

Débora Pena Batista e Silva
José Edmilson Silva Gomes
Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Marlene Marques Ávila



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

O NOVO CORONAVÍRUS E SEUS DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Débora Pena Batista e Silva
José Edmilson Silva Gomes
Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Marlene Marques Ávila

ORGANIZADORES

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

O NOVO CORONAVÍRUS E SEUS DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
Seminário Temático – Saúde Coletiva e o SUS

1a Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

A Série **Atenção Básica e Educação na Saúde** é composta por livros e coletâneas organizadas a partir de resultados de pesquisas empíricas e teóricas sobre temas relacionados à Educação na Saúde e à organização da Atenção Básica, com ênfase nas modelagens teóricas voltadas à integralidade, à educação permanente em saúde. São dados tecidos a partir de experiências e vivências dos diversos olhares de profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde. Os originais são submetidos ao Conselho Editorial da Editora Rede UNIDA, acompanhados de pareceres escritos de profissionais de notório saber na área temática de cada publicação, cujo processo de avaliação procura respeitar o sistema de duplo cego, preservando a identidade do autor e do avaliador.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Arte Capa

Francisco Edmilson de Araújo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

B333n Batista e Silva, Débora Pena (org.) et al.

O Novo Coronavírus e seus desafios para o Sistema Único de Saúde / Organizadores: Débora Pena Batista e Silva, José Edmilson Silva Gomes, Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Maria Marlene Marques Ávila; Prefácio de Sueli Goi Barrios. – 1. ed. -- Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

86 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-65-87180-17-5

DOI: 10.18310/9786587180175

1. Coronavírus. 2. Educação na Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. SUS. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180013

CDD 610.6:303.485
CDU 616-036.21

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).
2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia.

Catálogo elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





Dedicatória

*Aos trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde que
bravamente têm enfrentado essa pandemia;*

A todas as vidas que partiram das comunidades que habitavam;

A todas as vítimas vencidas pela COVID-19.

Epígrafe

ORISSON

No primeiro entardecer, as montanhas

banhadas de ouro

Raios amarelos douravam o horizonte

Me cobriam de luz, momento eterno.

No primeiro amanhecer, o horizonte de ametista

Luz rosácea refulgia na silhueta das árvores

Entre a noite que se despede e o dia que se anuncia,

Momento sereno de oração, de entrega,

Seguido pela certeza do Caminho.

Mas, onde me levará essa jornada?

Marlene Ávila

Prefácio

A pandemia é tempo de agir e de esperar

Primeiro dizer da emoção em ser convidada para prefaciar este livro. Confesso minha surpresa pelo convite, pois não estar na academia nos afasta um pouco destas atividades da escrita, e pela primeira vez me aventuro a dizer sim, e me desafio a cumprir esta importante tarefa. Por outro lado, vejo-me diante de uma sensação que não pode ser naturalizada, não no país em que Paulo Freire nasceu e viveu grande parte da sua vida e para quem a naturalização é um “lugar” para produzir e compartilhar conhecimento. A experiência acumulada durante a pandemia de COVID-19, o enfrentamento ao negacionismo da ciência e da aprendizagem coletiva e internacional com relação à pandemia, a intensa produção de redes pelo controle social em saúde para respostas ao imobilismo da ação governamental em muitas localidades, geram aprendizagem que pode ser compartilhada na forma escrita. Também, a dor de cada morte das centenas de milhares de vidas que estão sendo perdidas nesse período: vidas pretas, amarelas, pobres, idosas, jovens, femininas, de trabalhadores e trabalhadoras da saúde e demais áreas essenciais, de pessoas vivendo na rua, de pessoas obrigadas ao trabalho por um sistema que se expressa na falta de solidariedade de muitos empregadores, de pessoas com sonhos e projetos de futuro, de pessoas solidárias, de pessoas com grande proximidade...

Se o tempo nos mostra uma enorme crise civilizatória, a capacidade de reação de coletivos e movimentos, buscando contraposições aos equívocos da resposta oficial brasileira, mas também, e principalmente, abrindo espaços na aprendizagem individual e nas respostas coletivas articuladas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Rede Unida constituem um lugar, em que me permito sim, falar sobre todas as saúdes que tenho aprendido e sobre toda a relevância social que o trabalho em saúde tem. Da mesma forma, me permito falar sobre o trabalho docente e discente, que a área da saúde e das áreas próximas, têm produzido no enfrentamento cotidiano da pandemia. Minha disponibilidade ética é do esperançamento freireano, e foi com a alma mobilizada por essa energia, que ocupei o lugar da escrita do prefácio.

E faço isso com alegria, porque ao ir lendo, cada capítulo deste livro, me identificava com cada uma e um dos autores, como militante na luta pela construção da democracia, da saúde como direito humano, do Sistema Único de Saúde, como política resultante de muitas lutas e enfrentamentos para garantir que o SUS fosse o sistema de saúde brasileiro, universal, equânime, integral, com participação social. Me enxerguei na condição de Conselheira Nacional de Saúde, no exercício do Controle Social, vivenciando a maior crise política, social, econômica, ética, sanitária e humanitária, diante da maior pandemia do século, causada pelo coronavírus, sob a gestão de um governo que explicitamente tem polarizado a economia contra a defesa da vida, priorizando o mercado financeiro, se importando pouco ou nada com a vida dos brasileiros e brasileiras.

Me enxerguei no lugar de atuação e me senti fortalecida também nesse lugar, mostrando a potência de uma aliança entre o produzir e O compartilhar conhecimentos e o lutar por mundos melhores, saúdes mais justas e generosas para todos e todas e, sobretudo, mais justiça social, compensando as injustiças que o processo de desenvolvimento econômico e social contemporâneo foi produzindo com pessoas e grupos. Essa injustiça hierarquiza as vidas e é isso que a pandemia demonstra como sintoma: pobres, negros, índios, pessoas vivendo na rua.... A pandemia não é democrática e igualitária; ela explicita uma injustiça e um preconceito que estão estruturados na nossa sociedade e na nossa cultura. É preciso uma grande aliança entre o trabalho inclusivo nas políticas sociais, o desenvolvimento dos sistemas públicos de saúde e educação e a produção de pensamentos emancipatórios e libertários para superar a pandemia e a crise que lhe é anterior e que lhe dá o sentido dramático que vem tendo em todo mundo, mas muito particularmente nos países com pensamento colonialista e com idolatria à produção de riquezas e o consumo desenfreado.

Conforme avançava na leitura, dialogava com os autores e autoras e pensava, o quanto deve ter sido desafiador para cada um e cada uma escrever sobre um tema onde quase tudo é desconhecido e incerto, e cuja construção de conhecimento está se dando passo a passo, dia a dia, a partir das experiências do cotidiano. Portanto, de pensar e escrever sobre um problema real, do aqui e agora, da vida como ela é, no mundo, no Brasil e nas diferentes regiões do país, nas grandes e pequenas cidades, periferias e interiores.

Estas reflexões, certamente gerarão uma aprendizagem nos atores envolvidos, que ampliarão o significado do processo de ensino e pesquisa e sua capacidade de conexão com as necessidades do sistema de saúde, aproximando a teoria da prática, tão necessária para o fortalecimento do SUS. Não é pouca a força de resistência do local, do singular, do recorte da experiência de relação construtiva entre trabalhadores e usuários no território, construindo formas de cuidar, formas de prevenir e formas de defender a vida nas condições concretas que constituem os cotidianos em que esses encontros acontecem. Não é da mesma ordem esse conhecimento que se produz em redes e que, ao final, produz as redes que constituem o cuidado, que aquele conhecimento enciclopédico que povoou a infância das nossas avós e de nossos avôs. Aquele se projetava sobre as pessoas e sobre os afazeres do cotidiano. Agora, avançamos para um contexto em que os conhecimentos do cotidiano, em diálogo com aqueles, constituem novos formatos e produzem novas redes de saber e de fazer. Essa é a potência da descentralização, que fala de pensamentos libertários e emancipadores, como formulou Paulo Freire, mas que demonstra a potência do SUS. Não responde às ordens necropolíticas de um governo central tomado de fascismos em relação às diversidades da vida, mas, ao contrário, vai inventando formas de cuidar e defender todas as vidas, mas cada uma de forma singular, conforme suas necessidades e da possibilidade objetiva.

