estados que mais aplica recursos próprios em ações e serviços de saúde, considerando também o investimento em recursos humanos (SESAU, 2015).

Ocorreu na década de 90 e início do ano 2000 uma forte adesão dos municípios à descentralização da gestão da atenção básica e vigilâncias com as NOBs, mais por imposição do financiamento das políticas públicas do que por aceitação de responsabilidade sanitária. Por sua vez, a descentralização de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar ainda é lenta e desafiadora no Estado do Tocantins (SESAU, 2015). No que se refere à descentralização pela NOB 96 apenas 08 municípios aderiram a alguma forma de habilitação da Gestão Plena do Sistema Municipal; na NOAS/01 apenas a capital Palmas, que depois retrocedeu, e o Estado que foi um dos últimos da federação a se habilitar – no ano de 2004. Em compensação, no Pacto pela Saúde o Estado foi o primeiro a aderir no País - em setembro de 2006, seguido no decorrer dos anos, por 84 dos seus 139 municípios, sendo que a maioria só tinha atenção básica (SESAU, 2015).

Entretanto, por um processo histórico de limitação da produção-oferta de serviços de saúde no Estado, persiste a baixa adesão dos municípios à descentralização e integralidade da atenção, imposta, sobretudo, por um subfinanciamento das ações e serviços potencializados pelo fato de que o Estado integra a Amazônia Legal e enfrenta desafios que oneram muito o custeio das ações de saúde ambulatorial e hospitalar tais como: dificuldade de acessibilidade geográfica - as Regiões de Saúde apresentam pontos extremos de distância acima de 200 km; baixa densidade populacional; e alto custo para interiorizações e permanência de profissionais especializados (SESAU, 2015).

Baseada nesta realidade, mesmo não sendo sua responsabilidade, atualmente o Estado do Tocantins coopera com os municípios ao assumir a gestão e gerência de serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar prestada municipal e regionalmente, além da cessão de Recursos Humanos para a atenção básica, porém, carecendo de uma política clara de gestão de pessoas, que defina as regras e critérios deste tipo de cooperação (SESAU, 2015).

Portanto, a Secretaria Estadual de Saúde, além da responsabilidade pela gestão, mediante pactuação com os gestores municipais (contratação, controle, avaliação, auditoria, regulação) e mediante a contratualização com serviços de natureza filantrópica e privados de maior complexidade e abrangência regional ou estadual, ainda tem papel preponderante na execução direta de ações e serviços de saúde e desempenha fortemente essa função ao administrar (na administração direta) uma rede de serviços estaduais de saúde, hospitalares e ambulatoriais (SESAU, 2015). A Rede de Atenção à Saúde vem se estruturando de forma fragmentada através de Redes Temáticas que não se integram, subfinanciada, além do desafio de consolidação da governança regional no âmbito do SUS (SESAU, 2015).

O Estado do Tocantins foi criado por determinação da Constituição Federal no dia 05 de outubro 1988, a partir da divisão do estado de Goiás (parte norte e central), oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989. Após esse processo houve um acelerado crescimento demográfico, impulsionado pelos fluxos migratórios regionais (IBGE, 2010). Está localizado no centro geográfico do Brasil e integra a Região Norte do território nacional. Sua extensão territorial é de 277.621,858 Km², representam 3,36% do território nacional e 7,2% da região Norte, e sua superfície inserida na Amazônia legal equivale aproximadamente 97,9% de sua extensão territorial. Limita-se ao Norte com os estados do Maranhão e Pará, ao Sul com Goiás, a Leste com Maranhão, Piauí e Bahia e a Oeste, Pará e Mato Grosso (IBGE, 2018).

Com o movimento de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão federal passou a desempenhar um papel fortemente direcionador e regulador do sistema, através de políticas públicas que determinam os movimentos e as práticas de gestão e de

assistência bem como influenciam nas relações de poder ao definir campos de essencialidade e dependência (THOMPSON, 1976).

A reorientação do modelo assistencial no Brasil impõe a necessidade de reformulações no processo de formação de seus profissionais, estreitando concepção e execução do trabalho, tendo a práxis como recurso didático pedagógico. As metodologias de ensino devem ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização sobre a capacidade de acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (BRASIL, 2004).

Esta recondução é incorporada nos cursos da saúde em 2004, a partir da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo esta um marco decisivo para a articulação e integração entre ensino, serviço e comunidade, a partir do desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do SUS (BRASIL, 2009). A Educação Permanente, diferentemente da Educação Continuada, considera que a formação das pessoas acontece onde há práticas educativas, e estas ocorrem em qualquer lugar, não apenas em escolas ou universidades, ademais as práticas educativas também constroem determinadas culturas. (MARANHÃO, 2015).

Nesta perspectiva o movimento estudantil tem provocado mudanças no cenário de formação, passando a ocupar espaços que potencializam a reflexão crítica, e criam um olhar diferenciado para a universidade, trazendo outras demandas quanto à sua política pedagógica (KLAFKE et al., 2013). A interferência estudantil organizada, não apenas é capaz de mobilizar poderes e interpor conceitos à sociedade, como marca um modo peculiar de existir no mundo que exige transformações sociais (BRASIL, 2004).

Uma forma de inserir os estudantes nos cenários de prática e atuação é através da extensão universitária. Segundo Falcão (2014), a extensão é considerada a área acadêmica mais dinâmica e viva, capaz de oxigenar a produção do conhecimento e fazer valer a missão social da universidade, em que a preocupação não está apenas em formar profissionais técnicos, mas também para participar da construção da cidadania. Desta forma, um projeto de extensão baseado em vivências tem impactos importantes para a interação dos futuros profissionais com a comunidade, despertando-os para uma formação cidadã que garanta autonomia para buscar e reivindicar seus direitos.

Os programas de extensão universitária são importantes para a aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre alunos e população, pela possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir de práticas com o ensino e pesquisa e,

especialmente, pelo fato de propiciar o confronto da teoria com o mundo real de necessidades e desejos (HENNINGTON, 2005).

Nesta perspectiva, Freire (1996) destaca as metodologias ativas como importantes ferramentas pedagógicas que aproximam a epistemologia da prática e favorecem uma relação dialógica entre educador e educando, reafirmando ainda seu compromisso com uma formação crítica, cidadã, autônoma, significativa, holística e humanizadora, que valoriza os saberes populares e os conhecimentos construídos no âmbito das comunidades. A década de 1990 foi praticamente toda voltada para a implementação da descentralização do sistema de saúde para o nível municipal e para a ampliação do acesso. As ações desenvolvidas no setor fortaleceram o poder local, ampliaram e qualificaram os quadros de servidores, organizaram a rede básica e avançaram na definição dos sistemas de saúde municipais (THOMPSON, 1976).

Como unidades sociais, as organizações estão estreitamente vinculadas e reagem às diretrizes valorativas e normativas, dadas por atores externos que se inserem em seus diferentes níveis afetando a sua política e sua estrutura. Nesse sentido, na mesma época em que os municípios eram fortalecidos mediante políticas públicas a eles dirigidas e, diante da grande permeabilidade na dinâmica organizacional, houve fragilização das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que sofreram um movimento inverso, de diminuição do seu papel e enfraquecimento do poder decisório (BRASIL, 2006).

Nesse processo de redefinição dos papéis e de fortalecimento das estruturas de gestão nas três esferas de governo, o Ministério da Saúde, com o propósito de dar suporte ao processo decisório no âmbito do sistema de saúde, estabeleceu a política de institucionalização da avaliação. Essa estratégia tem como objetivo monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizando a gestão e fomentar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Entre os componentes dessa política destaca-se o desenvolvimento da capacidade avaliativa da atenção básica (BRASIL, 2009).

O primeiro passo desse processo foi o fortalecimento do nível estadual, que teria, posteriormente, o papel de implementar o monitoramento e a avaliação da atenção básica no nível municipal com o suporte técnico-financeiro do Ministério da Saúde através do componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (BRASIL, 2004). A implementação dessa política se deu através do estabelecimento de diretrizes e orientações e da convocação dos estados para a apresentação dos planos estaduais objetivando o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2009).

Para atingir os objetivos estabelecidos, o Ministério da Saúde definiu como etapas: a) a elaboração, pela SES, de um plano estadual de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação da atenção básica (MA da AB); b) a capacitação da equipe estadual e a elaboração de uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação da atenção básica para o Estado; c) a execução das ações previstas na proposta metodológica; e, finalmente; d) a disseminação da prática da avaliação da atenção básica na esfera dos municípios do Estado.

A inclusão do monitoramento e avaliação da atenção básica, como exigência para a aprovação dos planos estaduais, visava tanto discutir diretrizes para a promoção de uma cultura avaliativa quanto estabelecer pactos para os aspectos mais importantes da atenção básica a serem monitorados e avaliados por meio da mobilização de técnicos, gestores e pesquisadores. A proposta metodológica de monitoramento e avaliação da atenção básica (PM de MA da AB) envolvia todos os atores e procurava redefinir papéis, responsabilidades e investimentos (FELISBERTO, 2004).

Para a implementação do plano de fortalecimento do monitoramento e avaliação da atenção básica, o Ministério da Saúde estabeleceu como requisito a contratação de centros colaboradores, unidades ou grupos de instituições de ensino superior com conhecimento e experiência em avaliação, para realizar o processo de capacitação e assessorar a elaboração da proposta metodológica de monitoramento e avaliação da atenção básica (TAMAK et al., 2010).

A redemocratização do país, a partir da posse do Governo Civil (1985), favoreceu reformas como a da previdência social e do setor saúde. Desde 1982, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e convênios semelhantes (SUDS), buscaram-se mecanismos para minorar a segmentação do acesso a serviços de saúde dotados de financiamento público. Estes convênios se superpuseram, ao menos até 1990, às estruturas de oferta vigentes há longa data e que caracterizaram o modelo segmentado. Desenhar todos os esquemas de acesso condicional ou universal existentes requer uma detalhada pesquisa e revela dezenas de mecanismos de financiamento e de acesso, os quais passaram em muitas regiões do país a conviver com os regimes AIS/SUDS de acesso aberto e de transição ao SUS (RIBEIRO, 2009).

O sistema anterior ao SUS era robusto, embora altamente desigual. O privilégio de acesso se dava para aqueles com vínculo previdenciário e inserção corporativa. O quadro de desigualdade era acentuado pela cobertura inadequada das áreas rurais. Não conhecemos estudos que detalhem os gastos de cada um dos arranjos acima úteis para fins comparativos. A percepção política de um sistema ao mesmo tempo ineficiente e injusto esteve na base das iniciativas políticas que convergiram em 1988 para a consolidação constitucional da chamada reforma sanitária (RIBEIRO, 2009).

A tese da universalização excludente sustenta que houve uma migração de clientelas com posição favorável no mercado de trabalho, do sistema recém universalizado com base no financiamento fiscal (SUS) para o seguro privado. O financiamento fiscal tende a favorecer a equidade e podemos considerar que tal migração de clientelas intensificada ao final da década de oitenta seria desfavorável aos novos objetivos. Consideramos que a concentração de recursos fiscais na esfera governamental torna a sua alocação sensível ao binômio decisão política e planejamento central e que o racionamento da oferta representa a principal estratégia de controle de custos neste tipo de financiamento. Utilizamos a oferta hospitalar para observar um possível racionamento e seus efeitos sobre a migração de clientelas para o seguro privado. Esta transferência de clientelas teria afetado os objetivos universalistas da reforma brasileira (MENDES, 1993).

As reformas nos sistemas de serviços de saúde na América Latina têm sido analisadas considerando-se doze eixos temáticos: marco jurídico; direito aos cuidados de saúde; aumento da cobertura; função reitora dos Ministérios da Saúde; descentralização; participação e controle social; oferta de serviços; separação de funções, modelo de gestão; recursos humanos; qualidade; avaliação de tecnologias. Na avaliação dos seus resultados têm-se tomado como atributos a equidade, eficiência, efetividade, sustentabilidade, qualidade, participação e controle social (INFANTE E COL., 2000).

Paradoxalmente, num contexto internacional em que as desigualdades entre países, regiões, classes e grupos sociais e étnico-raciais mais se avolumam, em decorrência da reestruturação produtiva e das políticas econômicas impostas pelos países centrais do capitalismo globalizado e pelos organismos internacionais multilaterais vinculados aos seus interesses, essas mesmas organizações recorrem à retórica da equidade, como tentativa de mascarar as iniquidades que contribuíram para produzir (SOARES, 1999; CORDEIRO, 2001; ELIAS, 2005).

No Brasil, este termo vem sendo progressivamente utilizado em documentos técnicos, normativos e doutrinários (KADT e TASCA, 1993), inclusive nos relatórios das conferências nacionais de saúde (PINHEIRO e COL, 2005). Desde a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, o Conselho Nacional de Saúde tem formulado proposições e estratégias reunidas em onze compromissos apresentados aos candidatos das eleições presidenciais de 2002, entre os quais "a construção da equidade" destaca-se em primeiro lugar (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.297).

2.4 Federalismo

No final do mês de fevereiro de 2020, registrou-se o primeiro caso de coronavírus no Brasil, desde então, nota-se a existência de propostas muito diferentes de enfrentamento da pandemia entre o governo federal e os governos locais, estados e municípios. Em um cenário de crescente embate político e de uma incomum perda de capacidade de coordenação do Governo Federal tanto das ações sanitárias quanto intersetoriais, os governadores assumiram protagonismo na política nacional e o poder executivo nos estados passou a ocupar lugar central no enfrentamento da crise sanitária vigente. Nota-se diferenças no equilíbrio de forças que sustenta o processo das políticas de saúde. Esse quadro inesperado apresenta uma série de questões sobre o manejo das políticas públicas e sobre a atuação e articulação dos diferentes entes federados (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020).

Sob as normas federais, as organizações políticas combinam o autogoverno das unidades federadas com o governo central compartilhado. Nesse sentido, em países federados, diferentes governos regulam um mesmo território, mas cada um deles tem competência exclusiva sobre determinadas matérias (RIKER, 1975). Assim, o princípio normativo do federalismo baseia-se simultaneamente na unidade nacional do Estado e na autonomia política interna dos entes da federação (WATTS, 1999).

A essência do federalismo está na criação de instituições e processos que permitam alcançar uma unidade política que acomode e aumente a diversidade durante a solução dos problemas da vida cotidiana. Entende-se, portanto, que o federalismo pode conciliar interesses, valores e preferências diversas que são inerentes à sociedade. Nesse sentido, descentralizar é importante no processo de consolidação dos objetivos do federalismo (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Conforme Vieira (2017, p.1112) o pacto federativo é regido pelo direito constitucional interno e trata-se da união consensual de Estados que para esse fim abdicaram de sua soberania conferindo-a para um ente abstrato que é a União, que na órbita internacional apresenta-se como se fosse um Estado Unitário. O mesmo autor conceitua ente federado como todo membro dotado de autonomia política, administrativa e financeira que faça parte de um pacto federativo, e destaca que no Brasil a federação surge da forma como o país foi colonizado e por meio da influência externa e de interesses regionais, culminando com a atual previsão constitucional, art. 18 da CRFB-88, de 04 (quatro) entes federados no Brasil: União, os estados-membros, o distrito federal e os municípios.

Camargo (1999, p.1-4) *apud* Vieira (2017, p.1120) enfatiza que o pacto federativo brasileiro atual gera conflitos de ordem política, social, econômica, tributária e de finanças públicas entre os entes federados, corroborado pelas reivindicações dos governadores dos estados-membros e dos prefeitos dos municípios, para a revisão das dívidas destes com a União, bem como de compensações tributárias por desonerações promovidas junto às exportações, itens da cesta básica, política industrial, feitas pela União e que causam redução nas receitas tributárias de estados-membros e municípios por efeito reflexo desta política da União nos Fundos de Participação.

Já Almeida (2018) *apud* Vieira (2017, p.1113) aponta claramente quais são as principais distorções do federalismo brasileiro que geram conflitos entre os entes federados: o excesso de competência legislativa e tributária exclusiva da União; a falta de regras claras para o exercício das competências administrativas para todos os entes federados; a indefinição dos marcos de atuação para assegurar seguridade social, educação e segurança pública para a população, bem como a inexistência de uma regulação clara e objetiva dos encargos públicos que competem a cada ente federado não somente no tocante as políticas públicas de promoção das questões sociais como da organização institucional e política do país.

Ainda de acordo com Watts (1999), onde afirma que descentralização não é sinônimo de federalismo, uma vez que há processos descentralizados em países unitários, a descentralização de competências entre o governo federal e os governos subnacionais é uma característica intrínseca dos estados federados.

Os problemas socioeconômicos do federalismo brasileiro alimentam e são alimentados reciprocamente pelos problemas político-partidários conduzindo a corrupção e a ineficiência na gestão dos recursos públicos. Souza (2005, p.118) destaca que o federalismo brasileiro tem sido marcado atualmente por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais e ainda que o desenho atual do modelo federativo brasileiro possui variados graus de cooperação política e financeira entre a União e os demais entes federados.

O Estado deixa de ser uma abstração sociopolítica para se expressar visivelmente como governo. Em uma federação, essas relações entre as partes constitutivas do Estado envolvem extensiva e contínua interação entre o governo federal e os governos subnacionais. Portanto, as relações intergovernamentais supõem negociação e barganha na formulação e implementação de políticas públicas. Assim, as relações intergovernamentais são o modo como se concretiza a cooperação em países federativos (SEGATTO; ABRÚCIO, 2016).

Existem diferentes modos de relações intergovernamentais em um sistema político. A forma vertical faz referência a relação que ocorre entre o governo central e os governos

subnacionais. São costumeiramente unilaterais, tendo o governo central como ente que atua de maneira independente. Nesse modo de relação, a coordenação é atributo fundamental. Já o modo horizontal de relações intergovernamentais pode assumir várias formas e envolver algumas ou todas as unidades constituintes. Tem como característica a cooperação entre os entes com o objetivo de criar programas conjuntos com compartilhamento de custos e negociações para resolução de determinados problemas (WATTS, 2006).

Quando se observa o federalismo brasileiro, depara-se com um híbrido de relações intergovernamentais horizontais e verticais. Ainda que a autonomia dos entes subnacionais possibilite o estabelecimento de relações horizontais entre os municípios e entre os estados, nas federações com altos índices de desigualdades regionais, em geral o governo federal busca reduzir as diferenças entre as regiões redistribuindo recursos e fomentando a implementação de políticas formuladas pelo governo central, por meio da cooperação, para a geração de melhorias no âmbito subnacional (SEGATTO; ABRÚCIO, 2016).

O federalismo brasileiro, principalmente a partir da Constituição de 1988, passou a conferir maior autonomia aos governos subnacionais. Com o fim da ditadura militar e a nova Constituição surgem diferentes processos de reformulação do Estado. O novo desenho institucional proposto representou um importante avanço em direção à descentralização de políticas públicas no país. Apesar disso, esses entes não tiveram acesso a recursos suficientes para colocar sua autonomia em prática. Essa situação gerou, por um lado, uma dependência dos entes subnacionais a políticas formuladas pelo governo central e, por outro lado, garantiu ao governo federal a manutenção da sua capacidade de coordenação de uma série de políticas (ARRETCHE, 2012).

O governo federal manteve o papel central no processo de formulação de políticas e tomada de decisão sobre as mesmas, estabelecendo um arranjo de relações intergovernamentais baseado em relações verticais entre a União e os entes subnacionais (ARRETCHE, 2012). Dessa forma, o Brasil desenhou uma variedade de federalismo na qual a União tem poder de induzir, modelar e regular políticas implementadas pelos governos estaduais e municipais, além de poder desempenhar um papel na redistribuição inter-regional de recursos, atuando na redução de desigualdades de capacidade de gasto por meio de transferências federais (ARRETCHE, 2010). Além disso, os poderes legislativos da União capacitam o governo federal a submeter ao Parlamento legislação que tenha como objetivo coordenar as ações de estados e municípios (SOUZA, 2019).

Assim, o amplo espectro de áreas de políticas cuja competência é exclusiva da União colabora para a produção de um governo central forte e dotado de recursos institucionais que o

capacita a coordenar políticas dos governos subnacionais (ARRETCHE, 2012). Essa construção de poder majoritário pelo executivo federal não é uma consequência natural do desenho federativo brasileiro. Pelo contrário, foi um feito político de presidentes e governos centrais capazes de criar mecanismos de diálogo e compensação com os governos subnacionais (ABRÚCIO et al., 2020).

A coordenação federativa pode ser entendida como a forma do executivo federal atuar enquanto indutor de políticas e permite a integração e compartilhamento de decisões presentes na federação (ABRÚCIO, 2005). Nesse sentido, idealmente, visa criar coerência nas ações do governo, de modo a reduzir redundâncias, lacunas e contradições dentro e entre iniciativas e organizações (PETERS, 2004).