Mesmo que a pandemia tenha dado às autoridades brasileiras algum tempo para preparar ações e serviços de saúde, na perspectiva de minimizar os efeitos devastadores da doença, o que vimos é que, desde seu início, convivemos com a irresponsabilidade e incapacidade do governo federal em coordenar ações para o enfrentamento dessa grave crise sanitária, com ausência, inércia, e até mesmo boicote das autoridades, resultado do negacionismo do titular do governo federal e das suas escolhas políticas, de enfrentamento da ciência e das recomendações da Organização Mundial da Saúde na contramão daquilo que o mundo tem apontado.

O fato é que o Brasil, após quatro meses do início da pandemia, se transformou no epicentro da doença na América Latina, ocupando o segundo lugar no mundo em casos de pessoas infectadas e de pessoas que perderam suas vidas, muitas, sabemos, evitáveis. Apesar disso, continuamos sem um plano oficial de enfrentamento da pandemia, e sem um titular no Ministério da Saúde. Apesar

disso, a cobertura midiática nos mostra diariamente que a pandemia e as vidas dos brasileiros e brasileiras que adoecem e morrem desnecessariamente todos os dias não mobiliza a agenda presidencial nem do *staff* que o acompanha, ocupando lugares no aparelho do estado e, paradoxalmente, esvaziando o Estado brasileiro de suas funções mais nobres, que lhe delegou a Constituição de 1988.

Neste cenário em que milhares de famílias choram a perda de seus familiares, o Conselho Nacional de Saúde cumpre um papel importante na defesa da vida, das muitas vidas que nos importam, tem sido a voz de muitos para denunciar o descaso, a irresponsabilidade das atitudes genocidas deste governo, porque diferente do que dizem, essa pandemia não é democrática, ela não atinge todos do mesmo jeito, ela desnuda as grandes desigualdades sociais históricas existentes em nosso país e as iniquidades em saúde, inaceitáveis nos impactos e no acesso aos cuidados de saúde.

Apesar dos primeiros casos de COVID-19 terem sido inicialmente confirmados em pessoas com condições econômicas mais elevadas, logo se espalhou atingindo comunidades periféricas e do interior, que vivem em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso à água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas. Estudos têm demonstrado que o número de mortes entre pobres, negros, indígenas, quilombolas, pessoas com menor escolaridade é muitas vezes maior quando comparado aos óbitos entre pessoas de raça branca, nos dizendo que a pandemia tem cor, raça, etnia e localização.

Uma doença que não tem medicamento, não tem vacina. O tratamento é o cuidado que os profissionais de saúde são capazes de disponibilizar para tratar as pessoas e a melhor forma de mitigar os seus efeitos, é o isolamento social, junto com medidas governamentais para apoiar os serviços essenciais e a vida daqueles que já vivem situações de vulnerabilidade.

O isolamento social, para muitos, não é viável sem políticas e iniciativas de proteção, pois precisam sair de suas casas para trabalhar e prover o sustento de suas famílias, ou porque em suas casas moram muitas pessoas em poucos cômodos, ou mesmo porque não têm casa e o governo não disponibiliza políticas de proteção social, capazes de priorizar e garantir a vida das pessoas. Mas o território brasileiro é diverso e em muitas localidades, as respostas à pandemia têm mobilizado resistência e uma capacidade singular de defender a vida e a saúde de

pessoas e coletividades. A definição constitucional de um sistema descentralizado de saúde com autonomia local, mesmo que relativa, torna a resistência possível. Há respostas criativas e inovadoras acontecendo em todo o Brasil, mostrando a força do SUS diante de tantas adversidades.

A pandemia se dá com o Sistema de Saúde ainda não consolidado, submetido a um processo de desmonte em período recente, quer seja pela lógica do modelo de atenção à saúde com a descaracterização da Atenção Básica, como ordenadora da Rede de Atenção, da Rede de Atenção Psicossocial, do programa Mais Médicos, só para citar alguns, como também pelo contexto das políticas de austeridade fiscal, representada pelo desfinanciamento do SUS, a partir da Emenda Constitucional – EC 95, que congelou por vinte anos os recursos para saúde, e da Portaria do Ministério da Saúde 2979/19, que impõe novo financiamento da Atenção Primária a Saúde (APS), deixando de priorizar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e alterando a forma de repasses de recursos para os municípios. A política pública de saúde sem capacidade de pleno financiamento de sua rede de saúde de forma equitativa, concentra profissionais e equipamentos de saúde em algumas regiões com maior concentração de riqueza, deixando importantes vazios assistenciais desde a APS, até a estrutura hospitalar, principalmente de leitos de UTI. Foi nesse contexto que a pandemia se instalou no País.

A pandemia de COVID 19 representa um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, não é diferente para o SUS, mas a despeito de tudo isso, sua capilaridade que se faz em rede articulada, presente em todos os municípios e estados é a fortaleza que nos guarda de uma tragédia maior e mesmo em meio à crise sanitária e política, resiste salvando vidas, todas as vidas.

É a potência de um SUS descentralizado, resistente e criativo que o livro “O NOVO CORONAVÍRUS E SEUS DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” encontra e fortalece. Encontra, por incluir lugares de produção de saúde, de enfrentamento criativo e desafiador da pandemia, de defesa intransigente de cada vida e por ser cenário de aprendizagem e lugar de ordenamento da formação profissional; fortalece por apresentar às pessoas interessadas na temática, muitos subsídios para sua proteção, para a proteção das demais pessoas com quem convive e trabalha e para quem trabalha na área da saúde, seja na gestão, na atenção, na participação e na formação, subsídios relevantes, desde estudos e análises de

orientações oficiais, da experiência dos diferentes países à aprendizagem nas experiências próprias.

A leitura dos textos e a organização do livro nos permitem comemorar a existência do SUS, das universidades públicas, da produção científica e do desenvolvimento de tecnologias para a saúde e para a educação. Nos permite resistir e lutar pelo fortalecimento das políticas públicas inclusivas e pela defesa do SUS, mesmo em tempos de pandemia.

Comemoro o livro e recomendo sua leitura.

Sueli Goi Barrios
Conselho Nacional de Saúde
Rede Unida

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

%	Porcentagem
≥	Maior ou igual
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BBC	British Broadcasting Corporation
BRA	Bloqueadores do Receptor de Angiotensina
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEMUN	Célula de Imunização
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
COVEO	Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
COVID-19	Coronavírus
CSSE	Systems Science and Engineering
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ECMO	Oxigenação por Membrana Extracorpórea
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	Estados Unidos da América
H1N1	Vírus da Influenza
HFNO	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JHU	Johns Hopkins University
L/min	Litros por minuto
L/s	Litros por segundo
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
NIOSH	Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional
Nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PCI	Prevenção e Controle de Infecção
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
R\$	Real
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESA	Secretaria da Saúde do Estado
SpO2	Saturação de Oxigênio em Sangue Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Sumário

Prefácio	11
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	17
Apresentação	21
1	
NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)	23
2	
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO:	29
3	
REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS MEDIDAS TOMADAS NOS PAÍSES: CHINA, COREIA, ITÁLIA, ESTADOS UNIDOS E BRASIL	41
4	
A REFLEXÃO SOBRE AS DIFERENTES POSTURAS DOS GOVERNANTES E AS REPERCUSSÕES SOCIAIS DA PANDEMIA	50
5	
DESAFIOS PARA O SUS	61
Referências	72
Sobre os Autores	81



Apresentação

“Tinha uma pedra no meio do caminho,
No meio do caminho tinha uma pedra”
Carlos Drummond de Andrade

No final de 2019 ocorreu na China, um surto de pneumonia, cuja causa era desconhecida, rapidamente tomou proporções epidêmicas e os esforços para controlar sua disseminação culminaram com a descoberta de um novo Coronavírus de rápida propagação. Em curto espaço de tempo a doença se disseminou entre outros países orientais e chegou ao ocidente o que levou a Organização Mundial de Saúde declará-la em janeiro de 2020 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em março como uma pandemia.

No Brasil o primeiro caso foi identificado em São Paulo em fevereiro de 2020 e um mês depois a transmissão do vírus passou a ser considerada comunitária pelo Ministério da Saúde. Neste mesmo mês, foi identificado o primeiro caso no Ceará. Dada a rápida expansão da nova doença o isolamento social foi adotado como principal medida preventiva.

Foi neste cenário, que em fevereiro de 2020 se deu início à disciplina Seminário Temático I – Saúde Coletiva e o SUS, a qual integra o currículo do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará e tem como objetivo incentivar a discussão e o debate sobre a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde despertando nos (nas) estudantes a criticidade capaz de propor mudanças e inovações na formulação de políticas e práticas em saúde. Apesar do quadro mundial, ao ser iniciada a disciplina, não se tinha a menor ideia da sua rápida disseminação no Brasil e como o Ceará seria atingido pela pandemia da COVID-19, adotando o distanciamento social no mês de março, o que determinou a suspensão das aulas presenciais e a necessidade de se criar formas de continuar a disciplina à distância, o que tem sido nomeado de ensino remoto emergencial.

A pandemia se tornou então o principal problema de saúde pública e o debate mais atual da Saúde Coletiva, mobilizando estudiosos e estudiosas de

todo o mundo nas pesquisas sobre o coronavírus. A pandemia e o desafio que seu combate representava para os sistemas de saúde em todo o mundo passaram a polarizar a discussão na disciplina.

Desta forma, as professoras visualizaram que esse acontecimento, ao mudar trajetórias inicialmente planejadas, tensionava a constituição de uma base de formulações para um momento em devir, e dava a visibilidade entre outras questões a um aprendizado que o vírus poderia fomentar: reforço ao encontro de diferentes saberes e conhecimentos; desenho de políticas públicas inclusivas e base social fortalecida, além do respeito às diferentes formas de pensar para superação dos limites impostos às singularidades territoriais. Apresentaram então aos mestrandos e mestrandas o desafio de realizar coletivamente em perspectiva rizomática uma pesquisa o mais abrangente possível, cujo resultado deveria compor um texto com informações relevantes e necessárias tecidas pelo compromisso ético com as vidas (des)territorializadas pela pandemia, no mundo, no Brasil e no Ceará.

O percurso não estava claro e no caminho algumas pedras: produzir conhecimento, implica refletir e desenvolver criticamente proposições sobre o objeto do conhecimento, neste caso fazer isto em tempos de distanciamento social de forma coletiva; além disso, buscar as fontes adequadas para compor o mosaico da pandemia no mundo e seu enfrentamento nos contextos nacional e internacional, com o cuidado e rigor que o exercício acadêmico exige. O reforço democrático a escuta e leitura da diversidade presente no planeta

Consideramos que as pedras foram retiradas com êxito. A discussão e a reflexão produzida sobre o tema, constituem este livro composto pela apresentação; prefácio que nos instiga a aguçar o olhar sobre as iniquidades sociais expostas pela pandemia, que não atinge da mesma forma os diferentes grupos sociais, e como estes grupos mais vulneráveis dependem do SUS, que paradoxalmente se fortaleceu em meio ao caos estabelecido na saúde pública decorrente da falta de rumo do governo central; e cinco capítulos abordando a análise da pandemia no mundo e como diferentes países buscaram seu enfrentamento.

É esta produção feita coletiva e solidariamente, que ora apresentamos como contribuição do PPSAC à construção e divulgação de conhecimento sobre a COVID-19.

1

NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Para melhor compreensão sobre a pandemia do novo Coronavírus, é necessário, a priori, apresentar o conceito do que seja coronavírus. Desta forma, segundo o Ministério da Saúde (MS) (2020), são caracterizados como de uma grande família viral que desencadeiam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. É importante mencionar que os primeiros casos de coronavírus confirmados em humanos foram isolados, pela primeira vez, em 1937, mas, somente no ano de 1965, o vírus foi descrito como Coronavírus, em “decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa”.

No que se refere à caracterização do Coronavírus, é necessário destacar que são similares aos sintomas de resfriados e outras doenças respiratórias graves, tais como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Segundo o MS (2020), a maioria das pessoas se contaminam com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças mais predispostas a se infectar com o tipo mais comum do vírus.

Em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei na China, um surto de pneumonia com sua causa ainda desconhecida despertou atenção não apenas na China, mas também da Organização Mundial de Saúde (OMS). Profissionais chineses de saúde começaram a investigação imediata a fim de caracterizar e controlar a doença, destacando o isolamento de pessoas suspeitas de ter a doença, monitoramento de contatos, epidemiológicos e clínicos, coleta de dados dos pacientes e desenvolvimento de procedimentos de diagnóstico e tratamento (WANG *et al.*, 2020).

Ainda nesse contexto mundial, até 7 de janeiro de 2020, os cientistas chineses isolaram o Novo Coronavírus (nCoV) de pacientes em Wuhan, pelo qual conseguiram sequenciar seu genoma genético, produzir testes de diagnóstico (RT-PCR) e relatar a transmissão humano-humano (e seu risco de propagação mais ampla). Logo, apareceram novos casos exportados de

infecção do chamado inicialmente pelos autores de “2019-nCoV” sendo relatados na Tailândia, Japão, Coreia, Estados Unidos da América (EUA), Vietnã e Cingapura (WANG *et al.*, 2020).

Diante deste cenário, após estudos, a OMS identificou um novo vírus, o SARS-CoV-2, sendo responsável por causar a doença COVID-19. Os vírus desse tipo altamente patogênicos e infecciosos são responsáveis por causar SARS, assim como outros problemas gastrointestinais.

Definindo-a ainda, como uma variação clínica infecciosa de aspecto amplo, que se apresenta de um resfriado comum ou uma gripe leve, até um quadro de infecção pulmonar grave. A forma de transmissão ocorre principalmente por meio do contato próximo entre pessoas ou por tocar objetos ou superfícies contaminadas e em seguida tocar a boca, nariz e olhos. Os sintomas podem surgir entre um a doze dias após a exposição ao vírus (OPAS, 2020a).

Segundo a OMS (2020), em média, 80% dos pacientes acometidos pelo coronavírus podem se recuperar da doença sem precisar de tratamento especial. Uma em cada seis pessoas acometidas da COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade em respirar. As pessoas idosas e/ou com comorbidades crônicas como pressão alta, problemas cardíacos ou diabetes, têm maior probabilidade de desenvolver doenças graves.

Em sequência, a partir destas caracterizações sintomáticas e variantes do novo coronavírus, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou, que o surto da COVID-19 constitui uma emergência de Saúde Pública de importância internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

O primeiro caso confirmado da doença no Brasil foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, tratava-se de um viajante que havia chegado da Itália, o qual foi também o primeiro caso confirmado do vírus na América Latina (REDE BRASIL ATUAL, 2020). No mesmo mês, o Ministério da Saúde, declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), por meio da Portaria MS nº 188 de 03 de fevereiro de 2020.

Após praticamente um mês, em 20 de março de 2020, o MS declarou que a transmissão do vírus no Brasil passou a ser considerada comunitária, ou seja, ela se disseminou a ponto de não identificar mais as pessoas que importaram a doença, aparecendo casos que não estavam mais relacionados a pessoas que saíram do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Após o reconhecimento pelo governo da transmissão comunitária, o cenário da doença atualmente revela o avanço do coronavírus pelo interior do Brasil, além de capitais e regiões metropolitanas, disseminou-se nas cidades de médio e pequeno porte. Diante da extensão territorial do Brasil, além das áreas já citadas, é possível visualizar a dimensão e abrangência da doença. Decorrente de alguns fatores, entre os quais a exploração clandestina dos territórios indígenas, a doença avançou entre esta população, o que é por demais alarmante, dada sua alta vulnerabilidade e as fragilidades no sistema de saúde (FIOCRUZ, 2020a).

Alguns estados ou regiões evidenciaram uma constância no número de casos ou uma intermitência no ritmo do aumento das notificações que pode ser indicativo de uma limitação na velocidade de realização de testes, com insuficiência de exames, saturação ou falha no processo. “Não é possível dizer ainda que há o chamado ‘achatamento da curva’ nos estados. É preciso que se avalie cada local e sua capacidade de testagem”, ressalta o pesquisador da Fiocruz. O que se observa no Brasil é que a expectativa de aumento nos casos está relacionada à: vulnerabilidade geográfica (proximidade dos epicentros da epidemia); vulnerabilidade individual (proporção da população de idosos); vulnerabilidade social (fatores sociais potencializadores ou fragilizadores); e vulnerabilidade programática (insuficiência de equipamentos e leitos para a assistência) (FIOCRUZ, 2020b).

O vírus se espalha rapidamente, por ser transmitido por gotículas de saliva ou secreção nasal da pessoa que se encontra doente, ou ainda por indivíduos assintomáticos. O vírus também pode ficar na superfície de objetos que foram contaminados pela pessoa doente (BRASIL, 2020b).