Na maior parte do período após a criação do SUS, o governo federal teve êxito na produção de regulação das políticas de saúde, possibilitando a coordenação das ações de estados e municípios e buscando reduzir, em diversas áreas, desigualdades de receitas e capacidade de gastos (ARRETCHE, 2020). Esse comando do MS era ainda mais destacado em situações como campanhas de vacinação, enfrentamento a epidemias, surtos de arboviroses ou mesmo questões regionais que demandavam cuidados redobrados. Mas o que observamos neste momento de crise sanitária é uma grande contradição nas orientações dadas pelo Governo Federal, a insuficiência de ações que, de fato, enfrentem razoavelmente a pandemia ou mesmo coordene e apoie as ações dos estados, combinadas a incapacidade do governo federal de produzir espaços de diálogo com os governos subnacionais (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Esse cenário vem provocando e oportunizando a atuação dos estados como dirigentes e coordenadores das ações em seus territórios, junto aos municípios e a população, e como ente catalisador das demandas locais, mas também tem criado espaço para o estabelecimento de relações horizontais de cooperação entre os estados. No lugar do arranjo federativo instituído, caracterizado pelo estabelecimento de relações verticais com forte capacidade de coordenação de políticas pelo executivo federal, encontra-se diferentes maneiras de formular e implementar políticas de saúde em tempos de crise, marcadas pela atuação descoordenada de estados e municípios ou pela cooperação de entes subnacionais (FERNANDEZ, 2020). Nesse cenário, e em virtude da capacidade institucional e orçamentária, os estados passaram a ocupar lugar central na condução da crise sanitária, coordenando e determinando linhas de atuação para os municípios e estabelecendo relações de cooperação entre si.

A literatura afirma que a indefinição no que se refere ao papel dos governos estaduais junto aos municípios e a incapacidade de construção de estratégias de cooperação horizontal por esses governos favorecem a manutenção do papel indutor e centralizador do governo federal

(FLEURY; OUVÉNEY, 2006). Porém, o que se observa durante a crise do coronavírus é que frente a pouca atuação do governo federal, marcada por desarticulação, incapacidade de formular propostas sólidas e fiáveis e inabilidade na construção de espaços de diálogo, abriu-se o caminho para a ação dos governadores junto aos municípios e para o estabelecimento de plataformas de cooperação horizontal entre os estados, como é o caso do Consórcio Nordeste (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

De todo modo, no contexto da crise sanitária atual, constata-se uma vez mais que a capacidade de coordenação vertical do governo federal em políticas de saúde não é algo acertado, ainda que seja uma ferramenta importante na gestão dessas políticas. Além disso, no atual cenário, são apresentados novos papéis para os governos estaduais no tabuleiro das políticas de saúde: atores com a capacidade de coordenar políticas no âmbito subnacional e estabelecer processos de coordenação horizontal entre estados (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

2.5 Crise do Federalismo

A pandemia da Covid-19, ao atingir o Brasil, acentua o cenário de instabilidade política, econômica e social que vinha marcando o país desde 2015. No âmbito político-institucional, revela-se uma crise de coordenação, de forte dimensão federativa, que se manifesta de forma diversa nas políticas públicas: entraves de articulação intergovernamental; indefinição e sobreposição de atribuições e funções; dificuldades de execução e integração de ações e serviços em tempo oportuno; protagonismo de alguns governos e negligência e omissão de outros; insuficiente transparência e informações contraditórias sobre a Covid-19 (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Com o agravamento da pandemia e o colapso do sistema de saúde em várias cidades, os embates entre o presidente da República, governadores e prefeitos tornaram-se progressivamente mais evidentes e acirrados, prejudicando a capacidade de resposta do Estado e gerando descrédito e insegurança na população. No início de junho de 2020, o Brasil apresentava o segundo maior número de casos e de óbitos do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020). Três grupos de condicionantes ajudam na compreensão das dificuldades de resposta do Estado brasileiro no contexto da Covid-19, sob a perspectiva da federação: a especificidade do seu arranjo federativo; a existência de profundas desigualdades socioespaciais; e o acirramento de conflitos políticos entre os governos (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

A literatura sobre o federalismo no país é vasta, entretanto, há convergências entre os autores no que tange aos seus traços constitutivos, nas dimensões política, fiscal e administrativa (Quadro 1) (ABRUCIO, 2003; ALMEIDA, 2007; ARRETCHE, 2012). Em conjunto, tais aspectos constroem a atuação do Estado na pandemia, pois configura um processo decisório complexo e assimétrico, com desigualdades, dificuldades administrativa e forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal. Características do arranjo federativo brasileiro com implicações para a coordenação de políticas públicas e do SUS (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Outro grupo de condicionantes está relacionado às profundas desigualdades socioespaciais, historicamente determinadas, que demarcam o território brasileiro e se expressam em diferentes dimensões, em termos de indicadores econômicos, sociais, acesso à infraestrutura e a serviços de diferentes tipos, inclusive os de saúde. É possível identificar discrepâncias entre as regiões do país – entre os eixos Sudeste-Sul e Norte-Nordeste – bem como entre áreas urbanas e rurais, e no interior das regiões metropolitanas (entre áreas centrais e periféricas, ou no interior das grandes cidades) que impactam na demanda e dificultam a assistência requerida pela COVID-19 (NORONHA et al., 2020).

Quadro 1: Características do arranjo federativo brasileiro com implicações para a coordenação de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS).

POLÍTICA	FISCAL	ADMINISTRATIVA
Papel de destaque do Executivo Federal, vis-à-vis aos demais Poderes de Estado e esferas de governo.	Tributação regressiva, com centralização da arrecadação na União e descentralização da execução orçamentária.	Ênfase na descentralização para os municípios com certa indefinição do papel dos estados.
Ampla autoridade jurisdicional da União e limitações do exercício de poder de veto das unidades subnacionais nas arenas nacionais.	Predomínio de relações fiscais verticais (do governo federal para os entes subnacionais).	Número elevado de municípios e alta concentração populacional.
Diversidade de instituições e atores governamentais nos planos nacionais e subnacional.	Sistema de partilha fiscal diverso, com insuficiência dos mecanismos de equalização.	Importantes desigualdades e limitadas capacidades administrativas de vários entes subnacionais.

Assimetria de riqueza e poder político entre entes de diferentes esferas governamentais.	Endividamento, restrição de autonomia e dificuldades de execução orçamentária dos entes subnacionais.	Predomínio de competências comuns e concorrentes entre os entes na área social.
Pulverização e oligarquização do poder político loco-regional.		Uniformidade de regras nacionais com pouca consideração de especificidades regionais.
Organização trina com predomínio de cultura política centralizadora.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

O Brasil é um país federativo, imenso e desigual, a coordenação de políticas entre áreas e esferas de governo é fundamental para potencializar a resposta do Estado à emergência sanitária. Estratégias diversas e articuladas são necessárias para evitar que a doença se propague em sucessivas ondas no território nacional, prolongando a duração da pandemia e suas consequências econômicas, sociais e humanitárias, considerando-se o grande número de vidas perdidas, o sofrimento para milhares de famílias e o potencial de desestruturação do tecido social diante de uma crise complexa e multifacetada, portanto se faz necessário cada grupo condicionante realizar seu papel de maneira assertiva.

Há também distintas “situações geográficas” no território brasileiro, com dinamismos econômicos e socioespaciais variados, que têm implicações para o sistema de saúde e precisam ser consideradas no planejamento regional de estratégias de enfrentamento da pandemia (REGIÃO e REDES, 2020). A implementação do SUS sem dúvida permitiu a expansão da oferta e cobertura de ações e serviços de saúde no território nacional. Porém, persiste a concentração de serviços de saúde de maior complexidade (inclusive leitos de terapia intensiva) nas regiões e cidades de maior dinamismo econômico do país (PORTELA et al., 2020). Diante das importantes disparidades nas condições fiscais de estados e municípios, o enfrentamento das desigualdades socioespaciais exige um papel ativo da esfera federal no gasto social, que permanece restrito no âmbito da pandemia (TESOURO NACIONAL TRANSPARENTE, 2020).

Por fim, um terceiro grupo de condicionantes diz respeito a esfera da política propriamente dita. O acirramento das tensões políticas no contexto atual decorre de divergências de projetos políticos e disputas político-partidárias que se exacerbaram desde 2014-2016, período caracterizado pela reeleição para a Presidência de Dilma Rousseff por estreita margem em 2014, dificuldades de governabilidade em 2015-2016 e o impeachment da

presidenta em 2016. O ano de 2018 foi marcado pela prisão do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em julgamento contestado pela parcialidade do julgador em conluio com o Ministério Público Federal, que por disputas eleitorais, culminaram na eleição do então Presidente, líder de direita, Jair Bolsonaro. Ademais, havendo repercussões sobre a composição do Congresso Nacional e a eleição para governadores de alguns outsiders do sistema político (que nunca haviam disputado eleições) em alguns estados importantes da federação – tais como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina – e o Distrito Federal. Por sua vez, foram eleitos governadores de oposição nos estados do Nordeste. As intensas mudanças nas coalizões políticas e na composição do primeiro escalão nos primeiros 18 meses de governo da atual gestão federal ilustram o cenário de instabilidade e conflitos no período recente, com repercussões para a política de saúde (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Mesmo nesse contexto, nos primeiros meses de enfrentamento da pandemia (fevereiro e março de 2020), o Ministério da Saúde desempenhou um papel importante, principalmente por meio da mobilização para a organização do sistema de vigilância epidemiológica sob a coordenação da Secretaria de Vigilância à Saúde e com a participação da Fundação Oswaldo Cruz, entidade vinculada ao Ministério da Saúde. O Congresso Nacional aprovou créditos orçamentários adicionais para o enfrentamento da pandemia. Em março, vários governos estaduais adotaram estratégias de enfrentamento relativas ao distanciamento social, medidas econômicas, sociais e de fortalecimento do sistema de saúde, assim como alguns municípios de maior porte (FREITAS, 2020).

A partir de abril de 2020, no entanto, as dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram – entre áreas da política e entre a Presidência e o Ministério da Saúde – culminando em duas trocas seguidas do titular do Ministério da Saúde, com repercussões sobre a composição das equipes técnicas federais. Da mesma forma, foram intensificadas as diferenças de posições entre os governos, federal, estaduais e municipais em torno das medidas de enfrentamento, bem como entre governos e grupos da sociedade (comunidade científica, movimentos sociais), o que dificultou a coordenação de esforços no enfrentamento da pandemia (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

As incompatibilidades de ações e de discursos levaram o Supremo Tribunal Federal a decidir por unanimidade que estados e municípios teriam autonomia para determinar medidas de isolamento social, em parceria com o governo federal. Porém, mesmo iniciativas inovadoras como a implantação de um comitê científico de enfrentamento da COVID-19, vinculado ao consórcio dos governadores do Nordeste, e a adoção de medidas pelos Conselhos de Representação de Secretarias Estaduais e Municipais para orientar gestores e trabalhadores do

SUS, permaneceram insuficientes, sem uma articulação efetiva com o governo federal (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Os mecanismos de coordenação são elementos fundamentais da governança de políticas públicas em países federativos, segundo Souza (2019). Do ponto de vista formal, envolvem uma série de estratégias e instrumentos que favorecem o alinhamento de esforços e tarefas governamentais em prol de objetivos comuns.

A Covid-19 traz enormes desafios a coordenação de políticas públicas e do SUS. Em qualquer emergência sanitária, estratégias e instrumentos de coordenação visam a criar coerência entre políticas e ações, de modo a reduzir redundâncias, lacunas e contradições em tempo oportuno. Entretanto, existem elementos próprios da pandemia de Covid-19 que também precisam ser considerados. Os fatores que determinam os padrões de transmissão, ocorrência e mortes associados à doença são amplos e diversos, e seus impactos, atuais e futuros, afetam de modo abrangente a economia e a sociedade (WERNECK, 2020).

Os efeitos da pandemia são heterogêneos e apresentam forte dimensão territorial, dado o importante papel dos governos subnacionais em relação às medidas de contenção, atenção à saúde, serviços sociais, e às despesas públicas, colocando-os na linha de frente da gestão da crise (OECD, 2020). Além disso, existem muitas incertezas quanto a dinâmica da pandemia em um cenário de profundas desigualdades, elevada carga de doença e precárias condições de vida das populações (BARRETO et al., 2020).

O enfrentamento desses desafios requer coordenação entre as áreas da política pública e entre os entes governamentais. Para uma resposta abrangente e oportuna à pandemia, são necessárias ações no mínimo nos seguintes âmbitos: monitoramento detalhado da situação epidemiológica, com disponibilização ágil e transparente de informações necessárias às respostas governamentais; estratégias de comunicação claras junto aos vários grupos da sociedade; medidas de distanciamento social, para conter a transmissão do vírus e o crescimento dos casos nas diversas fases da pandemia; fortalecimento do sistema público de saúde, com articulação de ações em todos os níveis (vigilância à saúde, atenção primária, serviços de atenção às urgências e emergências e hospitais, incluídas as unidades de terapia intensiva); ações de apoio à economia e ao emprego; medidas de proteção social, especialmente voltadas às populações em situação de maior vulnerabilidade social e aos grupos mais atingidos pela doença. Diante do quadro de recessão mundial provocado pela pandemia, acrescente-se a necessidade de ações em médio e longo prazo voltadas à recuperação econômica e melhoria das condições de infraestrutura (habitação, saneamento), de vida e de saúde das populações em

países marcados por desigualdades, como os latino-americanos (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Em face do caráter continental, diverso e desigual do Brasil, o conjunto de estratégias pode ser variado entre regiões, estados e municípios. Porém, dadas as características da federação brasileira, a variedade de respostas requer um papel ativo do governo federal e intensa cooperação entre esferas de governo nos âmbitos nacional e estadual, e em múltiplas escalas regionais (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

CAPÍTULO 3

3.1 Palmas e sua população epidemiológica

Planejada para ser a capital do Tocantins, Palmas foi criada em 20 de maio de 1989 (pouco tempo depois da criação do Estado) e instalada em 1º de janeiro de 1990, após a transferência da capital provisória, Miracema. O primeiro passo para o planejamento da capital definitiva foi dado logo após a eleição do governador Siqueira Campos, em 15 de novembro de 1988, que solicitou levantamento para definir a localização de uma cidade que lhe possibilitasse ser um polo de irradiação de desenvolvimento econômico e social do Estado. O resultado do estudo determinou uma área localizada entre os municípios de Porto Nacional e Taquaruçu do Porto, a leste do povoado do Canela.

A instalação de Palmas só foi possível com a transferência da sede administrativa do município de Taquaruçu para Palmas, tornando o primeiro prefeito de Palmas, Felon Barbosa. Com esta decisão, Taquaruçu do Porto transformou-se em Distrito de Palmas, assim como Taquaralto e Canela.

O nome de Palmas foi escolhido em homenagem à comarca de São João da Palma, sede do primeiro movimento separatista do norte goiano, e também pela grande quantidade de palmeiras na região. Elevado à categoria de município com a denominação de Taquarussu do Porto, pela Lei Estadual n.º 10.419, de 01-01-1988, desmembrado do município de Porto Nacional. Sede no atual distrito de Taquarussu do Porto (ex-povoado de Taquarussinho).

Instalado em 01 de junho de 1989, em divisão territorial datada de 1988, o município é constituído do distrito sede. Pela Resolução n.º 1, de 18-12-1989, é criado o distrito de Taquaralto e Canela e anexado ao município Taquarassu do Porto. Pela Resolução n.º 28, de 29-12-1989, o município de Taquarussu do Porto, foi extinto, (mudança de Sede), passando o município a chamar-se Palmas e Taquarussu do Porto a condição de distrito do município de Palmas. Em 01.01.1990, o município de Palmas passa a ser Capital do Estado. Pela Lei Municipal n.º 33, de 13-02-1990, é criado o distrito de Canela e anexado ao município de Palmas.

Em divisão territorial datada de 1995, o município é constituído de 3 distritos: Palmas, Taquaralto e Taquarussu do Porto. Em divisão territorial datada 2001, o município é constituído de 3 distritos: Palmas, Buritirana e Taquarussu do Porto. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

A população de Palmas, as principais doenças notificadas e suas respectivas áreas de agravo estão apresentadas, resumidamente, no quadro 2. As internações devido a diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 56 de 139 e 60 de 139, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2720 de 5570 e 2889 de 5570, respectivamente (IBGE, 2019).

Quadro 2: Doenças e Agravos e suas respectivas áreas de vulnerabilidade no município de Palmas - TO.

População		Natalidade (nascimentos)	Mortalidade (óbitos por mil nascidos vivos)
Mulheres	Homens	5206	11,53
115.535,99	112.796,01		
População Censo 2010 = 228.332 pessoas			
População estimada 2020 = 306.296 pessoas			
Doenças		Áreas de Vulnerabilidade	
Arboviroses	Dengue	Toda a capital	
	Chikungunya		
	Zika		
Infecção contagiosa	Hanseníase	Toda a capital	
	Tuberculose		
Leishmaniose Tegumentar		Aureny III; Taquari	
Veiculação Hídrica e Alimentar - DVHA	Botulismo	Bairros periféricos	
	Cólera		
	Febre Tifóide		
	Rotavírus		
	Doenças transmitidas por Alimentos/Água (DTAs)		
Outras DVHA			
Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST's	HIV	Toda a capital	
	Hepatite Virais		
	Sífilis		
	Outras IST's		

Fonte: Adaptado IBGE, 2020.

No dia 15 de março de 2020 a prefeitura de Palmas decretou situação de emergência, suspende aulas e veta eventos com aglomeração. O primeiro caso é confirmado no Tocantins, em Palmas: a advogada Kellen Pedreira, de 42 anos, no dia 18 de março de 2020. A primeira vítima de Covid-19 do Tocantins: a assistente social da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), Francisca Romana Chaves, de 47 anos, no dia 14 de abril de 2020 (JORNAL DO TOCANTINS, 2021).

No dia 17 de janeiro de 2020 o Ministério da Saúde lançou o primeiro boletim epidemiológico sobre a Covid-2019 com informações sobre o vírus e as medidas de precaução e controle até então orientadas pela OMS. Em seguida, em 22 de janeiro, decide pela ativação do Centro de Operações de Emergências para gestão da resposta aos casos de Infecção Humana pelo novo coronavírus no território nacional. A rede Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS) nacional composta por todos os estados, capitais e alguns municípios estratégicos passaram a operar em conjunto frente a esta, que passou a ser declaradamente uma nova emergência internacional em saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a identificação. Deste modo, principalmente no hemisfério sul, onde está o Brasil, os países devem se preparar para o outono/inverno com o objetivo de evitar casos graves e óbitos (OMS, 2020).

O local preferencial para atendimento dos casos de COVID-19 é na Atenção Primária à Saúde (APS), onde até 85 a 90% dos casos podem ser atendidos e resolvidos (SEMUS, 2020). Considerando a Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus, recomenda-se que todos os estabelecimentos de saúde estabeleçam diagnóstico sindrômico para o atendimento de casos suspeitos de COVID-19, independentemente do fator etiológico da doença (BRASIL, 2020).

No dia 15 de abril de 2020, o município de Palmas, confirmou transmissão comunitária da Covid-19 por identificar a ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico e o primeiro caso confirmado (SEMUS, 2020). O Comitê Operativo de Emergência (COE) é o centro nevrálgico da gestão de uma emergência em massa ou de um desastre. Encontram-se aí os mais altos níveis de decisão, onde se faz um monitoramento cuidadoso da evolução dos efeitos produzidos por um desastre e se definem as ações necessárias para dar resposta efetiva e oportuna as necessidades derivadas da emergência (SEMUS, 2020).

O COE é de caráter multidisciplinar e multissetorial, e participam dele os níveis políticos de diversos setores governamentais e não governamentais, bem como técnicos de diversas formações disciplinares (SEMUS, 2020). Além de um COE intersetorial, pode haver COEs setoriais, como, por exemplo, o do setor saúde (COE-Saúde); contudo, seu funcionamento deve estar integrado e coordenado com o COE intersetorial. Além do COE nacional, podem existir COEs estaduais e municipais (CEPEDES, 2020). Na fase de preparação, a organização de um COE deve levar em conta os seguintes aspectos:

- **Localização:** Fisicamente, o COE deve estar localizado em um ambiente edificado para esse propósito ou em alguma das dependências de governo, de fácil acessibilidade, preferivelmente longe de lugares lotados.
- **Segurança:** O edifício deve ser estruturalmente seguro e contar com mecanismos de segurança para a restrição de acesso ao pessoal não autorizado.
- **Ambientes:** Um COE medianamente complexo dispõe de ambientes específicos para a sala de situação, a sala de imprensa, a sala de reuniões e o centro de comando.
- **Equipamento:** O COE deve estar dotado de mobiliário, equipes de comunicação, rede de sistema computadorizado, monitores, telas de projeção, pacotes de base de dados, diretórios e outros elementos essenciais.
- **Sistemas alternativos:** Comunicação, água, energia elétrica.
- **Logística:** Abastecimento, alimentação, transporte, espaços de descanso, primeiros socorros.

O funcionamento do COE não é efetivo se não se alimenta de um fluxo de informações que provêm de diferentes instituições e atores que se encontram no local do desastre. No manual *Organización y funcionamiento para COEs* da Federação da Cruz Vermelha, são aprofundadas informações sobre o tema (CEPEDES, 2020).

As informações que chegam ao COE devem passar por um processo de análise que oriente de maneira pertinente a tomada de decisões. O processamento e a análise das informações são realizados na sala de situação (CEPEDES, 2020).

A sala de situação é um ambiente dedicado exclusivamente ao manejo da informação. Suas principais funções são:

- Coleta e monitoramento de informações provenientes de fontes diretas, assim como dos meios de comunicação social;
- Processamento e análise da informação;
- Preparação dos informes gráficos, estatísticas, tendências, narrativas;

- Preparação de material, como insumo para os boletins informativos oficiais. Para o cumprimento dessas funções a sala de situação deve estar apropriadamente organizada e equipada com:
- Pessoal: pessoal técnico multidisciplinar e um técnico em sistemas;
- Equipamento: computadores, Internet, TV, telefone fax, rádios, pacotes de informação, base de dados, material de escritório etc.;
- Fontes alternativas de energia elétrica, água, comunicação.

A sala de situação pode funcionar no mesmo edifício onde funciona o COE, se as facilidades o permitem, ou oferecer informação ao COE via Internet. Para informação mais detalhada e referências sobre esses dois mecanismos (OPAS, 2020). As competências gerais dos componentes do COE Palmas para COVID-19 estão descritas no Quadro 2.

Quadro 3: Competências gerais dos componentes do COE Palmas para Covid-19

Vigilância em saúde	Assistência	Laboratório	Comunicação
Receber informações via telefone e/ou outros meios de comunicação	Definir e prever contratação de recursos humanos	Informar resultados de acordo com cada nível	Publicar informações nas mídias sociais da SEMUS
Definir e estabelecer condições de isolamento e quarentena	Prever e solicitar compra de equipamentos e insumos	Prestar apoio nas condutas referente aos exames	Responder às demandas da mídia e população
Orientar normas de biossegurança	Criar protocolos para todos os níveis de atenção, incluindo transporte.	Estabelecer normas de coleta e transporte	Rever e publicar material técnico elaborado por cada eixo
Prever e solicitar compra de EPI	Definir condições assistenciais para cada nível de enfrentamento		
Auxiliar na definição dos fluxos para diagnóstico e referências hospitalares			
Realizar investigações			

Fonte: Adaptado de SEMUS, 2020.

3.2 Prefeitura e seus decretos durante a Pandemia

A Comunicação Social diante da sociedade em rede, que tem acesso instantâneo e quase ilimitado a dados e informações, além das “Fake News” é essencial o estabelecimento de comunicação com os diversos públicos em tempo adequado para impedir ou reduzir danos

desencadeados por “notícias virais” que causem pânico ou direcionem movimentos de massa na busca por assistência à saúde por temores infundados.

Há nitidamente públicos distintos que demandam abordagens específicas para o seu alcance; população em geral, profissionais de saúde, gestores da rede pública, viajantes, turistas e profissionais de portos e aeroportos, todos estes com acesso a informações das mais diversas redes sociais.

As informações emitidas devem ser alinhadas em perspectiva federal, estadual e municipal para que não causem suspeita de manipulação de informações ou omissão, por isso, o setor de comunicação terá um ponto de contato definido e articulado entre o setor operacional e o da gestão.

A prefeitura de Palmas com a necessidade de mitigar a disseminação da doença em razão dos elevados riscos à saúde pública declara situação de emergência em Saúde Pública no município de Palmas em razão de pandemia de doença infecciosa viral respiratória, causada pelo novo coronavírus. Dessa forma, no dia 14 de março de 2020 foi instaurado o Decreto nº 1.856, DE 14 DE MARÇO DE 2020, o qual dispõe sobre as medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus.

No dia 18 de março de 2020, a prefeita de Palmas publica o Decreto nº 1.859, o qual altera o Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020 anteriormente publicado, declarando situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispendo sobre as medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus, nas partes que especifica.

Art. 12. Ficam suspensas por tempo indeterminado as atividades:

I - em feiras livres;

II - em shopping centers e estabelecimentos situados em galerias ou polos comerciais de rua;

III - em cinemas, clubes, academias, bares, restaurantes, boates, teatros, casas de espetáculos e casas de eventos;

IV - de saúde pública bucal/odontológica, exceto aquelas relacionadas ao atendimento de urgências e emergências;

V - em escolas particulares. § 1º A suspensão de que trata o caput deste artigo abrange ainda: I - eventos, reuniões e/ou atividades sujeitas à aglomeração de pessoas de pessoas, sejam elas governamentais, artísticas, esportivas e científicas do setor público, sendo as medidas adotadas recomendadas ao setor privado, somando se as atividades comerciais e religiosas;

II - eventos anteriormente autorizados pela Administração Municipal e, ainda, enquanto perdurar a emergência, estará suspensa a emissão de novos alvarás e cancelados aqueles porventura emitidos. § 2º Não se incluem nas suspensões os estabelecimentos médicos, hospitalares, unidades de saúde, laboratórios de análises clínicas, farmacêuticos, psicológicos, clínicas de fisioterapia e de vacinação, distribuidoras e revendedoras de gás, postos de combustíveis, supermercados e congêneres (SEMUS, 2020).

As medidas do DECRETO Nº 1.859, DE 18 DE MARÇO DE 2020, foram mais drásticas, que o que declarou situação de emergência em saúde pública da Capital, por conta do avanço da Covid-19. Desta vez, suspendeu por tempo indeterminado o funcionamento de feiras livres de *shopping centers* e estabelecimentos situados em galerias ou polos comerciais de rua; cinemas, clubes, academias, bares, restaurantes, boates, teatros, casas de espetáculos e casas de eventos; de saúde pública bucal/odontológica, exceto aquelas relacionadas ao atendimento de urgências e emergências e em escolas particulares.

De acordo com o decreto, a prefeitura de Palmas suspendeu os prazos administrativos e tributários previstos na legislação municipal, as aulas nas escolas públicas municipais e centros municipais de educação infantil; o atendimento ao público nos órgãos e entidades municipal, exceto para unidades de saúde, conselhos tutelares e serviços essenciais de atendimento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, tais como: plantão social e casas de acolhimento. Ainda conforme o decreto, os bares e restaurantes instalados em estabelecimentos de hospedagem, para atendimento exclusivo dos hóspedes, deverão observar, na organização de suas mesas, a distância mínima de 2 metros entre elas.

Ademais, com o objetivo de descrever as ações de Vigilância e Atenção em Saúde no município de Palmas em todos os níveis de complexidade em consonância com a rede pública (municipal e estadual) e privada, a serem executadas frente à detecção de um caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019), foi publicado um documento apresentando o Plano de Contingência do município (CIEVS-Palmas, 2020).

Neste Plano de Contingência é relatado sobre a vigilância nos pontos de entrada identificados em Palmas, que são: o Aeroporto Brigadeiro Lysias Rodrigues em voos comerciais ou fretados, e a rodoviária. Desta forma, o aeroporto conta com Plano de Contingência para Evento de Saúde Pública de Interesse Internacional, implementado e atualizado, onde havendo caso suspeito no voo de entrada em Palmas, será comunicado a CIEVS-PALMAS que juntamente com a ANVISA fará os procedimentos necessários para identificação, avaliação e seguimento dos casos suspeitos, bem como o acompanhamento dos contactantes do voo. As autoridades sanitárias da ANVISA monitoram o trabalho de desinfecção da aeronave, o descarte de resíduos e descarte de efluentes seguindo os procedimentos de limpeza e desinfecção. O mesmo procedimento é aplicado quanto a vigilância na Rodoviária, neste caso aplicado aos procedimentos de limpeza e desinfecção dos ônibus.

Quanto a Vigilância em Saúde, ocorre sob a perspectiva de um evento por um novo patógeno, o principal objetivo descrito no documento foi ampliar a capacidade de identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos para a Covid-19; sendo assim, a vigilância

em saúde teria como premissa a disseminação de informações que possibilitassem os municípios, unidades de saúde e profissionais perceberem os casos suspeitos em tempo oportuno. Os principais procedimentos são a inclusão do caso como suspeito de acordo com a definição vigente, a investigação epidemiológica e a identificação e o monitoramento de contactantes do caso suspeito.

No plano de contingência é abordado, ainda, algumas Estratégias Direcionadas para População em geral - manter a população informada e evitar reações sociais contra os pacientes, motivadas pela desinformação; aos Profissionais de Saúde - além de serem informados, é preciso contribuir no esclarecimento dos profissionais sobre qual será a sua participação no processo e nos acontecimentos; aos Gestores da rede pública - contribuir na organização do setor e na manutenção de um discurso unificado com o Governo Federal; aos Viajantes e turistas - informar sobre sintomas e sobre pontos de apoio na rede pública para casos de suspeita da doença; aos Profissionais de portos e aeroportos - reforçar orientações importantes para a população; e as Redes Sociais - manter internautas informados e monitorar boatos e mensagens, respondendo quando necessário.

Como Medidas Estratégicas do plano de contingência, destaca-se: definir um único porta-voz sobre o assunto; a comunicação direta à imprensa fica por conta do Secretário Municipal de Saúde ou outro a ser definido, por ele; estabelecer um fluxo de comunicação direto e ágil entre o gestor (porta-voz), superintendentes, diretores e demais responsáveis por áreas técnicas para garantir à assessoria de comunicação acesso às informações necessárias para a produção de conteúdo informativos e respostas aos órgãos de imprensa.

Em complemento a essas medidas, alguns tipos de ações também foram sugeridas como: Esgotar as dúvidas dos jornalistas, tanto em possíveis coletivas, como na relação cotidiana com profissionais da comunicação, reforçando a transparência e a firmeza sobre as declarações; Atender aos pedidos da imprensa (entrevistas e solicitação de informações) apenas quando forem feitos por meio da assessoria de comunicação da SEMUS; Elaboração de material de apoio com síntese atualizada de cenários; Elaboração de artigos, releases e conteúdo multimídia; Orientação e treinamento aos porta-vozes; Monitoramento de mídia com atenção especial para mídia regional; Monitoramento de redes sociais, prevendo intervenções personalizadas das autoridades/porta-voz municipal com comentários para possíveis correções de informações; Estabelecer parcerias com entidades de profissionais de saúde para criar canais de comunicação e informação; Abordagem a meios de comunicação regionais para sensibilizar e estabelecer um canal de confiança para informar sobre fatos novos, evitando pânico e a difusão de informações incorretas; Elaboração de Boletins, Informes e Notas Técnicas para

gestores, profissionais de saúde e população de Palmas - TO; Reunião com equipes das coordenadorias regionais para compartilhar informações e alinhar atuação; Estabelecer parcerias com entidades de profissionais de saúde para criar canais de comunicação e informação; Abordagem em meios de comunicação regionais para sensibilizar e estabelecer um canal de confiança para informar sobre fatos novos, evitando pânico e a difusão de informações incorretas (SEMUS, 2020).

A prefeitura de Palmas para evitar a propagação da COVID 19 lança uma série de decretos, portarias e leis. No quadro 3 vamos verificar, resumidamente, em ordem cronológica, quais foram eles e quando foram publicados, compreendendo o período de 03 de fevereiro de 2020 à 23 de março de 2021. Os decretos na íntegra estão dispostos nos Anexos deste trabalho.

Quadro 4: Decretos, Portarias e Leis publicados pela prefeitura de Palmas no período de fevereiro/2020 à março/2021 visando o controle da disseminação do novo coronavírus.

Data de Publicação	Nº decretos / portarias / leis	Declaração
3/02/2020	Portaria nº 188	Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
25/02/2020	-	Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo confirmou o primeiro caso no Brasil.
14/03/2020	Decreto municipal nº 1.856	Situação de Emergência em Saúde Pública em Palmas.
18/03/2020	Decreto municipal nº 1.859	Alteração do Decreto nº 1.856 e restringiu regras de funcionamento.
22/03/2020	Decreto municipal nº 1.862	Estado de Calamidade Pública no Município de Palmas. Decreto municipal nº 1.863 Alterou o decreto nº 1.856. MP nº3 abre crédito extraordinário para a saúde, no valor de R\$26 milhões.
23/03/2020	Decretos municipais nº 1.865 e 1.866	Liberou obras do setor de saúde e manutenção do abastecimento de alimentos na rede municipal de ensino.
17/04/2020	Decreto municipal nº 1.879	Declarou ponto facultativo no dia 20 de abril Decreto municipal nº 1.880 declarou retorno das atividades do seguimento da construção.
24/04/2020	Decreto municipal nº 1.882	Declarou concessão do benefício emergencial kit alimentação ao trabalhador.
27/04/2020	Decreto municipal nº 1.884	Declarou obrigatoriedade no uso de máscara de proteção.

28/04/2020	Decreto municipal nº 1.885	Declarou recebimento de doações de bens móveis, serviços ou valores pecuniários.
30/04/2020	Decreto municipal nº 1.886	Alterou o Decreto nº 1.856 onde trata da lotação do transporte público municipal. Onde diz 50% da capacidade, alterou-se para 100% da capacidade.
08/05/2020	Decreto municipal nº 1.889	Autoriza à SESMU o fechamento de vias urbanas.
15/05/2020	Decreto municipal nº 1.894	Institui ponto facultativo nas datas 18 e 19 e de 21 a 31 de maio. Os decretos municipais 1.895 e 1.896: dispõe sobre a permissão das atividades em feiras livres e lotéricas; adota medidas restritivas: fechamento de pontos turísticos; barreiras para o trânsito; lei seca e proibição de acesso às praças e espaços públicos de recreação e lazer.
19/05/2020	Lei nº 2561	Abre crédito extraordinário para a Secretaria Mun. de Saúde no valor de R\$26.387.993,00.
05/06/2020	Decreto municipal nº 1.903	Reestabelecimento do funcionamento a partir de 08 de junho: Lojas e comércios em geral, distribuidoras de bebidas, concessionárias de automóveis e lojas de conveniência A partir de 15 junho: Shoppings Centers, exceto áreas de entretenimento; bares, restaurantes e lanchonetes; academias e congêneres.
10/06/2020	Decreto municipal nº 1.905	Estabelece normas para realização de cultos em templos religiosos e afins.
15/06/2020	Decreto municipal nº 1.912	Dispõe sobre a prorrogação de prazo para o pagamento do IPTU, taxa de coleta de lixo e contribuição para o custeio de serviço de iluminação pública.
26/06/2020	Decreto municipal nº 1.917	Proíbe o consumo de bebidas alcóolicas, em locais que realizem a venda e em espaços públicos.
10/07/2020	Decreto municipal nº 1.920	Determina o fechamento de todos os segmentos comerciais com atendimento ao público, no período de 13 a 27/07 das 20h às 5h do dia seguinte.
14/07/2020	Decreto municipal nº 1.927	Prorrogação do Decreto 1.920 de 10 de julho de 2020 – prorrogado até 06 de agosto de 2020 o fechamento dos estabelecimentos comerciais (das 20h às 5h).
24/07/2020	Portaria Nº 739/SEMUS/GAB/DEXFMS	A Secretaria Municipal de Saúde requisita ao Hospital Palmas Medical, 07 leitos clínicos, diária a R\$1.700,00. Portaria Nº 740/SEMUS/GAB/DEXFMS A Secretaria Municipal de Saúde

		requisita ao Hospital Santa Thereza, 02 leitos clínicos, diária de R\$1.700,00.
24/07/2020	Portaria N° 740/SEMUS/GAB/DEXFMS	A Secretaria Municipal de Saúde requisita ao Hospital Unimed Palmas, 09 leitos clínicos, diária a R\$1.700,00.
24/07/2020	Decreto n° 1927	Dispõe sobre a prorrogação do estabelecido no Decreto n° 1.920, de 10 de julho de 2020, conforme especifica.
06/08/2020	Alteração o § 2° do art. 1° do Decreto n° 1.920, de 10 de julho de 2020	Determina o fechamento de todos os segmentos comerciais, na forma que especifica, no território do município de Palmas, para o enfrentamento da pandemia decorrente do novo coronavírus (Covid-19), e adota outra providência.
09/10/2020	Decreto n° 1.953	Dispõe a criação da Comissão de Monitoramento ao cumprimento dos decretos municipais que estabelecem medidas protetivas contra a Covid-19, conforme especifica.
09/10/2020	Decreto n° 1.954	Dispõe sobre o acesso pela população aos espaços públicos ou privados que especifica e adota outras providências.
27/10/2020	Decreto n° 1.958	Autoriza o retorno de atividades em instituições de ensino superior e de institutos/escolas de formação profissional, conforme especifica.
29/10/2020	Decreto n° 1.959,	Dispõe sobre o retorno do atendimento presencial ao público no âmbito da Administração Municipal, na forma que especifica, e adota outras providências.
05/11/2020	Decreto n° 1.961	Revoga o inciso III do art. 14 do Decreto n° 1.856, de 14/03/2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19).
09/12/2020	DECRETO N° 1.971, (Alterado pelo Decreto n° 1.972, de 14 de dezembro de 2020)	Autoriza o retorno de atividades em instituições particulares de ensino e cinemas, conforme especifica, e adota outras providências.
29/12/2020	Decreto n° 1.978	Veda aglomerações em espaços públicos ou privados de uso coletivo para festas de final de ano, conforme especifica, e adota outras providências.
29/12/2020	Decreto n° 1.978	Veda aglomerações em espaços públicos ou privados de uso coletivo para festas de final de ano, conforme especifica, e adota outras providências.

15/01/2021	Decreto nº 1.981	Estabelece o horário de funcionamento das atividades comerciais no Município, conforme especifica, e adota outras providências.
19/02/2021	Decreto nº 1.996	Estabelece medidas de segurança sanitária no âmbito do Município, conforme especifica, e adota outras providências.
26/02/2021	Decreto nº 1.998	Suspende e determina, como medida de segurança sanitária no âmbito do Município, as atividades que especifica, e adota outras providências.
03/03/2021	Decreto nº 2.003	Estabelece a suspensão de atividades não essenciais, como medida obrigatória de enfrentamento de emergência em saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus (Covid-19), e adota outras providências.
09/03/2021	Lei nº 2.590	Ratifica protocolo de intenções firmado entre municípios brasileiros, com a finalidade de adquirir vacinas para combate à pandemia do coronavírus; medicamentos, insumos e equipamentos na área da saúde.
16/03/2021	Decreto nº 2.011	Prorroga os efeitos do Decreto nº 2.003, de 3 de março de 2021, que estabelece a suspensão de atividades não essenciais, como medida obrigatória de enfrentamento de emergência em saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus (Covid-19).
23/03/2021	Decreto nº 2.014	Dispõe sobre a suspensão de atividades não essenciais, como medida obrigatória de enfrentamento de emergência em saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus (Covid-19), na forma que especifica.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021

3.3 SEMUS e seus boletins epidemiológicos

A SEMUS, por meio da Vigilância em Saúde e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), informa a situação da Covid-19 na capital do Tocantins (SEMUS, 2020). O primeiro boletim epidemiológico emitido pela SEMUS foi no dia 19/03/2020 (Figura 1). Desde então, foram feitos boletins diários, com informações de quantos casos confirmados, casos notificados, descartados.

Figura 1: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 01 em Palmas – TO



No dia 15/04/2020 foi notificado a primeira vítima fatal (Fig 2) pela Covid-19 na capital de Palmas – TO (SEMUS, 2020). O primeiro óbito do coronavírus em Palmas foi da funcionária da Secretaria Municipal de Saúde da capital Francisca Romana Sousa Chaves, de 47 anos. Ela estava internada desde o dia 18 de março na UTI de um hospital particular.

Figura 2: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 27 em Palmas – TO



Para além das pesquisas e monitoramento, a Prefeitura de Palmas também tem atuado em diversas frentes de utilidade pública, produzindo e disponibilizando informações e boletins confiáveis para prevenção e cuidados relativos à Covid-19. São boletins produzidos diariamente, com base nos atendimentos realizados nas Unidades de Saúde do município (Fig 3).

Figura 3: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 78 em Palmas – TO



A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), por meio da Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), Vigilância em Saúde e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), informa a situação da COVID-19 na capital do Tocantins, onde informa a ocupação hospitalar da capital, que se encontra com mais de 50% dos leitos ocupados, ou seja, com mais de 50% de ocupação (Fig 4).

Figura 4: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 107 em Palmas – TO



A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), por meio da Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), Vigilância em Saúde e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), informa a situação da COVID-19 na capital do Tocantins, onde informa a ocupação hospitalar da capital, com a taxa elevada,

com mais de 75% dos leitos ocupados, exigindo cada vez mais medidas restritivas e o distanciamento social da população (Fig 5).

Figura 5: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 137 em Palmas – TO



A vigilância epidemiológica de Palmas informa que após 354 dias de resposta, até as 09 horas do dia 04 de março de 2021, totaliza 123.850 notificações para síndrome gripal (SG), onde estão incluídos também os casos suspeitos para covid-19, sendo: 51.004 descartados e 29.102 casos confirmados (números acumulados) para Covid-19. (Fig 6). São 239 casos novos, sendo 135 mulheres e 104 homens. Dos novos casos, os 239 pacientes estão em isolamento domiciliar. A capital conta com 272 óbitos por Covid-19 e ocupação hospitalar da capital, com a taxa de 90% de ocupação dos leitos de UTI.

Figura 6: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 350 em Palmas – TO



O primeiro óbito na capital foi no dia 15 de abril de 2020, no dia 31 do mês de março de 2021, Palmas contava com 370 óbitos (Fig 7).

Figura 7: Boletim Epidemiológico Coronavírus N° 377 em Palmas – TO



O monitoramento dos pacientes notificados para síndrome gripal que estão em monitoramento recebem ligações diárias realizadas por profissionais da saúde, orientados por médicos, para acompanhamento da evolução dos sintomas. Até o momento foram realizados 1.716 telefonemas para pacientes monitorados, onde apenas 49,2% destes atenderam as ligações. Os casos de telefonemas sem sucesso (caixa postal ou número inexistente) são encaminhados para busca ativa pela equipe de saúde da família da abrangência do endereço fornecido (SEMUS, 2020).