Segundo o MS (BRASIL, 2020c):

O perfil dos casos confirmados no primeiro mês de ocorrência no

Brasil, os sinais e sintomas clínicos mais comuns em pacientes não hospitalizados foram tosse (73,7%), febre (68,8%), coriza (37,4%), dor de garganta (36,2%) e dispneia (5,6%). E entre os pacientes hospitalizados, os sintomas mais comuns foram febre (81,5%), tosse (79,8%), coriza (31,1%), dor de garganta (26,1%) e dispneia (26,1%). As comorbidades mais prevalentes no geral foram doença cardiovascular (7,4%), diabetes (2,9%), doença pulmonar crônica (2,1%) e neoplasia (1,0%).

A doença apresenta um perfil bastante variado e pode ainda ser assintomática, porém seu potencial de contaminação é alto o que leva a preocupação mundial, já que é uma doença nova, que ainda não possui uma vacina, sendo a prevenção, através do isolamento social e da adoção de medidas básicas de higiene pessoal e de cuidados sanitários com a coletividade, as ações mais eficazes para o controle da disseminação do vírus.

Em 14 de abril de 2020, segundo dados do MS (DATASUS, 2020), o Brasil encontrava-se com 25.262 casos confirmados, 14.026 recuperados, 1.532 óbitos e taxa de letalidade de 6,1 %. Situação considerada pela OMS (2020), como Risco Global muito alto. Segundo dados internacionais e de acordo com o MS (2020), atualizados até 26 de abril, há um alto número de casos confirmados espalhados pelo mundo, com concentrações em áreas globalizadas. Em abril de 2020 os EUA era o país com maior número de casos e de óbitos, 960.896 e 54.265, respectivamente, devido às complicações da doença (**Tabela 1**).

Ainda segundo o MS, até 07 de maio de 2020, o Brasil se encontra como o 11º país com maior taxa de casos e óbitos confirmados, 135.106 e 9.146, respectivamente (BRASIL, 2020c). Há ainda a discussão se esses números são representativos fiéis dos valores reais, já que no Brasil, os testes ainda não são disponibilizados para todas as pessoas que apresentam sintomas ou se enquadram como suspeitas de terem contraído o vírus.

Tabela 1: Distribuição dos casos COVID-19 entre os países com maior número de casos, atualizado em 26 de abril de 2020.

ID	PAÍSES E TERRITÓRIOS	CONFIRMADOS		ÓBITOS		LETALIDADE	POPULAÇÃO	MORTALIDADE POR 1.000.000 DE HABITANTES
		N	%	N	%			
1	Estados Unidos	960.896	33%	54.265	27%	5,6%	331.915.000	163
2	Espanha	223.759	8%	22.902	11%	10,2%	46.711.000	490
3	Itália	195.351	7%	26.384	13%	13,5%	60.250.000	438
4	França	161.488	6%	22.614	11%	14,0%	67.443.000	335
5	Alemanha	156.727	5%	5.880	3%	3,8%	82.678.000	71
6	Reino Unido	148.377	5%	20.319	10%	13,7%	67.224.000	302
7	Turquia	107.773	4%	2.706	1%	2,5%	84.339.000	32
8	Irã	90.481	3%	5.710	3%	6,3%	83.993.000	68
9	China	82.827	3%	4.632	2%	5,6%	1.401.379.000	3
10	Rússia	80.949	3%	747	0,4%	0,9%	144.222.000	5
11	Brasil	61.888	2%	4.205	2%	6,8%	212.559.000	20
TOTAL		2.940.993	100%	203.822	100%	6,9%	7.754.179.000	26

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Atualização em 26 de abril de 2020 (BRASIL, 2020a).

A maior parte dos casos, segundo o MS (DATASUS, 2020), concentra-se na região sudeste (14128; 55,9%), seguida do nordeste (5213; 20,6%) e norte (2416; 9,6%). Dentre as Unidades Federadas, São Paulo apresentou o maior número de casos confirmados da doença (9371), seguido do Rio de Janeiro (3410), Ceará (2005), Amazonas (1484) e Pernambuco (1284).

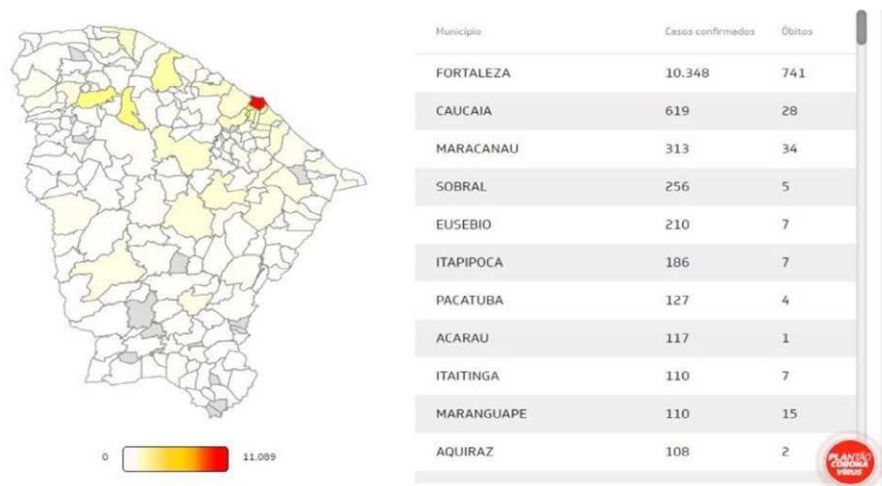
Em relação ao Ceará, de acordo com o boletim epidemiológico, em 5 de fevereiro de 2020 ainda não havia casos confirmados. No entanto, o estado já tinha formulado um plano de preparação para a pandemia, o qual tinha como objetivo ser um instrumento capaz de fornecer recomendações técnicas para o desenvolvimento e a estruturação da vigilância epidemiológica e medidas de prevenção e controle do nCoV. O plano contemplou diferentes áreas que deveriam atuar de forma articulada. Dentre estas: a vigilância epidemiológica, imunização, vigilância sanitária, vigilância laboratorial, atenção primária à saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além das ações de comunicação e divulgação (CEARÁ, 2020a).

No estado do Ceará, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), por meio da Célula de Imunização (CEMUN) e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) realizam atualmente o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados do novo Coronavírus (CEARÁ, 2020b; 2020f).

Dessa forma, o primeiro caso confirmado no estado do Ceará, se deu em 18 de fevereiro de 2020, na cidade de Fortaleza, de um viajante com histórico de deslocamento internacional (IntegraSUS, 2020). No que se refere à situação epidemiológica do Ceará, no dia 8 de maio de 2020, segundo dados do IntegraSUS, plataforma digital da SESA, o estado alcançou a marca de 14.956 casos confirmados, 966 óbitos e letalidade de 6.5%. A cidade com maior número de casos é Fortaleza (10.348), seguida de municípios da região metropolitana, Caucaia (619), Maracanaú (313).

De acordo com a **figura 1**, atualizado até 8 de maio de 2020, dos óbitos, 741 foram em Fortaleza, enquanto os demais foram em 82 municípios: Caucaia (28), Maracanaú (34), Maranguape (15), Sobral e Cascavel (5), Eusébio, Itaitinga, Iguatu e Itapipoca (7), Pacatuba (4) e os outros estão com menos de 3 óbitos ou nenhum. Sendo a maior parte do sexo feminino, com predominância na faixa etária entre 35 a 39 anos. No total dos 184 municípios que compõem o Estado do Ceará, 169 possuem casos confirmados de COVID-19 (CEARÁ, 2020g).

Figura 1: Incidência e mortalidade de Covid-19 por regiões no Ceará, 2020.



Fonte: Integrasus - Indicadores de Saúde. Atualizado em 8 de maio de 2020.

2

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO:

Das incertezas e ações implicadas

A prevenção em saúde é compreendida como sendo a exigência de condutas antecipadas, que objetivam minimizar a incidência e prevalência de uma determinada doença na população. Assim, tais ações preventivas “são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas” (CZERESNIA, 1999, p. 4). As medidas abaixo listadas, devem ser respeitadas, com rigor, para reduzir o progresso da COVID-19.