Ações Estratégicas Da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), foram: identificação dos casos sintomáticos, isolamento domiciliar destes; Monitoramento dos casos notificados; Monitoramento das informações, portarias e decretos vigentes; Canal disponível para comunicação com a população para tirar dúvidas; Formação de profissionais; Disponibilização de EPIs; Aquisição de testes para ampliar o diagnóstico; Aquisição de insumos e medicação; Normatização de processos de trabalho por meio de plano de contingência e notas técnicas específicas; Reorganização da rede de atendimento; Campanha de vacinação contra a influenza; Ações de comunicação sobre medidas e atitudes de prevenção; Parcerias intra e intersetoriais; Isolamento social ampliado; Oferta de serviço on-line de acolhimento e suporte com equipe multiprofissional de saúde mental (psicólogos e psiquiatras)

para servidores da saúde e pacientes confirmados e suspeitos para COVID-19 que estão em monitoramento (SEMUS, 2020).

3.4 Saúde mental e a COVID-19

Segundo a OMS não existe uma definição oficial de saúde mental, uma vez que uma série de diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas, acabam por afetar no modo como a “saúde mental” é definida. Portanto, a sua compreensão é mais ampla do que apenas a ausência de transtornos mentais, já que pode ser utilizada como um termo capaz de descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de um indivíduo, incluindo a sua capacidade de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (GAINO et al., 2018).

Em termos técnicos, o isolamento social serve para separar pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão. Neste caso, é utilizado o isolamento em ambiente domiciliar, podendo ser feito em hospitais públicos ou privados. Ainda segundo a norma do Ministério da Saúde, o isolamento é feito por um prazo de 14 dias – tempo em que o vírus leva para se manifestar no corpo – podendo ser estendido, dependendo do resultado dos exames laboratoriais (MELO, 2020).

Um dos princípios básicos para um plano nacional de saúde mental em situação de pandemia conforme a OPAS é a utilização de estratégias positivas de enfrentamento nas áreas ideológicas, culturais e religiosas (OPAS, 2019). Os surtos de doenças infecciosas, como a COVID-19, podem sobrecarregar os sistemas de saúde e gerar uma série de sentimentos na população e profissionais de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem, como angústia, medo e incerteza. Em resposta ao surto infeccioso, os aspectos psicológicos, físicos e comportamentais podem receber influências negativas e ocasionar alguns sintomas adversos como insônia, insegurança, sentimento de incapacidade, tristeza, aumento do uso de álcool, tabaco e outras drogas, falta de energia e dores em geral (PAHO, 2020). A prestação de primeiros socorros psicológicos é um componente essencial do atendimento às populações vítimas de emergências e desastres, mas não existem protocolos ou diretrizes universais para as práticas de apoio psicossocial mais eficaz (DIELTJENS et al., 2014).

Nesse cenário, durante uma pandemia, o medo intensifica os níveis de estresse e ansiedade em pessoas saudáveis e aumenta os sintomas daquelas com transtornos mentais pré-existentes (RAMÍREZ-ORTIZ et al., 2020).

O medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes, bem como a angústia dos familiares associada à falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos foram aspectos também relatados em outro trabalho que abordou o sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos profissionais de saúde, levando, em alguns casos, à relutância em trabalhar (HUANG et al., 2020).

Além do transtorno de ansiedade generalizada, verifica-se o estresse crônico, a exaustão ou o esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, tendência que tende a piorar num contexto de carência de mão-de-obra na eventualidade dos profissionais de saúde ter que se isolar devido ao fato de contraírem o Covid-19. Além disso, outros fatores chamam a atenção para o sentimento de impotência diante da gravidade e a complexidade dos casos face à falta de leitos ou equipamentos de suporte à vida (TEIXEIRA et al., 2020). De acordo com Avanian (2020), os fatores que estão contribuindo para o sofrimento psicológico de enfermeiros, médicos, terapeutas respiratórios, auxiliares e outros profissionais de saúde que prestam atendimento direto à pacientes com Covid-19:

- Esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número crescente de pacientes com doenças agudas de todas as idades que têm o potencial de se deteriorar rapidamente;
- Cuidar de colegas de trabalho que podem ficar gravemente doentes e, às vezes, morrer de COVID-19;
- Escassez de equipamentos de proteção individual que intensificam o medo de exposição ao coronavírus no trabalho, causando doenças graves;
- Preocupações em infectar membros da família, especialmente os mais velhos, os imunocomprometidos ou com doenças crônicas;
- Escassez de ventiladores e outros equipamentos médicos cruciais para o atendimento dos pacientes graves;
- Ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos e cargas de trabalho expandidas no atendimento a pacientes com COVID-19;
- Acesso limitado a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico.

É comum atualmente identificar sintomas de ansiedade e depressão e o grande impacto que essas manifestações causam sobre o bem-estar e as atividades diárias dos trabalhadores da saúde. Na enfermagem, percebe-se um grande índice dessas manifestações psíquicas entre os profissionais, e alguns estudos têm investigado estes sintomas entre a equipe de enfermagem, residentes e alunos de graduação (LEONELLI et al., 2017). A ansiedade é conceituada como

um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, com características de tensão ou desconforto derivado de antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho (ASSUNÇÃO; PIMENTA, 2020).

Rodriguez et al., (2018), definem a ansiedade como um estado emocional que atinge componentes psicológicos, sociais e fisiológicos, e que é uma condição dos seres humanos, podendo passar a ser patológica quando é considerada excessiva e que atinge o meio psicossocial da pessoa diante da situação, afetando questões sociais, convívio familiar, atuação no trabalho, entre outros.

Já a depressão, é caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamento de cunho negativo, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo da verdade (TRETENE et al., 2018).

Pacientes diagnosticados com COVID-19 ou com suspeita de infecção podem expressar emoções intensas e reações comportamentais, além, da culpa, medo, melancolia, raiva, solidão, ansiedade, insônia, etc. Estes estados podem evoluir para transtornos como ataques de pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), sintomas psicóticos, depressão e suicídio. Sobretudo preponderantes em pacientes em Isolamento Social, no qual o estresse tende a ser o mais prevalente (SHIGEMURA et al., 2020; BROOKS et al., 2020). Embora alguns protocolos para médicos tenham sido estabelecidos, a maioria dos profissionais de saúde que trabalham em unidades de isolamento e hospitais não são treinados para fornecer assistência em saúde mental durante pandemias (TUCCI et al., 2017).

Os profissionais de saúde, grupo composto por distintas categorias profissionais, estão diretamente implicados no atendimento às pessoas infectadas pela COVID-19 e, por este motivo, compõem um grupo de risco específico para a infecção. A pandemia em curso expôs a fragilidade do setor de Saúde em garantir a segurança dos profissionais envolvidos no cuidado aos infectados. Trata-se de uma exposição que pode ser compreendida como “exposição biológica” e a maioria, se não todos os profissionais de saúde, estão expostos e possuem alto risco de adquirir a doença, particularmente ao realizar procedimentos em vias aéreas ou próximos a elas (FERIOLI et al., 2020).

Outro ponto relevante é que grande parte dos pacientes acometidos pela Covid-19 apresentam sintomas graves, sobretudo síndromes respiratórias, necessitando de cuidados intensivos, o que justifica maior prevalência de ansiedade em trabalhadores de setores críticos. Além disso, atuação em saúde frente à COVID-19 demanda outros fatores potencialmente

estressores, como exposição à risco de infecção pelo vírus, fadiga física e mental, necessidade do uso contínuo de EPIs e afastamento da família (DAL' BOSCO et al., 2020).

Com relação aos setores críticos, a literatura de acordo com os autores Sena; Lemes; Nascimento, (2015), mostra que na unidade hospitalar existem setores onde o índice de depressão entre os profissionais de enfermagem é maior, como a Unidade de Terapia Intensiva, o Pronto Atendimento e o Centro Cirúrgico. Nesses setores, o profissional precisa estar sempre atento e trabalhar com rapidez. Por fim, ainda existe a sobrecarga e precarização da saúde, expondo o profissional a riscos. Ressalta-se que com tantas atribuições e responsabilidades, o profissional de enfermagem pode desenvolver um desequilíbrio mental, gerando depressão.

Enfim, a ansiedade e a depressão podem apresentar diversas manifestações nos profissionais de saúde e principalmente na enfermagem, com reflexo direto na vida pessoal e profissional, fragilizando-os. Portanto, é fundamental que os trabalhadores priorizem sua saúde como forma de minimizar o desgaste profissional, apropriando-se de estratégias que possam minimizar esse desgaste que é próprio da área da saúde (MARTINS et al., 2016). Este, sem dúvida, é um dos grandes desafios dessa pandemia: garantir a segurança e a proteção efetiva dos trabalhadores da saúde em um cenário de muitas dúvidas e poucas certezas, considerando-se o insuficiente conhecimento sobre as formas de tratar e controlar a doença e, principalmente, a sua alta transmissibilidade e velocidade de disseminação (BARRETO et al., 2020).

Diversos estudos nacionais e internacionais têm sido realizados para investigar a incidência e as repercussões da COVID-19 nos profissionais de saúde, bem como suas formas de transmissão. Organizar e sistematizar este conhecimento é fundamental para fornecer orientações aos gestores e demais tomadores de decisão no sentido de minimizar os riscos, fornecer equipamentos e insumos de proteção e reduzir os casos de afastamento de profissionais por contágio e/ou infecção por COVID-19 (SPINAZZÈ; CATTANEO; CAVALLO, 2020). No Brasil, grande país em desenvolvimento com acentuada disparidade social, baixa escolaridade e cultura humanitária-cooperativa, não existem parâmetros para estimar o impacto desse fenômeno na saúde mental ou no comportamento da população (ORNELL et al., 2020).

De acordo com Tosta (2020), no contexto da pandemia, sabe-se que os trabalhadores da saúde são muito afetados, porém de diferentes formas, infelizmente, acredita-se que essas consequências ainda serão sentidas no contexto pós-pandemia, impulsionadas pela grave crise econômica que seguirá, com o agravamento das condições de saúde da população. Em pesquisa sobre a vulnerabilidade dos profissionais de saúde no enfrentamento da Covid-19, Fehn et al., (2020) perceberam que os enfermeiros são mais suscetíveis à contaminação do que os médicos. Esses profissionais, que muitas vezes possuem fragilidades nas habilidades

necessárias para o manejo clínico da Covid-19, são levados a atuar em ambientes desconhecidos e com limitações na oferta de equipamentos de proteção (FEHN et al., 2020).

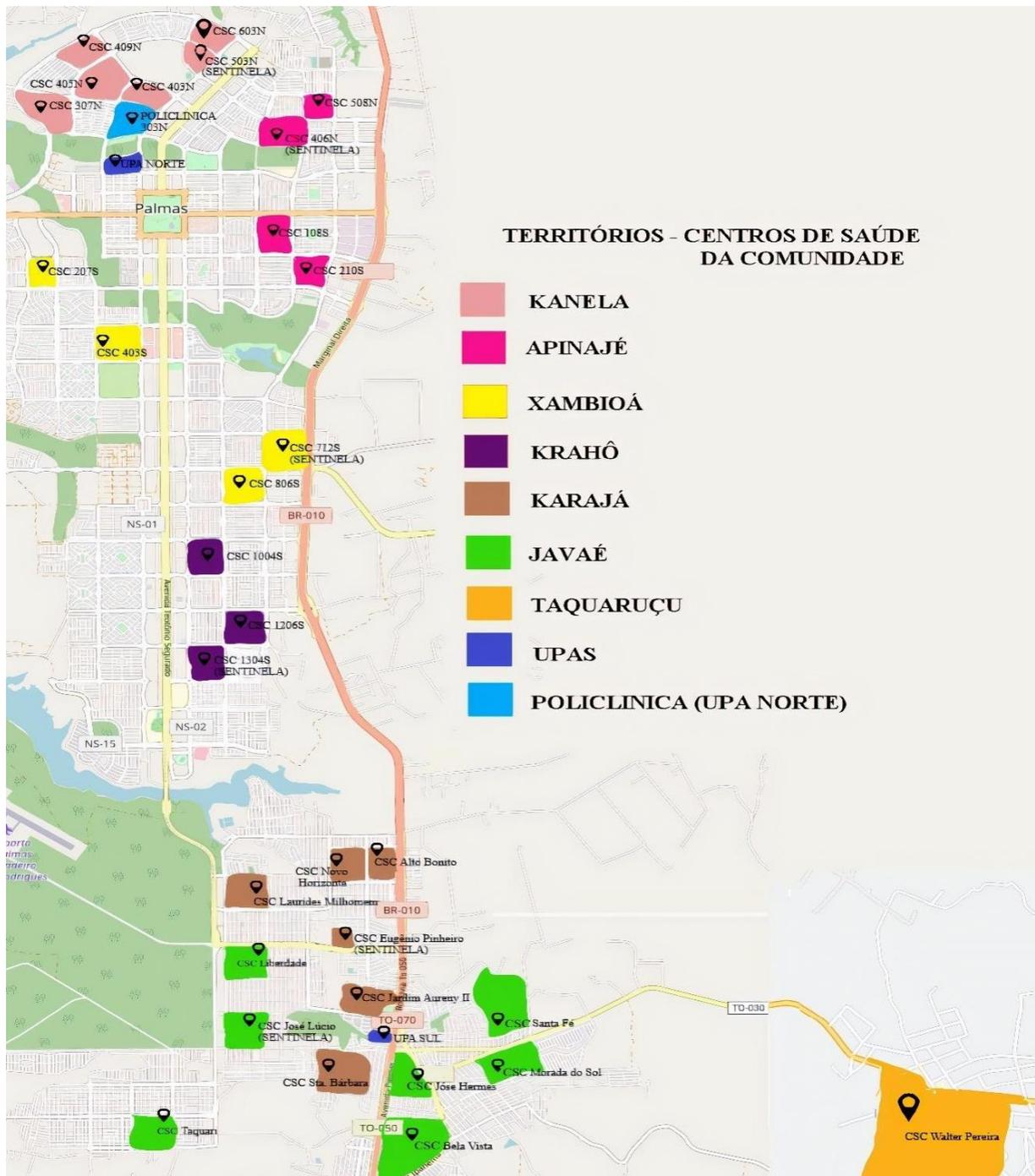
Outro estudo destaca que em recentes epidemias no Oriente Médio, médicos foram vetores de transmissão da doença devido à inadequada testagem e falta de equipamento de proteção individual (AHMED et al., 2020). Desde o início da pandemia atual, estima-se que 90 mil profissionais OMS (2020), de saúde já foram infectados pelo coronavírus no mundo. No Brasil, até a segunda quinzena de maio, foram contabilizadas mais de 100 mortes de profissionais de enfermagem e no estado do Rio de Janeiro foram registrados 11 óbitos de médicos (FEHN et al., 2020). O desmonte do SUS não é cruel apenas com a população que depende dele para ter acesso à saúde, mas também com os profissionais que nele atuam.

Fernandes; Ortega (2020), exemplificam como os usuários do grupo de risco para o contágio pelo coronavírus, entre eles idosos, pessoas com doenças crônicas e/ou obesidade, que poderiam permanecer na segurança de sua casa e receber visitas domiciliares do seu Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro ou médico de referência, passaram a se deslocar para as clínicas da família em busca de atendimento, expondo-se à possibilidade de contágio pelo coronavírus, já que as unidades de saúde são um dos principais pontos de transmissão. O déficit de profissionais, que já era apontado pelos críticos da “reorganização”, mostrou-se mais grave no contexto da pandemia, uma vez que os profissionais da APS estão sendo deslocados para hospitais de campanha e desfalcando ainda mais as equipes da ESF (O GLOBO, 2020). Considerando que as populações pobres são mais suscetíveis a ter doenças crônicas, isso os coloca em maior risco de mortalidade associada à Covid-19. A dificuldade do acesso, que já existia, acentua a vulnerabilidade desta população nesse momento de crise (AHMED et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

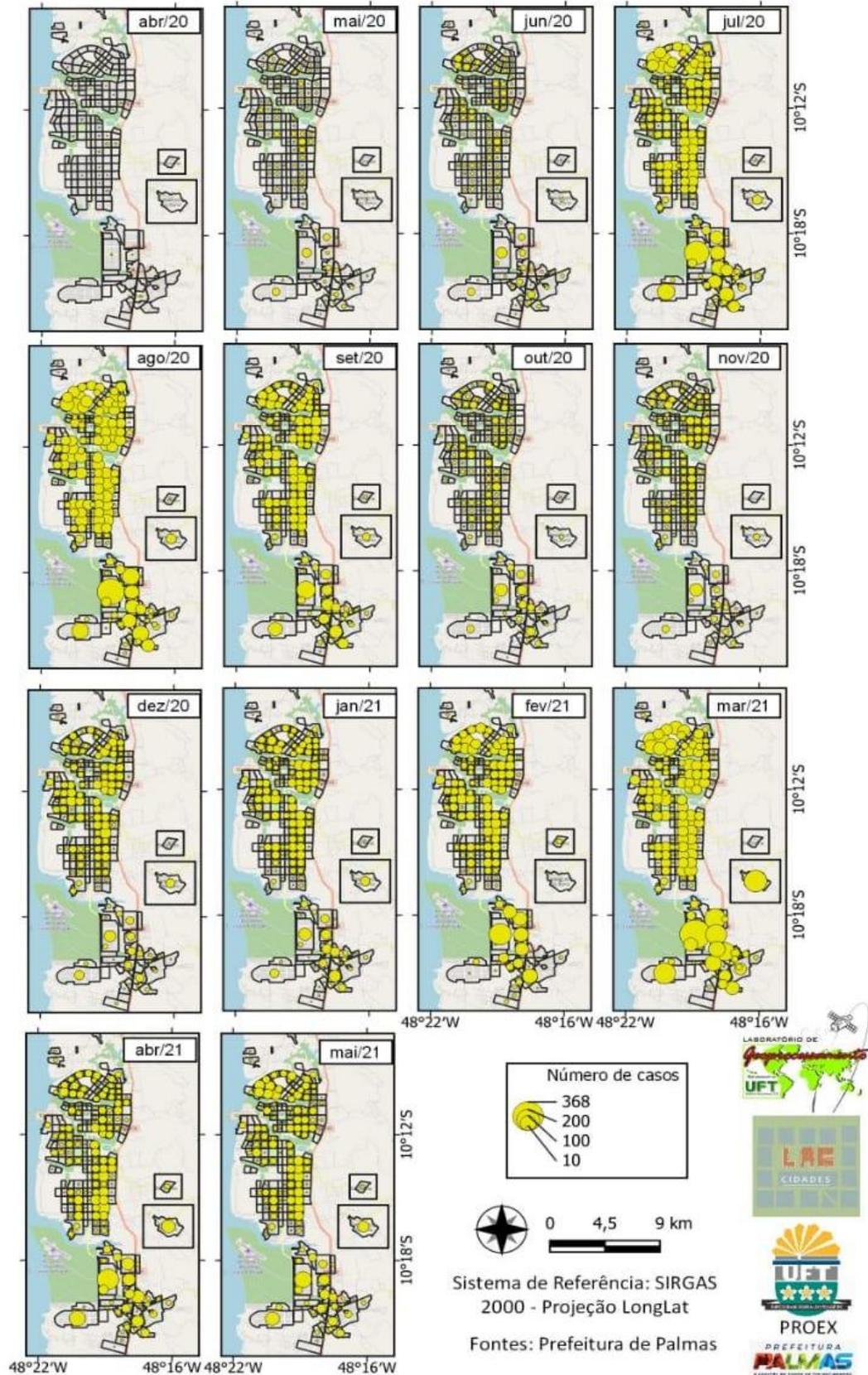
Para uma melhor compreensão acerca do funcionamento dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no município de Palmas durante a pandemia da Covid-19, na figura 8 é demonstrado a disposição geográfica dessas unidades, bem como os seus territórios pertencentes. Na figura 9 é apresentado a distribuição dos casos de Covid-19 por mês no Tocantins de abril de 2020 a junho de 2021

Figura 8: Distribuição dos Centros de Saúde da Comunidade por territórios em Palmas – TO.



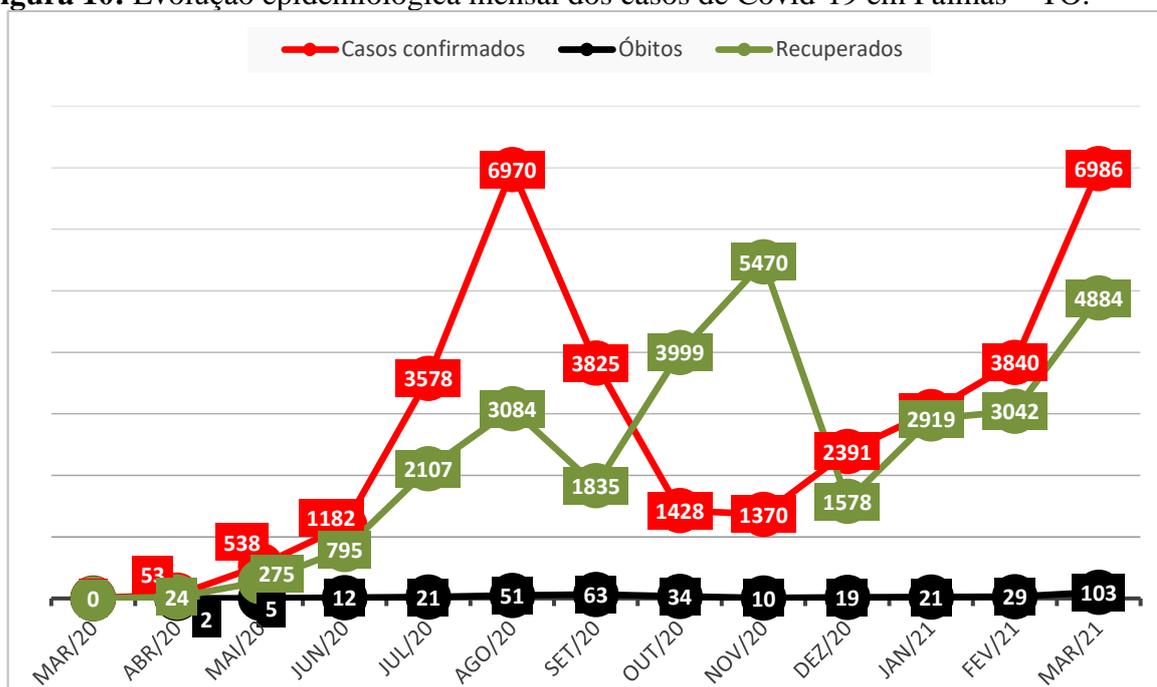
Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Figura 9: Distribuição dos casos de Covid-19 por mês em Palmas de abril de 2020 a junho de 2021.