2.1 PREVENÇÃO

2.1.1 Recomendações de prevenção individual à COVID-19

- Lave com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%;
- Ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos;
- Evite tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Ao tocar, lave sempre as mãos como já indicado;
- Mantenha uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando;
- Evite abraços, beijos e apertos de mãos;
- Higienize com frequência o celular e os brinquedos das crianças;
- Não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos;
- Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados;
- Evite circulação desnecessária nas ruas, estádios, teatros, shoppings, shows, cinemas e igrejas. Se puder, fique em casa;
- Se estiver doente, evite contato físico com outras pessoas, principalmente

idosos e doentes crônicos, e fique em casa até melhorar;

- Durma bem e tenha uma alimentação saudável;
- Utilize máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido, caso seja necessário sair de sua residência.

2.1.2 Recomendações para viajantes

Caso você precise viajar, avalie a real necessidade. Se for inevitável, previna-se e siga as orientações das autoridades de saúde locais.

Ao voltar de viagens internacionais ou locais recomenda-se:

- No caso de viagens internacionais: o isolamento domiciliar voluntário por 7 dias após o desembarque, mesmo que não tenha apresentado os sintomas;
- No caso de viagens locais: ficar atento à sua condição de saúde, principalmente nos primeiros 14 dias;
- Reforçar os hábitos de higiene, como lavar as mãos com água e sabão;
- Caso apresente sintomas de gripe, siga as orientações do MS para isolamento domiciliar.

2.1.3 Orientação para profissionais de saúde, gestores/gerentes de saúde e equipes de Prevenção e Controle de Infecção (PCI)

Primeiramente, deve haver o apoio das mais altas autoridades nacionais e subnacionais. As estratégias PCI em serviços de saúde incluem o seguinte:

1. Garantir triagem, reconhecimento precoce e controle da fonte (isolar pacientes com suspeita de infecção por nCoV):

A triagem clínica inclui um sistema para avaliar todos os pacientes na admissão, permitindo o reconhecimento precoce de possíveis infecções pelo 2019-nCoV e isolamento imediato de pacientes com suspeita de infecção em uma área separada de outros pacientes (controle da fonte de infecção).

2. Aplicar precauções padrão para todos os pacientes:

As precauções padrão incluem higiene respiratória e das mãos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado de acordo com a avaliação de riscos, práticas de segurança de injeção, gerenciamento seguro de resíduos, roupas de cama adequadas, limpeza ambiental e esterilização do equipamento de atendimento ao paciente.

O uso racional, correto e consistente de EPI também ajuda a reduzir a propagação de patógenos. A eficácia do uso do EPI depende fortemente de suprimentos adequados e regulares, treinamento adequado da equipe, higiene das mãos e especificamente comportamento humano apropriado. É importante garantir que os procedimentos de limpeza e desinfecção ambiental sejam seguidos de maneira consistente e correta. Limpar cuidadosamente as superfícies ambientais com água e detergente e aplicar desinfetantes comumente usados em nível hospitalar (como hipoclorito de sódio) são procedimentos eficazes e suficientes. Dispositivos e equipamentos médicos, lavanderia, utensílios para alimentação e resíduos médicos devem ser gerenciados de acordo com procedimentos de rotina seguros.

3. Implementar precauções adicionais, tais como evitar gotículas e contatos e, quando aplicável, cuidados de saúde para casos suspeitos de infecção por nCoV:

1. Precauções de contato e gotículas

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, que está na linha de frente das pesquisas e monitoramento do novo coronavírus, elaborou uma série de recomendações para precaução de transmissão da doença.

Além de usar as precauções padrão, todos os indivíduos, incluindo familiares, visitantes e profissionais de saúde, devem usar as precauções de contato e gotículas em qualquer ambiente de circulação e/ou antes de entrar na sala onde estão os pacientes suspeitos ou confirmados com a infecção pelo 2019-nCoV.

Destaca-se ainda, que essas recomendações são provisórias visto que novas informações e estudos sobre o 2019-nCoV podem surgir com o aprofundamento de novas pesquisas. Dentre as principais recomendações, podemos ressaltar:

- A extrema e principal obrigatoriedade da lavagem de mãos: os profissionais e outros devem realizar lavagem de mão antes e depois do contato com o paciente, com material suspeito e antes de colocar e remover os EPI. A lavagem de mãos deve durar pelo menos vinte segundos, com água e sabão. Se for em ambiente de saúde, a instituição deve estar atenta para que não faltem materiais de higiene aos profissionais;
- EPI e quarto privativo: devem ser utilizados os equipamentos de proteção de contato, gotículas e aerossóis que incluem: óculos, avental, luvas, máscara cirúrgica para transporte e máscara (N95) para assistência diante de suspeita ou caso confirmado. Todos os profissionais devem ser treinados para colocação dos EPI e descarte apropriado dos equipamentos contaminados;
- Treinamento dos profissionais para detecção imediata de casos suspeitos;
- Profissionais devem estar habilitados para triagem de casos suspeitos e isolamento de pacientes confirmados;
- Instituições devem garantir um processo rápido de investigação;
- Incluir na triagem, a investigação de viagens realizadas e contato com pessoas possivelmente infectadas;
- Pacientes sob suspeita devem aguardar o atendimento em ambiente isolado, ventilado, com acesso a lavagem de mãos e suprimentos para higienização e descarte de secreções;
- Nas unidades que recebem pacientes com manifestações clínicas de doença respiratória, todos devem ser orientados quanto à lavagem de mãos e recomendações gerais de prevenção. As instituições podem considerar a utilização de cartazes com essas orientações e/ou profissional que oriente os pacientes;
- Alertas visuais sobre a doença e medidas de prevenção devem ser colocados em todos os ambientes com trânsito intenso de pessoas (ex: lanchonetes, recepções entre outros);
- Evitar exposições desnecessárias entre pacientes, profissionais de saúde e visitantes dos serviços de saúde;
- Adesão de todos os profissionais de saúde nas medidas de controle de infecção;
- Elaboração de protocolos de emergência a fim de padronizar as medidas;
- Seguir recomendações padrão das instituições para desinfecção de

- equipamentos de uso hospitalar ou utilizar equipamentos descartáveis;
- O direcionamento do paciente em casos suspeitos deve ser planejado evitando o trânsito desnecessário dentro do ambiente de saúde. Estes devem ser colocados em quartos individuais adequadamente ventilados. Para salas gerais da enfermaria com ventilação natural, considera-se ventilação adequada de 60 L/s por paciente;
- Todas as camas dos pacientes devem ser colocadas com pelo menos 1 metro de distância, independentemente de haver suspeita de infecção pelo 2019-nCov;
- Em pacientes suspeitos ou infectados deve-se minimizar as chances de exposição, por exemplo evitar transporte do paciente e trânsito de pessoas próximo. Caso seja realmente necessário mover e transportar pacientes para fora de seu quarto, ou área ou uso de equipamento de Raios-X portátil designado e/ou outro equipamento de diagnóstico designado, deve-se utilizar rotas de transporte predeterminadas para minimizar a exposição para funcionários, outros pacientes e visitantes, sendo ainda importante que o paciente use uma máscara adequada ou outro EPI adequado, levando em consideração o tipo de agravo de seu caso;
- Manter comunicação entre os níveis de atenção à saúde, pacientes sob suspeitas identificados na comunidade e direcionados aos centros de referência devem ser recebidos com as devidas precauções de transmissão;
- Visitas devem ser restritas e todos os visitantes devem ser treinados para uso de EPI;
- Duração do Isolamento: deve ser estabelecida caso a caso junto às autoridades de saúde locais. Os fatores que podem ser considerados para alta ou não, incluem outras manifestações clínicas, a exemplo da tuberculose, informações laboratoriais, condições clínicas e alternativas ao isolamento em ambiente hospitalar como a possibilidade de estadia segura no domicílio, incluindo o cuidado e distanciamento social de outros integrantes ou familiares no mesmo domicílio respeitando rigorosamente os dias de isolamento social.

É de extrema relevância salientar que para além das medidas de precaução e assistência aos pacientes, é importante incluir uma assistência que integre os

princípios da dignidade humana nas ações estabelecidas até a recuperação integral do indivíduo, seja ele sob suspeita ou confirmação de infecção.

2. Precauções com aerossóis para procedimentos assistenciais:

Alguns procedimentos geradores de aerossóis têm sido associados a um risco aumentado de transmissão de coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV), como intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação anular antes da intubação e broncoscopia. São condições necessárias para redução desses riscos:

- Executar procedimentos em uma sala adequadamente ventilada - ou seja, ventilação natural com fluxo de ar de pelo menos 160 L/s por paciente ou em salas de pressão negativa com pelo menos 12 trocas de ar por hora e direção controlada do fluxo de ar ao usar ventilação mecânica;
- Usar um respirador de partículas pelo menos tão protetor quanto o N95 certificado pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) dos EUA;
- Usar proteção para os olhos (isto é, óculos de proteção ou protetor facial);
- Usar uma bata e luvas limpas, estéreis e de mangas compridas. Se as vestimentas não forem resistentes a fluidos, os profissionais de saúde devem usar um avental à prova d'água para procedimentos que se espera que tenham altos volumes de fluido que possam penetrar na vestimenta;
- Limitar o número de pessoas presentes na sala ao mínimo absoluto necessário para o atendimento e apoio do paciente.

2.1.4 Implementando controles administrativos

Os controles administrativos e as políticas para a prevenção e o controle da transmissão de infecções pelo 2019-nCoV dentro da área da saúde, incluem, mas não se limitam a: estabelecer infraestruturas e atividades sustentáveis do PCI; educar os cuidadores dos pacientes; desenvolver políticas para o reconhecimento precoce de infecção respiratória aguda potencialmente causada pelo 2019-

nCoV; garantir acesso a testes laboratoriais imediatos para identificação do agente etiológico; prevenir a superlotação, especialmente no departamento de emergência; fornecer áreas de espera dedicadas a pacientes sintomáticos; isolar adequadamente pacientes hospitalizados; garantir suprimentos adequados de EPI; garantir a aderência às políticas e procedimentos do PCI para todos os aspectos da assistência médica.

1. Medidas administrativas relacionadas aos profissionais de saúde:

- Fornecer treinamento adequado para os profissionais de saúde com base na Política Nacional de Educação Permanente;
- Garantir uma proporção adequada de paciente/equipe;
- Estabelecer um processo de vigilância de infecções respiratórias agudas potencialmente causadas pelo 2019-nCoV entre os profissionais de saúde;
- Assegurar que os profissionais de saúde e o público entendam a importância de procurar atendimento médico imediatamente;
- Monitorar a conformidade dos profissionais de saúde com as precauções padrão e fornecer mecanismos de melhoria, conforme necessário.

2.1.5 Controles ambientais e de engenharia

Esses controles tratam da infraestrutura básica do estabelecimento de saúde e visam garantir a ventilação adequada em todas as áreas do estabelecimento de saúde, bem como a limpeza ambiental adequada. Além disso, a separação espacial de pelo menos um metro deve ser mantido entre todos os pacientes. Tanto a separação espacial quanto a ventilação adequada podem ajudar a reduzir a propagação de muitos patógenos no ambiente da saúde.

Certifique-se de que os procedimentos de limpeza e desinfecção sejam seguidos de maneira consistente e correta. A limpeza de superfícies ambientais com água e detergente e a aplicação de desinfetantes hospitalares comumente usados (como hipoclorito de sódio) é um procedimento eficaz e suficiente de acordo com procedimentos de rotina seguros. Gerencie a lavanderia, utensílios de serviço de comida e resíduos médicos de acordo com procedimentos de rotina seguros.

2.1.6 Duração do contato e precauções de gotículas para pacientes com infecção por COVID-19

Precauções padrões devem ser aplicadas o tempo todo. Precauções adicionais de contato e gotículas devem continuar até que o paciente esteja assintomático. Informações mais abrangentes sobre o modo de transmissão da infecção pelo COVID-19 são necessárias para definir a duração de precauções adicionais.

2.1.7 Coleta e manuseio de amostras laboratoriais de pacientes com suspeita de infecção por COVID-19

Todas as amostras coletadas para investigações laboratoriais devem ser consideradas potencialmente infecciosas. Os profissionais de saúde que coletam, manipulam ou transportam amostras clínicas devem seguir rigorosamente as seguintes medidas de precauções padrão e práticas de biossegurança para minimizar a possibilidade de exposição a patógenos:

- Assegurar aos profissionais de saúde que coletam amostras o uso apropriado dos EPI (proteção para os olhos, máscara médica, vestimenta de mangas compridas, luvas). Se a amostra for coletada com um procedimento de geração de aerossol, o pessoal deve usar um respirador de partículas pelo menos tão protetor quanto um N95 certificado pelo NIOSH, um FFP2 padrão da UE, ou equivalente;
- Assegurar que todo o pessoal que transporta as amostras seja treinado em práticas de manuseio seguro e em procedimentos de descontaminação de derramamentos;
- Colocar as amostras para envio em sacos à prova de vazamentos (ou seja, recipientes secundários) que tenham uma bolsa com vedação separada, uma bolsa de plástico de risco biológico, com a etiqueta do paciente colada no frasco (recipiente primário) e no formulário de solicitação de laboratório claramente escrito;
- Assegurar que os laboratórios das unidades de saúde sigam as práticas adequadas de biossegurança e os requisitos de transporte, de acordo com o tipo de organismo que está sendo tratado;

- Entregar todas as amostras em mãos, sempre que possível. Não use sistemas de tubos pneumáticos para transportar amostras;
- Documentar claramente o nome completo de cada paciente, data de nascimento e suspeita de qual nCoV se quer investigar no formulário de solicitação de laboratório. Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de infecção pelo nCoV, conforme as diretrizes provisórias, é necessário notificar ao laboratório e enviar a amostra o quanto antes possível.

2.1.8 Recomendação para atendimento ambulatorial

No contexto da pandemia causada pelo 2019-nCoV os princípios básicos de PCI e as precauções padrão devem ser aplicadas em todas as unidades de saúde, incluindo atendimento ambulatorial e atenção primária. As seguintes medidas devem ser adotadas pelo serviço:

- Triagem e reconhecimento precoce;
- Ênfase na higiene das mãos, higiene respiratória e máscara cirúrgica a serem usadas por pacientes com sintomas respiratórios;
- Uso apropriado de precauções de contato e gotículas para todos os casos suspeitos;
- Priorização do atendimento de pacientes sintomáticos;
- Quando os pacientes sintomáticos precisarem esperar, verifique se eles têm uma área de espera separada;
- Educar pacientes e familiares sobre o reconhecimento precoce dos sintomas, precauções básicas a serem usadas e a que unidade de saúde eles devem se referir. (OPAS, 2020b; BRASIL, 2020b).

Em relação ao tratamento, a COVID-19 é uma patologia recente e de alta transmissibilidade, ainda não dispõe de vacina ou medicamento antiviral específico para prevenir ou tratar (WHO, 2020). Contudo, a OMS está coordenando esforços para desenvolver vacinas e medicamentos para prevenção e tratamento, bem como diversos centros de pesquisa em todo o mundo. Assim,

existem vários ensaios clínicos em andamento para desenvolvimento de possíveis vacinas e alguns tratamentos medicamentosos específicos.

Novos patógenos, como o SARS-Cov-2, possuem geralmente uma grande força de infecção devido a suscetibilidade de parcelas significativas da população. Assim, os sistemas de saúde mundiais necessitam de um tempo para conseguir dar uma resposta minimamente satisfatória. Desse modo, a OMS tem indicado medidas preventivas, como o isolamento e o afastamento social, no intuito de tornar a duração da epidemia mais longa, e assim obter redução dos picos (VILLELA, 2020). Estas medidas permitem que os serviços de saúde gerenciem o atendimento e o tratamento do paciente, evitando uma sobrecarga no sistema de saúde.

A variabilidade de sinais e sintomas exige que sejam estabelecidos grupos de gravidade, para tanto, há a necessidade de triagem e identificação de fatores de risco visando direcionar adequadamente o paciente, otimizando a utilização de leitos e evitando a superlotação hospitalar e o aumento da propagação da infecção.

O tratamento consiste em cuidados de apoio para o alívio dos sintomas. Em casos graves, podem ser necessários cuidados para manter as funções vitais (CDC, 2020).

Para o tratamento sintomático de controle da febre, dor, tosse seca e náusea sugere-se a utilização de antipiréticos, analgésicos, antitussígenos/expectorantes e antieméticos, sempre que haja indicação clínica, respeitando o quadro do paciente e as contraindicações adjacentes. No caso específico da analgesia e controle da febre, recomenda-se, preferencialmente, dipirona ou paracetamol (KUJAWSKI *et al.*, 2020).