De acordo com a ilustração e dados da prefeitura o número de casos de Covid-19 em Palmas aumentou mais de 200% em um mês, desde que o comércio foi reaberto. A cidade passou de 835 casos, registrados no dia 9 de junho de 2020, para 2.601 no dia 9 de julho de 2020. No mês de agosto de 2020 a capital tornou-se o município mais afetado pela pandemia no Tocantins, superando Araguaína. Na Figura 10 é apresentada a evolução epidemiológica mensalmente de casos confirmados, óbitos e recuperados, entre março de 2020 à março de 2021 (Fig 10).

Figura 10: Evolução epidemiológica mensal dos casos de Covid-19 em Palmas – TO.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021

As UPAS em Palmas, as quais fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, foram denominadas de Covidário, ou seja, atendimento voltado prioritariamente para a doença Covid-19, com atendimento 24 horas por dia. A UPA Norte localizada na quadra 203 Norte possui 40 estabilizadores, que são mini Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A Policlínica da 303 Norte foi transformada em UPA Norte para atendimento exclusivo de Urgência e Emergência. Na UPA Sul, localizada no bairro Jardim Aurenny II, ocorre atendimento para Covid-19 e Urgência e Emergência, porém em alas distintas.

Palmas possui atualmente seis unidades Sentinelas, ou seja, unidades que são voltadas para atendimento exclusivo da Covid-19. Quatro delas realizam atendimento de segunda à sexta-feira das 7h às 19h, estão localizadas nos CSC das quadras 406 N, 712 S, 1304 S e José Lúcio (Jardim Aurenny III), as quais fazem parte dos territórios Apinajé, Xambioá, Khahô e

Javaé, respectivamente. As outras duas, além do atendimento de segunda à sexta-feira das 7h às 19h, atendem em feriados e finais de semana, estando localizadas no CSC da quadra 503 N e Eugênio Pinheiro (Aureny I), pertencentes aos territórios Kanela e Karajá, respectivamente. Para melhor atender a comunidade, as seis unidades dispõem de Ambulância própria da Prefeitura, que faz a busca de pacientes que não possuem condições de se dirigirem as unidades Sentinelas.

O Centro de Saúde da Comunidade de Taquari realiza atendimento de segunda à sexta-feira das 7h às 19h, feriados e finais de semana. E o CSC de Taquaruçu do Porto realiza atendimento 24 h por dia. Ambos os centros fazem atendimento de Covid-19 e demanda espontânea. Os demais Centro de Saúde das Comunidades destacados no mapa (fig 3), não realizam atendimento de Covid-19, apenas demanda espontânea.

Com o objetivo de acompanhar a evolução do cenário epidemiológico e capacidade instalada para o enfrentamento da COVID-19, auxiliando a gestão municipal na tomada de decisão, foi construída uma ferramenta denominada de Coronômetro. Quando o Coronômetro da saúde muda de faixa (cores), é realizado a testagem em massa da população com o teste rápido. Os testes são realizados na quadra 304 Sul (Feira Coberta) e na Praça dos Povos Indígenas.

A figura 11 apresenta dois indicadores de avaliação do cenário epidemiológico de Palmas, sendo o primeiro a Média do n° médio de reprodução (R zero) dos últimos 7 dias, e o segundo refere-se a Média da Taxa de Recuperação dos últimos 7 dias. Os indicadores de acordo com sua relevância, possuem peso 3 e 2, respectivamente. Estes serão informados pela média alcançada nos últimos 7 dias, por sofrerem influências em seus valores gerando grandes variações e ou distorção da informação, prejudicando a sua interpretação. Por isso, os mesmos são informados pela média alcançada nos últimos 7 dias para possibilitar uma melhor avaliação dentro da tendência e polaridade. Após calculado o indicador, o resultado é posicionado de acordo com o percentual que compreende cada fase, sendo representado por uma cor. Em seguida é calculada a nota que é dada pela multiplicação do peso do indicador pela nota da fase correspondente. Por fim a nota final é a somatória de ambas as notas dividida pela soma dos pesos dos indicadores. Resultando na nota do eixo. A nota FINAL se dará pela soma das notas correspondentes em cada eixo e será posicionada na fase correspondente do “Coronômetro”.

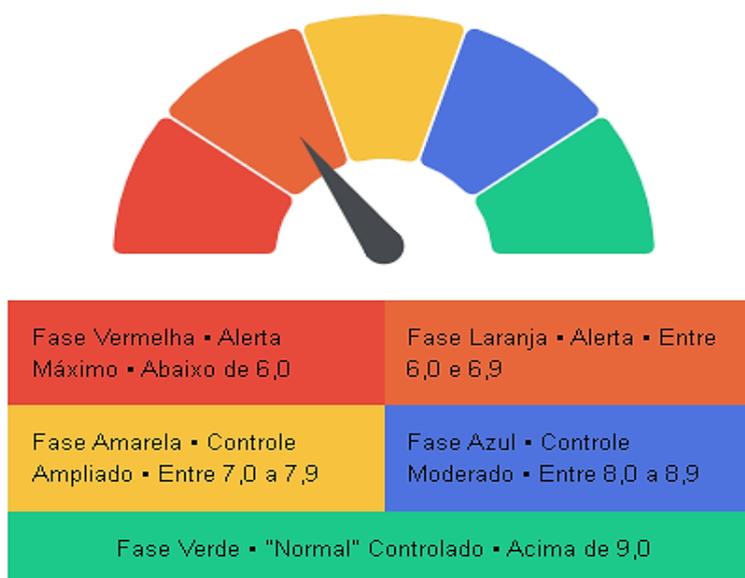
Figura 11: Matriz de Avaliação COVID-19 - Coronômetro.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO		MATRIZ DE AVALIAÇÃO COVID-19 - CORONÔMETRO							EIXO 2: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	
		FASES		FASE VERMELHA	FASE LARANJA	FASE AMARELA	FASE AZUL	FASE VERDE	RESULTADO	NOTA
		NOTA	1	2	3	4	5			
	PESO									
3	Média do N° médio de reprodução (R zero) dos últimos 7 dias	3	Acima de 2	1,9 a 1,6	1,5 a 1,2	1,1 a 1,0	Abaixo de 1			
4	Média da Taxa de Recuperação dos últimos 7 dias	2	Abaixo de 50%	Entre 50 a 59%	Entre 60 a 69%	Entre 70 a 79%	>= 80%			
NOTA FINAL DO EIXO 2										
CLASSIFICAÇÃO FINAL			Abaixo de 6,0	Entre 6,0 a 6,9	Entre 7,0 a 7,9	Entre 8,0 a 8,9	Acima de 9,0			

FONTE: Matriz construída a partir da metodologia utilizada nos municípios de Belo Horizonte e São Paulo e adaptada conforme a realidade do município de Palmas-TO, para avaliação do cenário epidemiológico em relação a pandemia causada pela COVID-19.

Fonte: SEMUS, 2020

A cor vermelha significa alerta máximo (abaixo de 6,0), laranja é alerta (entre 6,0 e 6,9), amarelo simboliza controle ampliado (entre 7,0 e 7,9), o azul é controle moderado (entre 8,0 e 8,9) e o verde quer dizer que a situação está controlada (acima de 9,0) (SEMUS, 2020). Na figura 12, o medidor aponta para a fase atual que Palmas se encontra, 11 de junho de 21, na cor laranja.

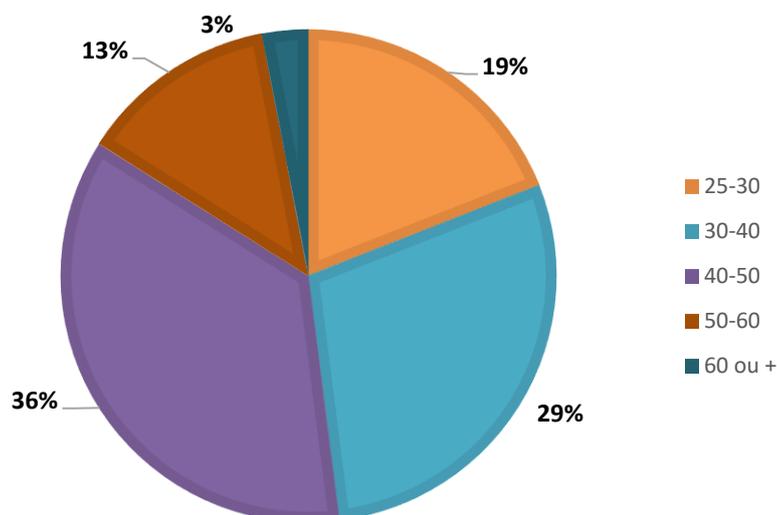
Figura 12: Ferramenta de avaliação do cenário epidemiológico em relação a pandemia causada pela COVID-19 - Coronômetro.

Fonte: SEMUS - Palmas, 2021

Em relação ao questionário aplicado aos profissionais da área da saúde da prefeitura de Palmas, que teve como objetivo identificar a percepção dos funcionários quanto as ações da

prefeitura de Palmas para o enfrentamento da Covid-19, as respostas serão apresentadas a seguir. Dos 100 respondentes, a faixa etária variou de 25 a 60 anos (Fig 13), sendo 81% do sexo feminino e 19% masculino.

Figura 13: Faixa etária dos funcionários da prefeitura de Palmas que responderam ao questionário.



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2021.

Quando perguntados se concordavam com as medidas de enfrentamento à Covid-19 que estão sendo implementadas no seu município de atuação, 58% responderam que sim, 40% que não e 2% não souberam responder.

Quanto a rotina do profissional, perguntou-se se o mesmo se sente capacitado para atuar no atendimento de pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 (Covid-19), 52% responderam que sim, 42% que não se sentem capacitados e 6% não souberam responder.

Três perguntas foram feitas em relação ao possível contágio do profissional com a doença, as quais são apresentadas na tabela 1.

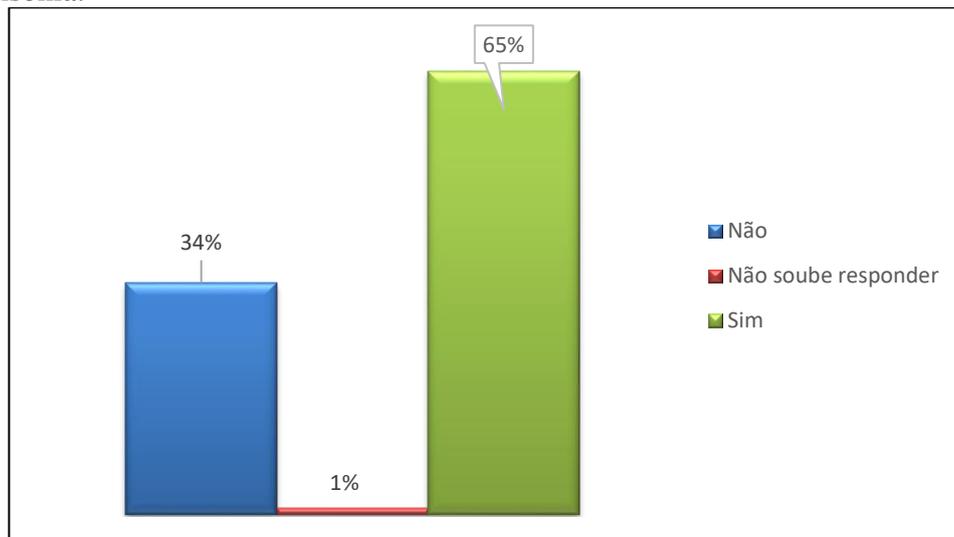
Tabela 1: Porcentagem do possível contágio dos profissionais da saúde e seu núcleo familiar com a Covid-29.

Você já fez o teste para saber se está infectado/a por COVID-19?		O resultado do teste para COVID-19 que você fez foi positivo?			Alguma pessoa do seu núcleo familiar foi contaminada pelo COVID-19?	
Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Não fez nenhum teste (%)	Sim (%)	Não (%)
89	11	44	46	10	65	35

Outra questão levantada foi se desde que começou a pandemia, o profissional teve que tomar a decisão de priorizar entre pacientes com COVID-19. 49% relataram não, 31% responderam que sim e 20% não souberam responder.

De acordo com a OPAS (2020), surtos de doenças infecciosas, como a COVID-19, podem sobrecarregar os sistemas de saúde e gerar uma série de sentimentos na população e profissionais de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem, como angústia, medo e incerteza. Em resposta ao surto infeccioso, os aspectos psicológicos, físicos e comportamentais podem receber influências negativas e ocasionar alguns sintomas adversos como insônia, insegurança, sentimento de incapacidade, tristeza, aumento do uso de álcool, tabaco e outras drogas, falta de energia e dores em geral. Na figura 14 é apresentado a porcentagem em relação a perda de sono dos profissionais da prefeitura de Palmas durante os períodos de pandemia.

Figura 14: Preocupações frente ao contexto pandêmico dos profissionais quanto a perda de sono/insônia.



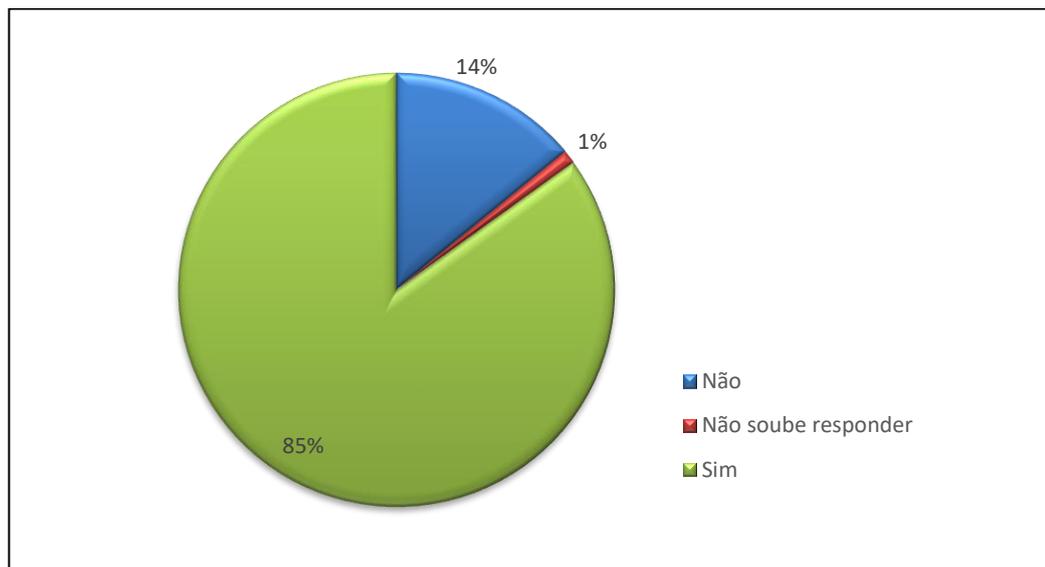
Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2021.

Com base nos acontecimentos históricos de surtos infecciosos já registrados na história, Ramos-Toescher et al. (2020) identificaram que uma proporção significativa de profissionais de enfermagem experimentou ansiedade moderadamente alta no desenvolvimento das suas atividades. Esse fato é bastante semelhante ao que estamos vivenciando na atualidade, e que nos dá margem para reflexão sobre as condições de preparo psicológico desses profissionais em emergências de larga escala, como é o caso da COVID-19.

Compreende-se também, que o surto que estamos vivenciando é multidimensional, com impactos em todas as dimensões funcionais, incluindo físico, emocional, econômico, social e

psicológico. Sendo assim, embora o medo e a ansiedade sejam esperados durante esse período, também é importante entendermos e identificarmos de maneira precoce seus extremos, como as formas de medo e ansiedade exacerbadas (RAMOS-TOESCHER et al., 2020). Neste viés, uma importante pergunta que foi realizada aos respondentes foi se na última semana (em relação ao momento da resposta) os mesmos sentiram que estavam desempenhando um papel útil na vida (Fig 15).

Figura 15: Na última semana, você sentiu que está desempenhando um papel útil na vida?



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2021.

Os profissionais foram ainda confrontados sobre o possível sentimento de angústia e/ou tensão durante a pandemia, 86% responderam que sim, apresentaram este sentimento e 14% responderam que não. Em complemento, indagou-se aos funcionários a respeito de quando não estavam trabalhando, se houve esforço para evitar recordações, pensamentos e ou sentimentos angustiantes sobre a pandemia de COVID-19. 70% relataram que sim, 14% que não fez houve esforço e 2% não souberam responder.

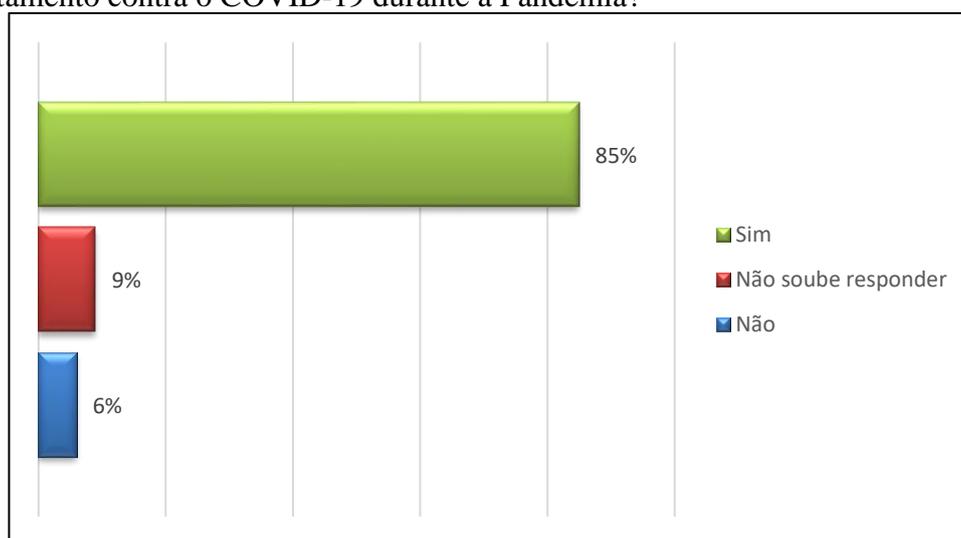
Ainda sobre a saúde mental, foi realizada mais duas importantes perguntas para entender o sentimento desses profissionais no contexto anormal ao qual estão inseridos. Uma foi se houve desde o início da pandemia, necessidade de apoio psicológico, 43% relataram que não precisaram, 42% responderam que sim e 1% não soube responder. E a outra pergunta foi se durante as duas últimas semanas (em relação ao momento da resposta) o profissional havia tomado algum medicamento para sua situação de saúde mental. 63% confirmaram que não houve consumo de medicamento e 23% que sim, haviam se medicado.

É importante destacar, que a presença de estresse, ansiedade e outros sintomas psicológicos possuem um significado ainda mais delicado no contexto de atuação de profissionais de enfermagem, pois estes encontram-se em uma posição favorável para o acolhimento, escuta atenciosa e conforto dos pacientes que necessitam de assistência. Todavia, ao estarem emocionalmente abalados, podem tornar a natureza do cuidado enfraquecida (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

Por outro lado, Ramos-Toescher, et al. (2020) relata que o emprego de medidas globais de saúde mental colocou em evidência, alguns recursos de apoio importantes para o manejo de situações estressantes, especialmente pela possibilidade de melhor preparar os profissionais de enfermagem para o desenvolvimento efetivo de suas atividades em condições de extrema vulnerabilidade e angústia, como nos casos de surtos epidemiológicos atuais e futuros.

O uso da psicoterapia no teleatendimento em um contexto de pandemia, demonstra um avanço significativo na área de saúde mental que, por sua vez, abre portas para uma série de atividades futuras voltadas para os serviços de Telemedicina e Telessaúde (RAMOS-TOESCHER et al., 2020). Assim sendo, a última pergunta abordada no questionário aos profissionais da área da saúde da prefeitura de Palmas, foi se no ambiente de trabalho, os mesmos souberam utilizar as estratégias necessárias para o enfrentamento contra o COVID-19 durante a Pandemia (Fig 16).