Inicialmente, a OMS recomendou que fosse evitado o uso de ibuprofeno em pacientes com COVID-19, com base no mecanismo de replicação do SARS-CoV-2, a partir do pronunciamento de autoridades sanitárias francesas e do estudo de Fang *et al.* (2020). Posteriormente, no dia 19 de março de 2020, a instituição voltou atrás nessa recomendação (WHO, 2020).

É importante o manejo adequado do paciente, de forma a evitar úlceras por pressão, além de cuidados com dieta balanceada, e no caso do paciente não poder ingerir os alimentos, faz-se necessária a nutrição enteral (JIN *et al.*, 2020).

Algumas séries de caso mostraram que a presença de fatores e comorbidades como diabetes, hipertensão e doença coronariana estão relacionados ao maior risco de morte por COVID-19 (ZHOU *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020).

As pessoas com quadro grave que necessitarem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) passarão por uma avaliação de médicos infectologistas, dessa maneira, os casos suspeitos de COVID-19 devem ser alocados em um quarto isolado e todos os princípios de prevenção e controle de infecção devem ser tomados, tal como nos casos confirmados (BOUADMA *et al.*, 2020; JIN *et al.*, 2020).

O tratamento ofertado aos pacientes internados em UTI, segundo as sugestões de JIN *et al.* (2020), envolve: monitoramento dos sinais vitais (frequência cardíaca, saturação de oxigênio no pulso, frequência respiratória, pressão arterial); tratamento de suporte; monitoração por hemograma, PCR, procalcitonina, função orgânica (enzima hepática, bilirrubina, enzima do miocárdio, creatinina, nitrogênio, ureia, volume da urina etc.), coagulação e imagem torácica; nos casos indicados, oxigenoterapia eficaz, incluindo cateter nasal, oxigênio com máscara, Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (HFNO), Ventilação Não Invasiva (VNI) ou ventilação mecânica invasiva; e a Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO) pode ser considerada nos pacientes com hipoxemia refratária difícil de ser corrigida pela ventilação pulmonar.

Todo neonato sintomático ou com confirmação laboratorial deve ser direcionado para UTI neonatal (WANG *et al.*, 2020). Conforme Jin *et al.* (2020), aos pacientes internados com leve desconforto respiratório, é recomendado o uso de cateter nasal de oxigênio com 2 L/min, já para pacientes com infecções respiratórias graves, dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque, a recomendação da taxa de fluxo inicial é de 5 L/min e a taxa de fluxo de titulação deve atingir a saturação de oxigênio alvo (adultos: SpO₂ ≥ 90% em pacientes não grávidas, SpO₂ ≥ 92-95% em pacientes grávidas; crianças: SpO₂ ≥ 94 % em crianças com dispneia obstrutiva, apneia, dificuldade respiratória grave, cianose central, choque, coma ou convulsões e ≥ 90% em outras crianças).

Desde o final de 2019, vários estudos estão sendo realizados na busca de alternativas terapêuticas para o tratamento da COVID-19. Alguns estudos avaliaram antivirais, corticosteroides, antimaláricos e até anti-hipertensivos (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina [IECA] e Bloqueadores do Receptor de Angiotensina [BRA]) para o tratamento da pneumonia por COVID-19 ou seus efeitos na doença.

O MS considerando as iniciativas de pesquisa com o uso da substância cloroquina (CHATRE *et al.*, 2018; GAUTRET *et al.*, 2020; TOURET, 2020) e a disponibilidade deste medicamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), publicou a nota informativa Nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS, de primeiro de abril de 2020, orientando sobre a possibilidade de uso do medicamento, em casos confirmados e a critério médico, como terapia coadjuvante no tratamento de formas graves, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas. No entanto, a sugestão de uso da cloroquina e respectivas doses pode ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas (BRASIL, 2020g).

Diante dessa pandemia, são inúmeros os esforços empreendidos para os desafios propostos pelo COVID-19, e enquanto não se obtiver resultados mais expressivos, resta priorizar e intensificar as medidas preventivas, o distanciamento e o isolamento social.

3

REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS MEDIDAS TOMADAS NOS PAÍSES: CHINA, COREIA, ITÁLIA, ESTADOS UNIDOS E BRASIL

O novo coronavírus apresentado ao mundo em dezembro de 2019, com sua origem na China, trouxe reflexões quanto à assistência do cuidado em âmbito mundial, sobretudo, no contexto de países que não têm sistemas universais de saúde. É notório que países desenvolvidos preferiram ver apenas o impacto frente à economia e atrasaram medidas importantes de isolamento e distanciamento social.

3.1 REPÚBLICA POPULAR DA CHINA

Um surto de uma nova infecção causada pelo patógeno SARS-CoV-2, que ocasiona a doença denominada, Covid-19, representou ameaças significativas à saúde internacional e à economia (ZHANG; LIU, 2020). Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan na China, foi considerada foco da atenção global devido a um surto de uma doença respiratória febril, ocasionada por um coronavírus (HUI *et al.*, 2020).

O vírus também chegou a todas as províncias da China, tendo sido exportado para diversos países. Sua transmissão se dá principalmente por gotículas respiratórias com um tempo de incubação e de geração semelhante ao SARS-CoV. Atualmente, não existem vacinas específicas para o tratamento desta enfermidade. Será preciso confiar nas medidas clássicas de saúde pública para travar a epidemia dessa doença respiratória (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O principal objetivo das medidas de saúde pública é evitar a propagação da doença de pessoa para pessoa, separando por grupos para interromper a transmissão. Os instrumentos que o governo chinês utilizou foram o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e o confinamento da comunidade. Todos esses procedimentos estavam sendo praticados de forma rigorosa na China (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Houve também a suspensão dos serviços de transportes dentro de universidades e condomínios. Os carros só poderiam circular em vias públicas. Nos condomínios, a entrada ficou restrita aos condôminos. Visitantes ficaram proibidos de adentrar nas moradias. Para os que moram nos residenciais, tiveram como procedimentos a checagem de temperatura e assinaturas dos mesmos a cada deslocamento (LIETTI, 2020).

As regras da quarentena foram bastante rígidas e controladas pelo governo. As pessoas consideradas de alto risco ou imigrantes e chineses vindos de locais com um possível contato passaram a ser diariamente monitoradas, cadastrando os seus dados desde o momento da chegada ao país. Nos casos mais graves, essas pessoas eram direcionadas para um hotel definido pelas autoridades locais, sendo necessário um isolamento completo de 14 dias. Nos casos de pessoas que não apresentam risco, a recomendação é de uma quarentena também de duas semanas (LIETTI, 2020).

Várias outras medidas foram adotadas como: o controle rigoroso de voos internacionais nos aeroportos; a checagem de temperatura também foi realizada em todos os estabelecimentos públicos; fechamento das escolas; suspensão de todas as atividades acadêmicas; o uso de máscaras foi bastante respeitado por toda a população. As medidas chinesas só funcionaram devido ao senso de comunidade da população, acostumada a fazer alguns sacrifícios em termos de individualidade e liberdade em prol de um chamado bem comum (LIETTI, 2020).

3.2 COREIA DO SUL

O país se tornou exemplo com a queda do número de casos e poucas mortes registradas (ALESSI, 2020a). A Coreia do Sul teve o quarto maior número de casos de coronavírus no mundo e não houve quarentenas impostas por guardas armados. Ao invés disso, a única preocupação era diagnosticar imediatamente e isolar os doentes (EARLE, 2020).

Ao contrário da China, que estabeleceu o confinamento de milhões de pessoas, a Coreia do Sul adotou uma estratégia de combinação de informações ao público, participação da população e testes realizados em massa nos cidadãos. Ao detectar a Covid-19 em seus estágios iniciais, a Coreia do Sul conseguiu criar

uma rede de tratamento eficaz, responsável pelo baixo índice de letalidade da doença no país (AFP, 2020).

O governo, por meio de um esforço intenso, utilizando a tecnologia como uma das ferramentas principais no controle e monitoramento, criou uma série de medidas iniciando nos parentes das pessoas contaminadas, onde todos foram procurados sistematicamente para que realizassem testes da doença. Enquanto os pacientes que aguardavam pelos resultados dos exames não tinham ainda uma informação definitiva da doença, os seus deslocamentos eram rastreados através de imagens de vigilância, uso do cartão de crédito e do telefone celular.

Com um número elevado de testes, cerca de 10.000 por dia, teve um êxito enorme em debelar as fontes de infecção de forma antecipada. A intervenção rápida foi importante para que a doença não se tornasse incontornável. Além disso, as pessoas não infectadas podiam baixar um aplicativo que sinalizava quando uma pessoa infectada com o vírus estava próxima (AFP, 2020).