Figura 16: No seu local de trabalho, você soube utilizar as estratégias necessárias para o enfrentamento contra o COVID-19 durante a Pandemia?



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2021.

Recentemente Reis et al. (2019), foram impostos novos desafios ao SUS, especialmente no que se refere à restrição orçamentária em todos os níveis de atenção. De maneira específica,

o impacto da mudança no financiamento da APS, tem gerado ainda mais sobrecarga à rede de atenção à saúde, que já vive em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho. Desta forma, é essencial defender que a APS seja o também foco de atenção para alocação eficiente e efetiva dos recursos de saúde, com objetivo de otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes entre distintos serviços de saúde, com vistas a redução das internações hospitalares decorrentes tanto da infecção por coronavírus, quanto das condições sensíveis à atenção primária em saúde (TUCATTO, 2010).

No entanto, conforme Cabral et al. (2020), é preciso legitimar a importância da realização de um esforço coletivo para criação de um plano local de enfrentamento da epidemia, que leve em conta a capacidade instalada dos serviços, frente a possível demanda exacerbada e iminente por atenção à saúde. Com a APS e os demais níveis de atenção integrados em uma lógica de cuidado longitudinal e em rede o país e a população enfrentarão um menor impacto negativo decorrente da epidemia em curso.

Além disso, o reforço aos cuidados de prevenção e às medidas de isolamento social, por meio da educação em saúde, estão diretamente atrelados à responsabilidade dos profissionais lotados na APS. Portanto, somente com o engajamento coletivo da população, gestores, serviços, níveis de atenção e profissionais de saúde é possível vislumbrar um horizonte menos desastroso, tanto do ponto de vista humano como econômico. Portanto, diante da polarização da discussão acalorada entre salvar vidas e minimizar os impactos financeiros decorrente da epidemia do COVID-19 no Brasil, aumenta a probabilidade de uma crise humanitária e econômica nos anos que se seguem (CABRAL et al., 2020).

Como fator limitante para análise de aspectos teóricos, destaca-se a escassez de estudos científicos de campo que abordem de modo direcionado, os impactos da pandemia do novo coronavírus à saúde mental dos profissionais de enfermagem. Haja vista que grande parte dos estudos são realizados de modo a envolver todos os profissionais de saúde, sem considerar as particularidades de cada profissão (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

O mundo do trabalho se tornou, de forma rápida e surpreendente, um complexo monstruoso que gera muito sofrimento e sensação de esvaziamento, significando uma negatividade em sua existência, revelado nos depoimentos dos profissionais. Uma estratégia para cuidar da saúde mental é o ouvir empático, planejado (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

No estudo de Kerr et al. (2020), é mostrado que a COVID-19 tem impactado a região Nordeste de forma muito severa. A falta de liderança do governo em formular uma resposta nacional consistente, levou a governos dos estados e administrações municipais a tomarem em suas mãos as decisões de responder à epidemia e as medidas para mitigá-la. A interação entre

pobreza, desemprego, nível de escolaridade, raça, gênero e cor têm sido documentadas como determinantes da COVID-19.

A análise comparativa realizada com os estados mostrou que vários estados nordestinos compartilham fatores que poderiam amplificar a epidemia, como a densidade urbana, alta desigualdade, altas taxas de informalidade no trabalho, presença de aeroporto internacional e serem destinos interno de turismo. Embora essas características ajudem a explicar uma parte do padrão de distribuição da COVID-19, não fornece explicações mais convincentes para o quadro apresentado (KERR et al., 2020).

Possivelmente, um dos problemas que agravou a ocorrência da COVID-19 no Nordeste foi à precocidade da entrada do vírus na região, neste caso, no estado do Ceará. Apesar das autoridades desse estado terem lançado um conjunto tecnicamente sólido e efetivo de ações preventivas desde o início em que se detectou os primeiros casos, este estado teve o maior número de casos relatados da COVID-19 (KERR et al., 2020).

Diante de uma pandemia como a que vivemos, os profissionais da enfermagem fazem parte de um dos grupos mais afetados, expostos ao risco de contágio e da dor emocional que afeta consideravelmente a saúde mental (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

No contexto COVID-19 o desafio imposto a Enfermagem é o de fazer a “leitura do mundo” não apenas por dentro do sistema de saúde, mas olhando-o como parte de um processo de lutas e disputas pela legitimação de interesses diversos (DAVID; BONETTI; SILVA, 2012).

Os mesmos autores, David; Bonetti; Silva, (2012), reafirmam a necessidade de uma consciência crítica e exercício de uma vigilância cidadã onde não assumamos papel de anjos da salvação e isso custe as nossas vidas inclusive, mas de trabalhadores que têm reconhecidamente graus de exposição maiores e por isso reivindicam a responsabilização do Estado por esses vários corpos que se mobilizam para o enfrentamento da doença. Para a educação popular em saúde as condições concretas de produção e reprodução da vida são determinantes e condicionantes importantes para entender modos de adoecer e estar saudáveis. Faz-se necessário refletir e considerar que nunca foi tão importante reafirmar as lutas assumidas como ideário da reforma sanitária brasileira assim como o reconhecimento do diálogo como princípio fundamental na luta pela vida.

O setor saúde precisa avançar na proteção social, e a maioria da sua força de trabalho que é composta por trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem deve ser reconhecida para desenvolver o que denominamos de cuidado. Quando se fala em qualidade da assistência, é preciso voltar nossos olhares para a qualidade de vida daqueles que prestam essa assistência. O direito ao cuidado e à saúde da população brasileira está diretamente ligado às condições de

vida e trabalho dos trabalhadores da saúde e da enfermagem (DAVID; BONETTI; SILVA, 2012).

Humerez; Ohl; Silva (2020), destacam que uma boa proposta para todos é lembrar que a pandemia do novo Coronavírus não é o primeiro desafio enfrentado no planeta Terra e que não estamos sozinhos, mas fazemos parte de uma estratégia comunitária que pode salvar vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho desenvolvido, é evidente que há um grande número de profissionais de saúde afetados por diversos males psicológicos, como ansiedade, estresse e depressão. Tanto o governo a nível estadual quanto municipal são responsáveis por proteger o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, garantindo um ambiente de trabalho saudável.

Uma vez que exista uma alta prevalência de ansiedade, estresse e possíveis casos de depressão entre os profissionais da prefeitura de Palmas, que tratam de pacientes com Covid-19, é indispensável que os órgãos responsáveis invistam em políticas públicas para promover o bem-estar da saúde mental desses profissionais que estão atuando na linha de frente.

Infere-se que as ações adotadas pela prefeitura de Palmas para evitar a propagação da Covid-19, como o lançamento de uma série de decretos, portarias e leis, contribuiu significativamente na diminuição de casos confirmados no município. Entretanto, como foi observado no decorrer do trabalho, em vários momentos no decorrer de um ano de pandemia, na partir do momento em que houve flexibilização da quarentena imposta por meios desses decretos e reabertura dos comércios e atividades não essenciais, mesmo que em horário reduzido, houve picos de altos casos e óbitos.

À medida que a população se viu em meio a uma desenfreada pandemia, disputas políticas e comerciais também ocorreram, estabelecendo assim uma crise no país não só apenas a nível econômico, mas também emocional. Essa, muitas vezes reforçada pelo excesso de falácias, *fakes news* e pela falta de concordância entre os entes governamentais sobre quais medidas a serem adotadas.

Para um melhor entendimento das repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, é preciso levar em consideração as principais implicações e emoções envolvidas antes, durante e após o evento. Nesse sentido, foi elaborado um protocolo de saúde mental - produto final da pesquisa – como contribuição deste estudo, visando identificar os potenciais impactos na saúde mental dos profissionais da linha de frente no combate a pandemia do Covid-19.

Ao término deste trabalho o mundo ainda se encontra em estado de pandemia e não se sabe até quando a mesma permanecerá. Novas variantes do vírus podem vir a surgir e devem ser estudadas. Desta forma, sugerimos que outros autores venham a continuar a pesquisar o tema desse estudo, tendo em vista sua grande importância no contexto atual e a limitação em afirmar quais serão as futuras e reais consequências na saúde mental da população pós-pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO Fernando Luiz. **Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira**. In: Benevides MV, Kerche F, Vannuchi P, organizadores. Reforma política e cidadania. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2003. p. 225-65.

_____. Fernando Luiz. (2005). **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. Revista Sociologia e Política, Curitiba, 24, 41-67.

_____. Fernando Luiz. **Trajatória recente da gestão pública brasileira: Um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**, Rev. Adm. Pública [online], v. 41, p. 67-86, 2007

_____. Fernando Luiz et al. (2020). **Mais Brasil, menos Brasília: o sentido do federalismo bolsonarista e seu impacto no combate à Covid-19**. Estadão [publicado em 12 de abril de 2020].

AHMED, F. et al. **Whyinequalitycould spread Covid-19**. Lancet, v. 5, n. 5, E240, maio 1, 2020. .-([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2))

ALMEIDA, D.C. O Pacto Federativo Brasileiro. Boletim Jurídico, Uberaba, a. 2, n. 61. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/artigos/direito-constitucional/182/o-pacto-federativo-brasileiro> . Acesso em: 20 jul. 2021. (ART.)

ALMEIDA MHT. **O Estado no Brasil contemporâneo. Um passeio pela história**. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. A democracia brasileira. Balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p. 17-37.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. AMIB. Atualizações sobre o Coronavírus COVID-19 [Internet]. São Paulo: AMIB; 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf

ARAÚJO, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de. **A Reforma da Gestão Pública: do mito à realidade**. In: **Seminário Internacional Luso-Galaico: A reforma da Administração Pública: apostas e casos de sucesso**. 2004, Porto. Atas do Seminário Internacional Luso-Galaico: A reforma da Administração Pública: apostas e casos de sucesso. Porto: IGAP, 2004. p. 31-41.

ARRETCHE M. (2012). **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV/ Editora Fiocruz.

ARRETCHE M. (2010). **Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?** DADOS – Revista de Ciências Sociais, 53 (3), 587-620.

ARRETCHE M. (2020). **Um federalismo centralizado**. Blog DADOS – Revista de Ciências Sociais [publicado em 25 março de 2020]. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/um-federalismo-centralizado/>

ASSUNÇÃO AA, PIMENTA AM. **Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira.** *CiêncSaúdeColetiva*. 2020;25(1):169-80. doi: 10.1590/1413-81232020251.28492019

AVANIAN JZ. **Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care: Editor's Comment COVID-1.** *JAMA* [Internet]. 2020. [citado 2020 Maio 13]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarti> Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons CC BY cle/2764228.

BARROCAL, André. **Só no Brasil há saúde grátis e universal, mas gasto privado.** Disponível em: Acesso em: Mai.2015 BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso: Mai/2014.

BARRETO ML, BARROS AJD, CARVALHO MS, CODEÇO CT, HALLAL PRC, MEDRONHO RA et al. **O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?** *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200032.

BRAGÉ, E. G. et al. **Desenvolvimento de um podcast sobre saúde mental na pandemia de COVID19: Um relato de experiência.** *Brazilian Journal of health Review*. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ/Manual Instrutivo** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em ago 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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) [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2020 fev 4; Seção Extra:1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

_____. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Diário Oficial da União*. 5Nov 1996. [acesso em 2020 out 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. (2020). **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.** *Lancet InfectDis*, 395(10227), 912–920. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

CABRAL ERM, MELO MC, CESAR ID, OLIVEIRA REM, BASTOS TF, MACHADO LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAm J Med Health**. 2020;3:e202003012.

CAMARGO, Aspásia. Aspásia Camargo defende um novo pacto federativo. A Folha de S. Paulo, São Paulo, 15-02-1999, Caderno Brasil, p.1-4. (NOT.)

CAMPOS, G.W. S. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n.2 p.307-317, 2007.

CARDOSO, Florentino. **Tragédia anunciada na Saúde Pública**. Febrasgo, 2012. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=2307>. Acessado em Mai/2014.

CASCELLA M, RAJNIK M, CUOMO A, DULEBOHN SC, DI NAPOLI R. **Características, avaliação e tratamento de coronavírus (COVID-19)**. Stat Pearls, Treasure Island: Stat Pearls Publishing LLC .; 2020.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais**. Brasília, 2020.

COHN, Amélia: **Saúde, Cidadania e Desenvolvimento: Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito e cidadania**. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. Rio de Janeiro, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do sistema Único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de Princípios e Diretrizes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 295-312, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2016). Resolução nº 510/2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência&SaúdeColetiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORNWALL JUN BW. **Just 50% of Americans plan to get a COVID-19 vaccine. Here's how to win over the rest.** [cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://www.sciencemag.org/news/2020/06/just-50-americans-planget-covid-19-vaccine-here-s-how-win-over-rest>

COTRIM, DORIVAL FAGUNDES E CABRAL, LUCAS MANOEL DA SILVA **Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 03 [Acessado 13 Agosto 2021] , e300317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300317>>. Epub 18 Set 2020. ISSN 1809-4481.

COUTINHO, Joana A. O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular na cidade de São Paulo (1989 – 1995). Dissertação de mestrado. Programa de Estudos PósGraduados em Ciências Sociais, PUC-SP, 1996.

CREPALDI MA, SCHMIDT B, NOAL DS, BOLZE SDA, GABARRA LM. **Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas.** Estudos de Psicologia; 2020.

CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA SAÚDE (CIDACS). Fiocruz. UFBA. Painel Rede CoVida 2020 [Internet]. [acessado 2020 dez 20]. Disponível em: <https://painel.covid19br.org/>

DAL'BOSCO EB, FLORIANO LSM, SKUPIEN SV, ARCARO G, MARTINS AR, ANSELMO ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Rev Bras Enferm.** 2020; 73(Suppl 2):e20200434. DOI:./--- <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>

DAVID, H.M.S.L, et al. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?. **Rev. Gaúcha Enferm,** 2021; (42)

DAVID, H.M.S.L; BONETTI O.P; SILVA, M.R.F. **A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde:** notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *RevBrasEnferm.* 2012;65(1):179-85. doi.org/10.1590/ S0034-71672012000100026

DIELTJENS T, MOONENS I, VAN PRAET K, DE BUCKE E, VANDEKERCKHOVE P. **Uma pesquisa sistemática da literatura sobre primeiros socorros psicológicos: falta de evidências para desenvolver diretrizes.** *PloSone.* 2014; 9: e114714.

DRAIBE, Sônia. M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo,* 15(2) p. 64-101, nov. 2003.

DUARTE, A., & LIMA, D. (2013, 21 de setembro). **Boa gestão fiscal melhora indicadores sociais dos municípios.** Recuperado de www.oglobo.globo.com/pais/boa-gestao-fiscal-melhora-indicadores-sociais-de-municipios-10083540?service=print

ERCOLE, F.F; MELO, L.S; ALCOFORADO, C.L.G.C; Revisão integrativa *versus* sistemática. *Rer Min Enferm.* 2014;18(1):10.

ELIAS, Paulo E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *Rev. São Paulo em Perspectiva.* São Paulo: 18 (3): 41 – 46, 2004.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal: anotações para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

FALCÃO, E. F. Vivência em comunidades: outra forma de ensino. João Pessoa: Ed. Universitária, 2006.

FALCÃO, H. S. A precarização dos serviços de saúde pública. 2018.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 37, e200074, 2020. doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074.

FERGUSON NM, LAYDON D., NEDJATI-GILANI G., IMAI N, AINSLIE K., BAGUELIN M., et al. Relatório 9: **Impacto das intervenções não farmacêuticas (INP) na redução da mortalidade por COVID19 e da demanda por saúde** [Internet]. 20 de março de 2020 [citado em 19 de março de 2020]. <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>

FERIOLI M, CISTERMINO C, LEO V, PISANI L, PALANGE P, NAVA S. **Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications**. EurRespir Rev. 2020;29(155):200068.

FEHN, A. et al. **Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19**. Nota técnica n.10. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Maio de 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/vulnerabilidade-e-deficit-de-profissionais-desaude-no-enfrentamento-da-covid-19/>

FERNANDEZ M. (2020). **Como as políticas de saúde deveriam ser conduzidas na pandemia**. Nexo Jornal [publicado em 22 de maio de 2020]. Disponível em Acesso em 24 de maio de 2020.

FERNANDEZ M, PINTO HÁ. **Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19**. Saúde em Redes. 2020;6(Supl.2):7-21. doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3150g479.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F.; A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020>

FERNANDES, F., ALVES, H., FERNANDES, T., MUNIZ, A. (2020). Panorama da fase inicial do crescimento dos números de casos e óbitos causados pela COVID-19 no Brasil. Research, **Society and Development**. 9. e1539108560. 10.33448/rsd-v9i10.8560.

FERREIRA, N. S. A. (2002). As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educ Soc**. 2002; 23(79):257–72. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>

FLEURY S, OUVENEY A. (2006). **O Sistema Único de Saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede**. Revista portuguesa e brasileira de gestão, especial 10 anos.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. **Ed. Sabota** São Paulo, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Processo de luto no contexto da COVID-19**. Ministério da Saúde; 2020.

FLORES, Gabriela Mendes da Silva et al.; Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, Jan. 2018. doi.org/10.1590/0103-1104201811619

FREITAS CM, coordenador. **A gestão de riscos e a governança na pandemia por COVID-19 no Brasil. Análise dos decretos estaduais no primeiro mês**. Relatório técnico e sumário

executivo. <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatoriocepedesisolamento-social-outras-medidas.pdf> (acessado em 23/Jun/2020).

GAINO, L.V; SOUZA, J.; CIRINEU, C.T; TULIMOSKY, T.D.; **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2018; 2:108-16. [http:// dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449](http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449).

GARDNER PJ, MOALLEF P. **Psychological impact on SARS survivors: critical review of the english language literature**. Can Psychol. 2015;56(1):123-35. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037973>

GUIZARDI, Francini Lube. **Do controle social à Gestão participativa: Interrogações sobre a participação política no SUS**. Trabalho educação Saúde p. 9-34. 2009

GUIZARDI FL, CAVALCANTI FO. **A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS**. Interface Comun. Saúde Educ. [internet]. 2010 Jul-Set [acesso em 2016 nov3]; 14(34):633-645. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300013

OGLOBO. **Mais 79 médicos saem de unidades municipais para o hospital de campanha do Riocentro**. O Globo, 7 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/07/prefeitura-transfere-mais-medicos-de-unidades-municipais-para-hospital-de-campanha-do-riocentro.ghtml>

GUIMARÃES, REINALDO; **Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9 (Acessado 11 dez. 2020). pp. 3579-3585. doi.org/10.1590/1413-81232020259.24542020>. ISSN 1678-4561.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 256-265, jan./fev. 2005.

HENRIQUES, CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA; VASCONCELOS, WAGNER. **Crisis dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil**. *Estud. av.*, São Paulo , v. 34, n. 99, p. 25-44, Aug. 2020. doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003.

HUANG L, LIN G, TANGL, YU L, ZHOU Z. **Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic**. CritCare 2020; 24(1):120

HUMEREZ, D.C.; RIB, O.H.L.; SILVA M.C.N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitareenferm**. [Internet]. 2020; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>.

INFANTE, A.; MATA I. dela; LÓPEZ-ACUÑA, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *RevistaPanamericana de SaludPública*, Washington, v. 8, n. ½, p. 13-20, 2000.

JOHNSON NF, VELÁSQUEZ N, RESTREPO NJ, LEAHY R, GABRIEL N, EL OUD S, ZHENG M, MANRIQUE P, WUCHTY S, LUPU Y. **The online competition between pro- and anti-vaccination** views. *Nature* 2020; 582(7811):230- 233.

KADT, E. de; TASCIA, R. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: **Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde**, 1993. 10

KERR, L., et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, suppl 2 [Acessado 6 Julho 2021] , pp. 4099-4120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>>.

KLAFKE, T. E.; ARAÚJO, B. R.; CARDOSO, C. G. Formação em Saúde e Protagonismo Estudantil: Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva. *Psicol. Ensino & Form. Brasília*, v. 4, n. 1, p. 3-19, 2013.

LEONELLI LB, ANDREONI S, MARTINS P, KOZASA EH, SALVO VL, SOPEZKI D, et al. **Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família**. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(02). doi: 10.1590/1980-5497201700020009

LIMA, R. C.; **Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300214, 2020. doi.org/10.1590/s0103-73312020300214 .

LIMA, D. S., et al.; (2020). **Recommendations for emergency surgery during the COVID-19 pandemic**. *CJMB*, 8(1), 1–3. doi: ./-811.%./-811. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3176.p1-3.2020>

LIMA LD, PEREIRA AMM, MACHADO CV. **CRISIS, conditioning factors, and challenges in the coordination of Brazil's federative State in the context of COVID-19**. *Cad Saude Publica*. 2020;36(7):e00185220. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311x00185220. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32725088.

MALTA M, RIMOIN AW, STRATHDEE SA. **A epidemia de coronavírus 2019-nCoV: retrospectiva é 20/20?** *EclinicalMedicine*. 2020; 20: 100289.

MARANHÃO, T. Função-facilitador (a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde: marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015

MARTINS C, CAMPOS S, DUARTE J, CHAVES C, SILVA E. **Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde**. *Rev Portuguesa EnfermSaúde Mental*.2016;(sep 3):21-6. doi 10.19131/rpesm.01112

MEDEIROS, A. Y. B. B. V. de; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A.; DIAS, F. A. **Psychological phases and meaning of life in times of social isolation due the COVID-19 pandemic a reflection in the light of Viktor Frankl**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 5, p. e122953331, 2020.DOI: 10.33448/rsd-v9i5.3331. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3331>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MEDRADO JRS, CASANOVA AO, OLIVEIRA CCM. **Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB**. Saúde debate. 2015; 39(107):1033-1043.

MEIRELLES, H. L. (2002). **Direito administrativo brasileiro**. 5 ed. São Paulo: Saraiva.

MELO, K. (2020). COVID-19: **saiba a diferença entre quarentena e isolamento**. Recuperado em 20 de março de 2020 de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-saiba-diferenca-entre-quarentena-e-isolamento>

MELO MFGC. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.

MELO LMF, MARTINIANO CS, GUIMARÃES J, ET al. **Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras**. Saúde debate. 2016 Jan-Mar; 40(108):8-22.

MENDES EV, organizador. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, Petrópolis, 2007. 108p.

MORAES, C., Reginaldo. Neoliberalismo - de onde vem, para onde vai?. Disponível em: < https://reginaldomoraes.files.wordpress.com/2012/01/livro_neoliberalismo.pdf >. Acesso em: jan/2015.

MOTA, Eduardo. **Informações em saúde para a gestão do SUS**; Ciência e Saúde Coletiva, 7 (4): 623-640, 2002.

NORONHA, K.V.M.S., GUEDES, G.R., TURRA, C.M., ANDRADE, M.V, BOTEGA, L., NOGUEIRA, D., et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36:e00115320

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. **The territorial impact of COVID-19: managing the crisis across levels of government**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020

OLIVEIRA, D. A. Nova Gestão Pública e Governos Democrático-Populares: contradições entre a busca da eficiência e a ampliação do direito à educação. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 36, nº. 132, p. 625-646, jul.-set., 2015

OLIVEIRA, Anselmo Gomes de; SILVIERA, Dâmaris. Desenvolvimento de vacinas contra covid-19. Cooperação ou competição internacional?. **Infarma - ciências farmacêuticas**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 175-178, sep. 2020. ISSN 2318-9312. doi:./-3-%%./-3-%./-3-
<http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v32.e3.a2020.pp175-178>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance [Internet]. Geneva (CH); 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS] (2009). **Nova Influenza A (H1N1)**. Recuperado em 24 de março de 2020 de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=apresentacao-sobre-a-nova-influenza-a-h1n1-1&layout=default&alias=81-apresentacao-sobre-a-novainfluenza-a-h1n1-1&category_slug=influenza-a-h1n1-081&Itemid=965

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS] (2019). **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Recuperado em 24 de março de 2020 de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-deEpidemias--Portugues.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS] (2020). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Recuperado em 24 de março de 2020 de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en>

PAIM, Jairnilson S. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA Saúde em Debate, n. 28, p. 16-21, 1990.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA, Naomar, **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Saúde Pública, 32 (4): 299- 316, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, pág. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 de janeiro de 2021. ./-<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **MENTAL health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak [Internet]**. Geneva: PAHO; 2020 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durantebrote-covid-19>

PEREIRA, I.SA ética do sentido da vida: fundamentos filosóficos da Logoterapia. Aparecida, SP: **Ed. Idéias & Letras**. 2013.

PEREIRA, José Matias. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. **Rev. Adm. Pública** [online], v..42, n.1, p.61-82, 2008.

PEREIRA, M. D., OLIVEIRA, L. C. D., COSTA, C. F. T., BEZERRA, C. M. D. O., PEREIRA, M. D., SANTOS, C. K. A. D., & DANTAS, E. H. M. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7).

PHILLIMORE, J. (2013). Understanding Intergovernmental Relations: Key Features and Trends. *Australian Journal of Public Administration*, 72 (3), 228–238.

PETERS G. (2004). Governance and public bureaucracy: new forms of democracy or new forms of control? *Asian Pacific Journal of Public Administration*, 26, 3-15.

POMPEO, D. A., & ROSSI, L. A. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul. enferm.* 22(4), 434-438. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B.; SCALIA, L. A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 46, p. e4128, 26 jun. 2020.

PREVOTS D.R, et al., **Interruption of measles transmission in Brazil, 2000-2001**. *J Infect Dis* 2003; 187(Supl. 1):S111-S120.

PORTELA MC, PEREIRA CCA, LIMA SML, ANDRADE CLT, SOARES FRG, MARTINS M. **Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19**. Nota Técnica 1. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_1_por_tela_et_al_limites_e_possibilidades_dos_municipios_brasileiros_na_covid-19_1.pdf (acessado em 23/Jun/2020).

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

ORNELL, Felipe et al. **“Medo pandêmico” e COVID-19: carga e estratégias de saúde mental**. *Braz. J. Psychiatry*, São Paulo, v. 42, n. 3, pág. 232-235, junho de 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en&nrm=iso. acesso em 12 de dezembro de 2020. Epub 03 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

RAMÍREZ-ORTIZ, J., CASTRO-QUINTERO, D., LERMA-CÓRDOBA, C., YELACEBALLOS, F., & ESCOBARCÓRDOBA, F. (2020). **Consecuencias de la pandemia COVID-19 em la Salud Mental asociadas al aislamiento social**. *SciELO Preprints*, 1–21. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>

REGIÃO E REDES. **O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19**. *Novos Caminhos* 2020; (18). <http://www.resbr.net.br/o-planejamento-regional-estrategico-no-enfrentamento-da-pandemiada-covid19/#.XvKT4WhKjIW>.

REIS, Denizi O. **Políticas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Modelo Político Gestor, UNA-SUS-UNIFESP, 2009.

REIS JGD, HARZHEIM E, NACHIF MCA, FREITAS JCD, D'ÁVILA O, HAUSER L et al. **Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS.** *CiêncSaúdeColetiva*. 2019;24:3457-3462.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, Rio de Janeiro - RJ. **Ciênc. saúde coletiva**. 14 (3). 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300013>

RIBEIRO, A. P.; OLIVEIRA, G. L.; SILVA, L. S.; SOUZA, E. R.; Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. Dossiê COVID-19 e Saúde do Trabalhador/Revisão. **Rev. bras. saúde ocup.** 45;2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>

RIBEIRO, L. M.; VIEIRA, T. A.; NAKA, K. S.; Síndrome de Burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e5021, 27 nov. 2020.

RIKER W. (1975).Federalism. In: Greenstein FI, Polsby NW (Orgs.). Governmental, institutions and processes. **Handbook of Political Science**. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, v. 5, 93-172.

RODRIGUEZEOL, OLIVEIRA JRA, LOPES NETO D, GOIS CFL, CAMPOS MPA, MATTOS CT. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Rev Enferm.** UERJ. 2018;26:e19404. doi: 10.12957/reuerj.2018.19404

SANO,Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. Adm. Empres.** [online], v. 48, 2008.

SANTORUM, Juliana Acosta; CESTARI, Maria Elisabeth. **A Educação Popular na Práxis da formação para o SUS.** v.9, n.2, p. 223-240, 2011.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** *Saudesoc.*, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015. access on 09 Jan. 2021. doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa.** Campinas: Saberes Editora, 2012.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M.A.; BOLZE, S.; NEIVA-SILVA, L; DEMENECH, L.M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud Psicol.** 2020; 37:e200063. doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063

SEGATTO C, ABRÚCIO F. (2016). A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, 21 (65), 411-429.

SHIGEMURA, J., URSANO, R. J., MORGANSTEIN, J. C., KUROSAWA, M., & BENEDEK, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 74(4), 281–282. doi: .<https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

SEMUS - Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19**. Versão 6. Palmas,2020.

_____. **Plataforma COVID-19 Palmas - TO**. Palmas, 2020. Disponível em: [hps://coronavirus.palmas.to.gov.br/](https://coronavirus.palmas.to.gov.br/)

SENA AFJ, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **J Nurs Health**. 2015;5(1):27-37. doi:10.15210/JONAH.V5I1.5089

SILVEIRA, A. **Cooperação e compromisso constitucional nos estados compostos: estudo sobre teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos**. Coimbra: Almedina, 2007.

SPINAZZÈ A, CATTANEO A, CAVALLO DM. COVID-19 outbreak in Italy: protecting worker health and the response of the Italian industrial hygienists association. **Ann Work Expo Health**. 2020;64(6):559-64.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro:UFRJ, 1999. 368p.

SOMBRA, Laurenio Leite. “A pandemia, o ideal e o material”. **Revista Investigação Filosófica**, 2020c [ainda em processo de edição].

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Sociologia e Política*, n. 24, p. 105-121, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yjv4JHqyV65vcjb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021. (ART.).

SOUSA, G., JÓ BEZERRA ET AL. Estimation and prediction of COVID-19 cases in Brazilian metropolises. This article refers to the call “COVID-19 in the Global Health Context”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2020, v. 28 [Acessado 6 Julho 2021], e3345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4501.3345>>.

SOUZA, C. D. F. et al. Spatiotemporal evolution of case fatality rates of COVID-19 in Brazil, 2020. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online]. 2020, v. 46, n. 04 [Acessado 6 Julho 2021], e20200208. Disponível em: <<https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200208>>.

SOUZA C. (2019). Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Caderno Saúde Pública**, 35, Suppl. 2.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara, O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, L.E.P.F; VIANA, A.L.D.; **Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social**. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

SOUZA, C.M.; Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad Saúde Pública** 2019; 35 Suppl 2: e00046818.

SOUZA, L.P.S; SOUZA, A.G.; Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J Nutr Health* [Internet]. 2020; [citado 2020 Jun 28];10:e20104005. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18444/11237>

TEIXEIRA, C. F. S. et al.; **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, Sept. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&lng=en&nrm=iso>. access on 06 dez. 2020..

TESOURO NACIONAL TRANSPARENTE. **Monitoramento dos gastos da União com combate à COVID-19**. <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19> (acessado em 23/ Jun/2020).

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plataforma Integra Saúde Tocantins, 2020**. Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/covid19>

TOESCHER et al. (2020). Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Esc. Anna. Nery** 24 (spe). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>

TOSTA, W. **Levantamento de ONG indica subnotificação de mortes de covid em favelas do Rio**. Estadão. 26 maio 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,levantamento-de-ong-indica-subnotificacao-de-mortes-de-covid-em-favelas-do-rio,70003314490>

TRETTENE AS, COSTA RB, PRADO PC, TABAQUIM MLM, RAZERA APR. **Estresse: realidade vivenciada por enfermeiros atuantes em um Centro de Terapia Intensiva**. *RevEnferm UERJ*. 2018;26:e17523. doi: 10.12957/reuerj.2018.17523

TUCATTO JA. **A Solidariedade como um postulado da razão comunicativa e da ética do discurso**. *Thaumazein*. 2010;3(6):50-68

TUCCI V, MOUKADDAM N, MEADOWS J, SHAH S, GALWANKAR SC, KAPUR GB. **A praga esquecida: manifestações psiquiátricas de ebola, zika e doenças infecciosas emergentes.** J GlobInfectDis. 2017; 9: 151-6.

VIEIRA, Luisane Maria Falci; EMERY, Eduardo; ANDRIOLO, Adagmar. **COVID-19: diagnóstico laboratorial para médicos. Um artigo de atualização.** São Paulo Med. J. , São Paulo, v. 138, n. 3, pág. 259-266, junho de 2020. doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0240.14052020

VIEIRA FS. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília: Ipea; 2016. [Nota técnica].

VIEIRA, G. A. S. Bases e dilemas institucionais do presidencialismo de coalizão. RIL, Brasília, a. 54, n. 215, p. 117-137, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.govnet.com.br/edicao.php?cod=716>. Acesso em: 16 jul. 2021. (ART.)

WATTS R. (1999). **Comparing federal systems in the 1990s.** Kingston, Ontario: Queen's University, 1999.

WATTS R. (2006). **Origins of cooperative and competitive federalism.** In: Greer SL (Ed.). Territory, democracy and justice: regionalism and federalism in western democracies. New York: PalgraveMacmillan, 201-223.

WERNECK GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad Saúde Pública.** 2020; 36:e00068820

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa

Exclusivo para participantes da pesquisa sobre as ações da prefeitura de Palmas para o enfrentamento da covid – 19 no período de 12 meses. Março de 2020 à abril de 2021. O formulário é rápido e simples, você levará um pouco mais que dois minutos para respondê-lo, não será necessária a sua identificação nominal, apenas sua função. Os resultados serão tratados de forma ética, seguindo a legislação vigente e tem o propósito de melhoria dos serviços públicos. Os resultados serão divulgados de forma agrupada, no formato gráfico através de uma dissertação de mestrado e será disponibilizada nos acervos da Universidade Federal do Tocantins. Essa pesquisa é realizada por Raffaella Patury, servidora pública lotada na Secretária Municipal de Saúde - SEMUS e pesquisadora do Mestrado profissional em Gestão de Políticas Públicas – GESPOL. A orientação é feita pelo prof. Dr. Marcelo de Souza Cleto pesquisador adjunto do Programa de pós-graduação.

Obrigada por sua participação.

Cargo/Função:

1- Faixa etária:

- () 25-30
- () 30-40
- () 40-50
- () 56-60
- () 60 ou +

2- Qual o seu gênero?

- () Feminino
- () Masculino
- () Identifique-se: _____

3- Você concorda com as medidas de enfrentamento à Covid19 que estão sendo implementadas no seu município de atuação?

- () Sim
- () Não
- () Não soube responder

4- Na sua rotina profissional, você se sente capacitado para atuar no atendimento de pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 (Covid19)?

- () Sim
- () Não
- () Não soube responder

5- Você já fez o teste para saber se está infectado/a por COVID-19?

- () Sim
- () Não

6- O resultado do teste para COVID-19 que você fez foi positivo?

- () Sim
- () Não

Não fez nenhum teste.

7- Alguma pessoa do seu núcleo familiar foi contaminada pelo COVID-19?

Sim

Não

Não soube responder

08- Desde que começou a pandemia, teve que tomar a decisão de priorizar entre pacientes com COVID-19?

Sim

Não

Não soube responder

09- Na última semana, suas preocupações frente ao contexto pandêmico lhe fizeram perder o sono?

Sim

Não

Não soube responder

10- Na última semana sentiu que está desempenhando um papel útil na vida?

Sim

Não

Não soube responder

11- Na última semana, se sentiu angustiado/a ou tenso/a?

Sim

Não

Não soube responder

12- Na última semana, quando não está trabalhando, esforçou-se para evitar recordações, pensamentos e ou sentimentos angustiantes sobre a pandemia de COVID-19?

Sim

Não

Não soube responder

13- Desde o início da pandemia, necessitou apoio psicológico, independentemente de ter recebido ou não?

Sim

Não

Não soube responder

14- Nas duas últimas semanas, tomou algum medicamento para sua situação de saúde mental?

Sim

Não

Não soube responder

15- No seu local de trabalho, você soube utilizar as estratégias necessárias para o enfrentamento contra o COVID-19 durante a Pandemia?

Sim

Não

Não soube responder

APÊNDICE B – PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL

Saúde Mental na Pandemia



Protocolo de acolhimento para o cuidado em saúde mental dos funcionários da linha de frente da pandemia do Covid-19 em Palmas – Tocantins.

1. INTRODUÇÃO

As questões de saúde mental são condições crônicas e demandam atendimento continuado no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e visando a integralidade da atenção. Essas condições, ao longo do tempo, podem agudizar e requerer intervenções específicas e imediatas, com a convocação de outros pontos de atenção além dos já envolvidos no acompanhamento continuado. Entre os instrumentos de regulação do acesso assistencial estão as diretrizes e os protocolos clínicos e operacionais. Os protocolos clínicos têm a função de orientar o uso de recursos terapêuticos estratégicos, otimizando as tecnologias utilizadas e qualificando a assistência prestada.

Assim sendo, é de extrema importância a elaboração e execução de um plano de enfrentamento da COVID-19 aos profissionais da área da saúde. Dessa maneira o presente protocolo tem por objetivo identificar potenciais impactos na saúde mental dos profissionais da linha de frente no combate a pandemia do COVID-19.

Portanto, tem entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, apoiar a organização do fluxo regulatório de acesso aos serviços de saúde mental. Além da definição do risco, o Protocolo também atua como apoio para que as equipes dos serviços de saúde avaliem o recurso mais adequado a cada caso, buscando qualificar os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes na rede de atenção à saúde.

Estudos sobre impactos na saúde mental em decorrência da pandemia do novo coronavírus ainda são escassos, por se tratar de fenômeno recente, mas apontam para repercussões negativas importantes. Além disso, pesquisas anteriores sobre outros surtos infecciosos revelaram desdobramentos desadaptativos, em curto, médio e longo prazo, para a população geral e para os profissionais da saúde (Jiang et al., 2020; Taylor, 2019). Por exemplo, na epidemia de Ebola de 1995, os sobreviventes relataram principalmente medo de morrer, de infectar outras pessoas, de se afastar ou sofrer abandono nas relações com familiares e amigos, bem como estigmatização social; os profissionais da saúde, por outro lado reportaram sobretudo, medo de contrair a doença e, ainda, transmiti-la a seus familiares, sofrimento por estarem afastados de seus lares, estresse, sensação de perda de controle e de desvalorização, além de preocupação com o tempo de duração da epidemia (HALL, HALL, & CHAPMAN, 2008).

Sobre a COVID-19, em particular, os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Bao et al., 2020), especialmente quando se trata daqueles que trabalham

na chamada “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus (Li et al., 2020). Em geral, esses profissionais vêm sendo desencorajados a interagir de maneira próxima com outras pessoas, o que tende a aumentar o sentimento de isolamento; têm lidado com mudanças frequentes nos protocolos de atendimento, em decorrência de novas descobertas sobre a COVID-19.

Spinazzè et al., (2020), destacaram a necessidade de conhecimento profissional no campo da Higiene Ocupacional para enfrentar o contexto de emergência, que exige a tomada de decisões baseadas em evidências fornecidas pela literatura científica disponível, por organismos nacionais e internacionais e pela observância das disposições legais.

Neste cenário da pandemia da COVID-19, convém salientar que devido ao rápido avanço da doença e o excesso de informações disponíveis, algumas vezes discordantes, se torna um âmbito favorável para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico, que podem gerar consequências graves na Saúde Mental (SM) do indivíduo (LIMA et al., 2020).

No presente Protocolo, busca-se identificar possíveis impactos na saúde mental e se necessário intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus, com os profissionais de saúde do município de Palmas. Em suma, compreendemos que a psicologia pode oferecer contribuições importantes para o enfrentamento das repercussões da COVID-19. De acordo com as respostas do questionário, o profissional será informado da necessidade de procurar ajuda profissional, para realização de um diagnóstico preciso e se necessário tratamento medicamentoso e terapêutico.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar potenciais impactos na saúde mental dos profissionais da linha de frente no combate a pandemia do COVID 19.

Objetivos Específicos

- Identificar possíveis transtornos vividos pelos profissionais da linha de frente no combate a pandemia;
- Apoiar a organização o fluxo regulatório de acesso aos serviços de saúde mental;
- Agilizar o atendimento aos casos mais graves e urgentes;
- Normatizar a abordagem assistencial à crise em saúde mental no município.

PÚBLICO ALVO

Este Protocolo se destina aos profissionais de saúde que estão trabalhando no enfrentamento à Pandemia da COVID-19.

É útil informar o funcionário (paciente) e seus familiares sobre o fato de que os transtornos mentais são bastante comuns na população, quando passa por uma situação de estresse, que é o caso da pandemia do COVID-19, lembrando sempre que há tratamentos efetivos. O protocolo de saúde mental busca preconizar uma lista de temas a serem abordados no início do seguimento:

- 1) O paciente tem pensado frequentemente, em morte ou em morrer?
- 2) O paciente tem um plano de suicídio específico?
- 3) Ele fez tentativas de suicídio sérias no passado?
- 4) O paciente está seguro de que não colocará em prática as ideias suicidas?
- 5) A família ou as pessoas da rede afetiva íntima do paciente pode exercer supervisão e cuidado no cotidiano?
- 6) Há indícios de risco de danos a outras pessoas?
- 7) Planejar atividades de curto prazo que deem prazer ao paciente ou desenvolvam a confiança.
- 8) Encorajar o paciente a resistir ao pessimismo e autocrítica, a não se deixar levar por ideias pessimistas (p. Ex., terminar o casamento, deixar o emprego) e a não se concentrar em pensamentos negativos ou de culpa.
- 9) Identificar problemas atuais de vida ou estresses sociais. Focalizar-se em pequenos passos específicos que os pacientes poderiam dar em direção a reduzir ou manejar melhor esses problemas.
- 10) Se há sintomas físicos, discutir sua ligação com o transtorno do humor.
- 11) Após a melhora, planejar com o paciente o que será feito se os sintomas reaparecerem.

Este questionário de avaliação da saúde mental é rápido e simples, você levará um pouco mais que dois minutos para respondê-lo, não será necessária à sua identificação nominal, apenas sua função. Os resultados serão tratados de forma ética, seguindo a legislação vigente e tem o propósito de identificar transtornos psicológicos nos colaboradores da área da saúde no município de Palmas, Tocantins.

1. Desde o início da pandemia, necessitou apoio psicológico, independentemente de ter recebido ou não?
 Sim
 Não
 Não soube responder
2. Na última semana sentiu que está desempenhando um papel útil na vida?
 Sim
 Não
 Não soube responder
3. Na última semana, se sentiu angustiado/a ou tenso/a, perdeu o sono pensando nisso?
 Sim
 Não
 Não soube responder
4. Na última semana, quando não está trabalhando, esforçou-se para evitar recordações, pensamentos e ou sentimentos angustiantes sobre a pandemia de COVID-19?
 Sim
 Não
 Não soube responder
5. Nas duas últimas semanas, tomou algum medicamento para sua situação de saúde mental?
 Sim
 Não
 Não soube responder

Na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizados) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade. Os usuários devem ser atendidos em ambientes seguros e tranquilos, esses onze pontos citados nos norteiam sobre a gravidade e prazo de atendimento, podemos utilizar como um termômetro, um parâmetro para avaliação da saúde mental do funcionário e ainda realizar o questionário do estudo para um melhor e efetivo diagnóstico.

A gestão municipal deve oferecer aos profissionais de saúde da linha de frente atendimento com uma equipe multidisciplinar com psicólogos e psiquiatra. Esse atendimento poderá ser presencial quando possível ou online, ficando a critério do profissional. Após esse primeiro contato com o paciente, será decidido o seguimento de seu tratamento, a qual poderá ser com psicólogo e quando necessário à intervenção com um profissional de psiquiatria.

O município de Palmas até o presente estudo, não possui nenhum protocolo de saúde mental com o objetivo de atender aos seus funcionários, sabemos que nesse momento, é importante ter um olhar diferenciado para esse público, sendo que mesmo antes da pandemia os servidores de alguns seguimentos da saúde do município já vinham sobrecarregados com a

carga horaria e com número reduzido de funcionários, e com o momento atual, essa sobrecarga de trabalho ocasionou estresse, depressão, entre outros transtornos mentais no público alvo do presente estudo.

3 RECOMENDAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE

Ao abordar pessoas deprimidas, seus familiares ou seus cuidadores, em serviços de saúde pública, sugere-se ao profissional:

- a) Construir uma relação de confiança e trabalhar com engajamento, sem manifestar juízos de valores que possam complicar a relação ou impedir o seguimento adequado da terapia;
- b) Explorar as opções de tratamento em uma atmosfera de esperança e otimismo, explicando as possíveis evoluções do quadro depressivo e mostrando ser possível a recuperação;
- c) Estar ciente de que pode haver, para muitas pessoas, preconceitos ligados à ideia de depressão e de tratamento para transtornos mentais, a serem trabalhados;
- d) Garantir que os diálogos ocorram em locais onde se preserve a confidencialidade, a privacidade, o respeito e a dignidade;
- e) Dar informações apropriadas ao nível de entendimento do usuário e de seus acompanhantes, em linguagem compatível com as deles;
- f) Evitar o uso de uma linguagem clínica, científica ou muito sofisticada, que dificulte a compreensão;
- g) Informar, nos CAPS, sobre grupos de apoio, caso existam;
- h) Combinar as intervenções do tratamento a partir de informações compreendidas, perguntando-se, na dúvida, se o paciente entendeu o que se está explicando;
- i) Informar sobre o que se espera dos remédios e das outras intervenções;
- j) Informar sobre possíveis efeitos colaterais das medicações utilizadas;
- k) Informar sobre o comprometimento que a equipe espera do próprio usuário e de seus acompanhantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intervenções psicológicas voltadas aos profissionais da saúde deverão desempenhar um papel central para lidar com os impactos na saúde mental em decorrência da pandemia do COVID-19, sendo importante que essas intervenções sejam precoces. Portanto, para minimizar impactos negativos e promover saúde mental, bem como em momentos posteriores, essas intervenções envolvem a realização de um acompanhamento profissional e adaptado para cada funcionário quando se fizer necessário o atendimento psicológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAO, Y., SUN, Y., MENG, S., SHI, J., & LU, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3

HALL, R. C. W., HALL, R., & CHAPMAN, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: Lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 446-452. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.05.003

JIANG, X., DENG, L., ZHU, Y., JI, H., TAO, L., LIU, L., ...&JI, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 286, 112903. doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903

LIMA, D. S., ALBERTO, J., LEITE, D., VINICIUS, M., ARAÚJO, S., et al. (2020). Recommendations for emergency surgery during the COVID-19 pandemic. *CJMB*, 8(1), 1-3. doi: ./-811.%./-811.https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3176.p1- 3.2020

LI, Z., GE, J., YANG, M., FENG, J., QIAO, M., et al. (2020b). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*.

TAYLOR, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

ANEXOS

ANEXO A - DECRETO Nº 1.865, DE 23 DE MARÇO DE 2020

DECRETO Nº 1.865, DE 23 DE MARÇO DE 2020. Dispõe sobre medidas relativas ao enfrentamento da pandemia coronavírus (Covid-19). A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, inciso III, da Lei Orgânica do Município, e com fulcro na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

CONSIDERANDO a declaração pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, de pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2);

CONSIDERANDO que o avanço do COVID-19 é uma realidade a ser enfrentada por toda a sociedade, e que a Organização mundial da Saúde classificou a situação mundial como pandemia;

CONSIDERANDO ser imprescindível medidas efetivas e preventivas adicionais para a preservação da saúde pública no Município;

DECLARA:

Art. 1º Ficam excluídas das suspensões de atividades previstas no Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, as obras de construção civil com trabalhadores referentes a equipamentos de saúde pública, bem como aquelas, que embora privadas, possam ser utilizadas pelo Poder Público no enfrentamento da pandemia coronavírus (COVID-19).

Parágrafo único. Para os fins de que trata a parte final do caput, compete à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Serviços Regionais conjuntamente com Secretaria Municipal da Saúde verificar, em caso de necessidade pública, a existência de obra privada em andamento que possa ser utilizada no enfrentamento do COVID-19, para que seja emitida autorização de continuidade dos trabalhos, sendo obrigatório à empresa disponibilizar máscaras e álcool gel 70% (setenta por cento) aos trabalhadores.

Art. 2º Fica delegado ao Comitê de Governança instituído pelo Decreto nº 1.737, de 10 de maio de 2019, enquanto perdurar a pandemia COVID-19, a autorização de todos os processos de compras no âmbito do Poder Executivo do Município.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 23 de março de 2020.

ANEXO B - DECRETO N° 1.859, DE 18 DE MARÇO DE 2020

DECRETO N° 1.859, DE 18 DE MARÇO DE 2020. Altera o Decreto n° 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), nas partes que especifica.

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, incisos III e XXXIV, da Lei Orgânica do Município, e com fulcro na Lei Federal n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

D E C R E T A:

Art. 1° O Decreto n° 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 8° Os servidores públicos municipais que retornarem de férias ou afastamentos legais, que chegarem de locais ou países com transmissão do COVID-19, deverão comunicar via telefone o fato aos respectivos departamentos de pessoal de seus órgãos de lotação para serem orientados quanto à apresentação de documentos comprobatórios, tais como: passagens aéreas, hospedagem, abastecimento, bem como, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, para o preenchimento da notificação de isolamento. (NR)

§ 1° São estabelecidas para os servidores de que trata o caput as regras a seguir: (NR)

I - caso estejam assintomáticos, deverão ficar afastados por 7 (sete) dias consecutivos, a contar da data da chegada da viagem, e, não apresentados sintomas relacionados ao COVID-19 no período, retornar ao trabalho;

II - caso estejam sintomáticos, deverão procurar imediatamente os serviços de saúde para avaliação médica e obedecer a todas orientações, sob pena de responsabilização nos termos previstos em lei.

§ 3° Nas hipóteses do inciso II do § 1° deste artigo, os servidores deverão entrar em contato telefônico com o respectivo departamento de pessoal e enviar a cópia digital do atestado médico por e-mail. (NR)

§ 5° O afastamento de que trata o caput não incidirá qualquer prejuízo de ordem funcional/previdenciária. (NR)”

“Art. 12. Ficam suspensas por tempo indeterminado as atividades:

I - em feiras livres;

II - em shopping centers e estabelecimentos situados em galerias ou polos comerciais de rua;

III - em cinemas, clubes, academias, bares, restaurantes, boates, teatros, casas de espetáculos e casas de eventos;

IV - de saúde pública bucal/odontológica, exceto aquelas relacionadas ao atendimento de urgências e emergências;

V - em escolas particulares.

§ 1° A suspensão de que trata o caput deste artigo abrange ainda:

I - eventos, reuniões e/ou atividades sujeitas a aglomeração de pessoas, sejam elas governamentais, artísticas, esportivas e científicas do setor público, sendo as medidas

adotadas recomendadas ao setor privado, somando-se as atividades comerciais e religiosas;

II - eventos anteriormente autorizados pela Administração Municipal e, ainda, enquanto perdurar a emergência, estará suspensa a emissão de novos alvarás e cancelados aqueles porventura emitidos.

§ 2º Não se incluem nas suspensões os estabelecimentos médicos, hospitalares, unidades de saúde, laboratórios de análises clínicas, farmacêuticos, psicológicos, clínicas de fisioterapia e de vacinação, distribuidoras e revendedoras de gás, postos de combustíveis, supermercados e congêneres.

§ 3º Excetua-se às restrições deste artigo o atendimento mediante serviço de entrega.

§ 4º Os bares e restaurantes instalados em estabelecimentos de hospedagem, para atendimento exclusivo dos hóspedes, deverão observar, na organização de suas mesas, a distância mínima de 2 (dois) metros entre elas.

§ 5º Aos estabelecimentos afetados pelas medidas estabelecidas neste artigo abre-se a possibilidade de concessão de férias coletivas nos termos do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de janeiro de 1943 (CLT). (NR)” “

Art. 14. Ficam suspensos:

I - as aulas nas escolas públicas municipais e centros municipais de educação infantil;

II - o atendimento ao público nos órgãos e entidades municipal, exceto para unidades de saúde, conselhos tutelares e serviços essenciais de atendimento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, tais como: plantão social e casas de acolhimento;

III - os prazos administrativos e tributários previstos na legislação municipal.

Art. 15. Os titulares da administração direta e indireta do Município ficam autorizados, por ato próprio, a estabelecer escalas de horários para o cumprimento da jornada de trabalho, desde que seja mantida a eficiência e que não haja prejuízos à população, convocar servidores públicos municipais, autorizar horas extras, bem como determinar as atividades home office para funções administrativas que não exijam a permanência na unidade setorial e para servidores: (NR)

I - acima de 60 (sessenta) anos;

II - com diagnóstico de comorbidade e de enfermidades que se enquadrem no grupo de risco, conforme estabelecido no Ministério da Saúde, mediante laudos comprobatórios das patologias. Parágrafo único. O disposto no caput deste artigo tem a finalidade de diminuir a aglomeração de passageiros em horários de pico no transporte público de Palmas e de minimizar os riscos à saúde de servidores. (NR)

Art. 16. Os titulares dos órgãos e entidades adotarão todas as medidas de prevenção necessárias para evitar a contaminação dos servidores e usuários pelo COVID-19 e devem comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita de contaminação. (NR)

§ 3º Fica dispensado o registro biométrico de frequência, a fim de diminuir a possibilidade de transmissão do COVID-19, e, aos departamentos de pessoal, autorizada a confecção de folha de ponto convencional, mediante o atesto da frequência pela chefia imediata.”

“Art. 19. Os serviços públicos e privados suspensos por este Decreto, mediante avaliação de comitê a ser designado pela Chefe do Poder Executivo, poderão ser reestabelecidos a qualquer tempo, de acordo com a evolução do cenário epidemiológico. (NR)”

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 18 de março de 2020.

ANEXO C - DECRETO Nº 1.863, DE 22 DE MARÇO DE 2020

DECRETO Nº 1.863, DE 22 DE MARÇO DE 2020.

Altera o Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), nas partes que especifica.

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, incisos III e XXXIV, da Lei Orgânica do Município, e com fulcro na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

D E C R E T A:

Art. 1º O art. 12 do Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.12.....

II - em shopping centers, lojas e comércio em geral, inclusive casas de material de construção, distribuidoras de bebidas que mantenham venda a varejo em balcão, lojas de conveniência de postos combustíveis e concessionárias de automóveis; (NR)

.....
VI - de casas lotéricas;

VII - de moto táxi;

VIII - de embarcação do tipo flutuante;

IX - de prestação de serviço de transporte coletivo urbano e rural, de caráter público ou privado, que exceda à metade da capacidade de usuários sentados;

X - de construção civil, com uso de mão de obra.

§1º

II - eventos anteriormente autorizados pela Administração Municipal e, ainda, enquanto perdurar a emergência, estará suspensa a emissão de novos alvarás e cancelados aqueles porventura emitidos; (NR) III - a presença de pessoas, além do 3º (terceiro) grau de parentesco, em velórios e cortejos, sendo que devem ser tomadas as medidas de proteção preventiva, quais sejam: uso de máscaras, disponibilização de álcool 70% (setenta por cento) e distanciamento entre os enlutados; IV - festas em residências, com aglomeração de pessoas, a fim de proteger a saúde pública; V - a utilização dos píeres 1 e 2, localizados na Praia da Graciosa.

§ 6º O descumprimento do contido neste artigo sujeitará o infrator, conforme o caso, às penalidades administrativas, cíveis e criminais, inclusive cassação de alvará, para atividades comerciais, na hipótese de reincidência.”

Art. 2º É acrescido o art. 12-A ao Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, com a seguinte redação:

“Art. 12-A. Para cumprir o previsto neste Decreto, fica estabelecido:

I - os fornecedores de alimentos (hipermercados, supermercados e mercados), de remédios e congêneres devem fixar:

- a) limites quantitativos para aquisição de bens essenciais à alimentação, saúde e higiene, primando o bem comum da população;
- b) horários ou setores exclusivos para o atendimento de idosos, bem como a limitação de entrada de pessoas por vez, de acordo com o tamanho do estabelecimento, a fim de garantir a distância mínima de 2 (dois) metros entre as pessoas em todos os ambientes, para resguardar a saúde pública;
- c) em pontos estratégicos dispensadores com álcool gel 70% (setenta por cento), para o uso de clientes e trabalhadores, bem como manter a permanente higienização dos ambientes;

II - para a manutenção de atividades internas em estabelecimentos privados, quando autorizados para o funcionamento, deverá ser respeitada a distância mínima de 2 (dois) metros entre as mesas de trabalho, bem como serem estabelecidos pelos gestores, sempre que possível, escala de revezamento para evitar a junção de grande número de pessoas nos mesmos horários;

III - para prestação de serviço de transporte coletivo urbano e rural, bem como transporte em veículos via aplicativos e táxi, obrigatoriamente aos responsáveis:

- a) a realização de limpeza minuciosa diária dos veículos com a utilização de produtos que impeçam a propagação do COVID-19;
- b) higienização do sistema de ar-condicionado;
- c) disponibilização em local de fácil acesso aos passageiros, preferencialmente na entrada e na saída dos veículos, de álcool em gel 70% (setenta por cento);
- d) manutenção de alçapões de teto e de janelas abertas para manter o ambiente arejado, sempre que possível.”

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 22 de março de 2020.

ANEXO D – DECRETO Nº 1.884, DE 27 DE ABRIL DE 2020

DECRETO Nº 1.884, DE 27 DE ABRIL DE 2020. Dispõe sobre a obrigatoriedade de uso de máscara de proteção, na forma que especifica, como medida de enfrentamento à transmissão comunitária do novo coronavírus (COVID-19), e dá outras providências.

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, inciso III, da Lei Orgânica do Município, CONSIDERANDO a necessidade de mitigar a disseminação do novo coronavírus (COVID-19) em razão dos elevados riscos à saúde pública,

D E C R E T A:

Art. 1º Passa a ser obrigatório o uso de máscara de proteção, preferencialmente reutilizável, a partir de 4 de maio de 2020, para todos os munícipes que transitem em espaços públicos, como ruas, praças, estabelecimentos públicos e privados e demais espaços abertos ao público, transporte coletivo, transporte individual, táxis ou por aplicativos e outros, para evitar transmissão comunitária do coronavírus (COVID – 19).

Parágrafo único. Para os fins do disposto no caput deste artigo:

I - o uso de máscara por clientes e colaboradores é condição para o funcionamento de estabelecimento privado, bem como para o acesso de usuários aos veículos de transporte de passageiros (coletivo ou individual);

II - é responsabilidade dos proprietários de estabelecimentos privados e de veículos de transporte de passageiros o fornecimento gratuito de máscaras aos colaboradores.

Art. 2º Compete aos estabelecimentos citados no caput do art. 1º e aos proprietários de veículos de transporte de passageiros a exigência e o incentivo do cumprimento do disposto neste Decreto.

Art. 3º Em caso de descumprimento da determinação estabelecida neste Decreto, o agente municipal poderá autuar em flagrante o infrator e aplicar multa por meio de guia a ser expedida pelo Município, a saber:

I - munícipe multa no valor de R\$ 80,00 (oitenta reais), e retirada do espaço público, que poderá ser espontânea ou, em caso de resistência, coercitiva pela autoridade pública;

II - proprietário de estabelecimento privado ou de veículo de transporte de passageiros, multa no valor de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais) por pessoa, e, em caso de reincidência, cassação do alvará/licença de funcionamento.

Parágrafo único. Os recursos oriundos da aplicação de multa serão destinados às ações de combate ao novo coronavírus.

Art. 4º As medidas adotadas neste Decreto não excluem outras ações fiscalizatórias, nem exime o infrator das demais sanções administrativas, cíveis e criminais cabíveis.

Art. 5º O Município se obriga a manter postos de entrega de máscaras de proteção para pessoas inscritas no cadastro único para programas sociais (CadÚnico) ou que se autodeclararem carentes, em endereços a serem amplamente divulgados pela Administração por meio de comunicados oficiais em jornais e redes sociais.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 27 de abril de 2020.

ANEXO E - DECRETO Nº 1.886, DE 30 DE ABRIL DE 2020

DECRETO Nº 1.886, DE 30 DE ABRIL DE 2020. Altera o Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, conforme especifica.

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, incisos III e XXXIV, da Lei Orgânica do Município, e com fulcro na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

D E C R E T A:

Art. 1º O inciso IX do art. 12 do Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.12.....

....

IX - de prestação de serviço de transporte coletivo urbano e rural, de caráter público ou privado, que exceda 100% (cem por cento) da capacidade de usuários sentados; (NR).....”

Art. 2º O inciso III do art. 14 do Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.14.....

....

III - os prazos administrativos e tributários previstos na legislação municipal, excetuados aqueles decorrentes de procedimentos licitatórios e de medidas impostas pela Administração em razão da pandemia pelo novo coronavírus. (NR)”

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 30 de abril de 2020.

ANEXO F - DECRETO Nº 1.953, DE 9 DE OUTUBRO DE 2020

DECRETO Nº 1.953, DE 9 DE OUTUBRO DE 2020. Dispõe a criação da Comissão de Monitoramento ao cumprimento dos decretos municipais que estabelecem medidas protetivas contra a Covid-19, conforme especifica.

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, inciso III, da Lei Orgânica do Município,

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer órgãos responsáveis pelo monitoramento do cumprimento dos decretos municipais que estabelecem medidas protetivas contra a Covid-19, a fim de que sejam determinadas e efetivadas medidas rápidas de proteção da saúde pública em caso de desrespeito por setores comerciais/industriais ou pela população,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica criada Comissão de Monitoramento ao cumprimento dos decretos municipais que estabelecem medidas protetivas contra à Covid-19, composta por titulares e secretários executivos dos órgãos a seguir:

I - Secretaria Municipal da Saúde, mediante o apoio da Vigilância Sanitária;

II - Secretaria Municipal de Segurança e Mobilidade Urbana;

III - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Serviços Regionais.

§ 1º A duração da Comissão de Monitoramento se dará enquanto perdurar o Estado de Calamidade decorrente da pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19).

§ 2º O Secretário Executivo da Secretaria Municipal da Saúde presidirá a Comissão.

§ 3º A Comissão regulamentará as suas atividades por meio de portaria conjunta das Pastas que a integram.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Palmas, 9 de outubro de 2020.

ANEXO G - DECRETO Nº 1.961, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2020

DECRETO Nº 1.961, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2020. Revoga o inciso III do art. 14 do Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19).

A PREFEITA DE PALMAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 71, incisos I e III, da Lei Orgânica do Município,

D E C R E T A:

Art. 1º É revogado o inciso III do art. 14 do Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020, que declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19).

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 05 de novembro de 2020.

ANEXO H - LEI Nº 2.590, DE 9 DE MARÇO DE 2021

LEI Nº 2.590, DE 9 DE MARÇO DE 2021. Ratifica protocolo de intenções firmado entre municípios brasileiros, com a finalidade de adquirir vacinas para combate à pandemia do coronavírus; medicamentos, insumos e equipamentos na área da saúde.

A PREFEITA DE PALMAS Faço saber que a Câmara Municipal de Palmas decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica ratificado, nos termos da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, regulamentada pelo Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, o Protocolo de Intenções firmado entre municípios de todas as regiões da República Federativa do Brasil, visando precipuamente a aquisição de vacinas para combate à pandemia do coronavírus, além de outras finalidades de interesse público relativas à aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos na área da saúde.

Art. 2º O Protocolo de Intenções, após sua ratificação, converter-se-á em contrato de Consórcio Público.

Art. 3º O Consórcio que ora se ratifica terá a personalidade jurídica de direito público, com natureza autárquica.

Art. 4º Fica autorizada a abertura de dotação orçamentária própria para fins de cumprimento do art.8º da Lei nº 11.107, de 2005, podendo ser suplementadas em caso de necessidade.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, 9 de março de 2021.