A respeito desses aspectos do tratamento da epidemia na Coreia do Sul, Earle (2020) pontua que viola direitos individuais, principalmente no que diz respeito à privacidade. O uso da vigilância por câmera e o rastreamento do telefone celular e da atividade bancária de indivíduos provavelmente infectados com o coronavírus, ultrapassam totalmente quaisquer princípios de liberdade. Mas o ponto predominante é que, com um toque muito mais suave, muito mais respeitoso com o cidadão do que em qualquer outro lugar, o governo sul-coreano obteve resultados superiores às medidas autoritárias mais pesadas e autorizadas da China, Itália, EUA e praticamente todas as outras nações afetadas.

Ainda sobre as medidas tomadas para enfrentamento da COVID-19 de forma a não sobrecarregar o sistema de saúde, Fisher e Sanf-Hun (2020) discorrem que o governo coreano abriu centros de testes em hospitais e clínicas para rastrear o maior número possível de pessoas com uma grande agilidade e manteve os profissionais de saúde em segurança. O país optou por não construir hospitais de emergência. Existem no país locais onde são realizados testes por um serviço de *drive thru*, evitando a aglomeração de pessoas para realizar o procedimento.

De acordo com Cauti (2020), exemplo coreano mostra que há alternativas sem a necessidade de um confinamento. Um fechamento total da economia e da vida social terá consequências enormes no curto, médio

e longo prazo nos países que escolheram o caminho da reclusão social, segundo o pensamento coreano.

3.3 ITÁLIA

O país ainda hoje vem sofrendo as consequências de tratar a epidemia sem a complexidade necessária ao tema. Quando começaram a aparecer as primeiras mortes, alguns governantes regionais iniciaram várias medidas preventivas para conter o avanço da doença (ALESSI, 2020a).

A Itália representa um estudo de caso relevante, sendo o primeiro país ocidental a implantar o isolamento social. As autoridades italianas, num esforço muito grande, vêm buscando assegurar o cumprimento do isolamento, adotaram multas e outras sanções para as pessoas infratoras (BRISCESE *et al.*, 2020).

No decorrer do mês de janeiro, mais precisamente, no final do mês, o governo italiano declarou estado de emergência de seis meses para responder ao surto da COVID-19, após ter bloqueado o tráfego aéreo proveniente da China um dia antes. O contágio na região da Lombardia, que tem Milão como a principal cidade, levou à aplicação simultânea de uma série de medidas governamentais em caráter nacional. Nessa região, o governo suspendeu a maior parte das atividades públicas, incluindo as econômicas e educativas (BRISCESE *et al.*, 2020).

A Itália ainda apresenta um fator agravante, tem a segunda maior população de idosos do mundo, significando que existe um segmento muito relevante da população que corre riscos mais sérios de ficar gravemente doente ao contrair o vírus (BBC NEWS/BRASIL, 2020c).

Segundo editorial da BBC NEWS/BRASIL (2020c), o rápido e exponencial crescimento de infecções na Itália pôs em evidência a fragilidade do seu sistema de saúde. Os mais de 5000 leitos de UTI existentes no país foram logo ocupados, pois muitos deles já tinham recebido pacientes com problemas respiratórios que comumente aumentam nos meses de inverno.

Além disso, a escassez de respiradores e EPI fez com que o país solicitasse ajuda internacional. A falta desses equipamentos somados à carga extenuante de trabalho dos profissionais de saúde colaboram para o colapso no sistema de saúde.

Sem a proteção adequada os profissionais se tornam fáceis propagadores do vírus quando adoecem, espalhando a infecção entre os pacientes.

A adoção de medidas de distanciamento social em resposta à COVID-19 reduz a probabilidade de contrair o vírus e de infectar outros, contribuindo dessa forma para o bem público, retardando a propagação exponencial da doença. Para maximizar a eficácia dos esforços de isolamento social temporário, as autoridades devem gerir as expectativas sobre quando tais medidas serão atenuadas, pois pesquisas mostram que estas expectativas influenciam a intenção do público de as cumprirem (SAGLIETTO *et al.*, 2020).

3.4 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

O editorial da BBC NEWS/BRASIL (2020b) reforça a ideia de que os Estados Unidos poderiam ter salvado vidas se tivessem adotado mais cedo medidas de restrição para conter o avanço do coronavírus. As medidas de distanciamento social foram anunciadas pelo governo somente em março. Segundo dados coletados pelo sítio eletrônico O Globo (2020), o país é considerado o epicentro da pandemia no mundo, com 1.346.163 de casos confirmados e mais de 80.297 mortes (dados de abril de 2020), sobretudo, por exigir um seguro saúde do cidadão, para que este possa ter um atendimento.

De acordo com o estudo, os casos notificados nos Estados Unidos tinham a população de idosos como o grupo com maior incidência da doença, sendo requeridos cuidados mais prolongados. Nesse grupo de risco, os idosos com idade igual ou maior que 65 anos representavam o maior índice de internações em UTI e o maior número de mortes (BIALEK *et al.*, 2020).

Durante semanas, o presidente Donald Trump negou a gravidade do coronavírus, até que, com o aumento do número de casos e mortes, mudou seu posicionamento e passou a incentivar o isolamento social como uma das medidas para conter o avanço da doença. Em abril de 2020, entre os 50 estados americanos, 17 deles não tinham decretado medidas de isolamento por não terem muitos casos registrados, argumento que tem um peso para o lado econômico, discurso muito parecido com o das autoridades brasileiras. Existem evidências que quanto mais precoces ocorrerem as medidas drásticas, menor é o impacto da doença e mais rápido o seu controle (CALIXTO, 2020a).

NOEUA o número de casos cresceu de forma descontrolada, primeiramente, pelo governo não ter dado a real relevância à pandemia. A prioridade na economia foi posta em evidência, deixando de lado, naquele instante, a questão da saúde pública e a gravidade da disseminação do vírus. Quando o governo alertou para isto, já era tarde para conter a propagação e conseqüentemente mais complexas as medidas de controle (CALIXTO, 2020a).

Com o aumento crescente do número de casos, principalmente em Nova York, os profissionais de saúde passaram por momentos de forte estresse e risco em decorrência da falta de equipamentos. Nos locais de atendimento faltaram ventilador, leito de UTI e EPI. Em muitos hospitais, parte da equipe foi afastada por contaminação e vários profissionais morreram por conta da doença. (CALIXTO, 2020b).

3.5 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

No Brasil, o número de casos e mortes cresceram de forma rápida diariamente. A medida principal adotada para a contenção do vírus foi o distanciamento social, evitando aglomerações a fim de manter uma distância mínima de um metro e meio entre as pessoas. Em medidas mais extremas, como ocorreu em diversos Estados da federação, como no Ceará, foi adotado o isolamento social, as pessoas foram impedidas de sair de suas casas para não ocorrer à propagação da doença. Para as pessoas sob suspeita de infecção, foi orientada a quarentena por quatorze dias, tempo suficiente para a manifestação do vírus no corpo (FARIAS, 2020).

O MS avalia que as estratégias de distanciamento social adotadas pelos estados e municípios contribuem para evitar o colapso dos sistemas locais de saúde, fato que vem sendo observado em países como Estados Unidos, Itália, Espanha e Equador. Dessa forma, as medidas de distanciamento devem ser mantidas até que o suprimento de equipamentos e equipes de saúde estejam com quantidades suficientes para atender a população (BRASIL, 2020d).

O primeiro estado a adotar medidas mais severas foi o Rio de Janeiro, onde o governador decretou o fechamento de escolas, teatros, cinemas e a suspensão de atividades esportivas. Na mesma semana, ocorreu a primeira morte no estado. Diante da rápida propagação do vírus no território nacional, muitos

governadores e prefeitos também estabeleceram medidas restritivas em seus estados e municípios, fechando o comércio em geral como principal medida, fato que contraria o posicionamento do presidente da república, Jair Bolsonaro.

A postura do presidente quanto ao isolamento social remete ao agravamento da crise econômica. Tem insistido na posição de incentivar os cidadãos ao retorno às ruas, para que assim levem uma vida “normal”, indo de encontro às recomendações da OMS e do MS (FARIAS, 2020).

O Estado do Ceará tem se mantido em terceira posição nos números de casos, tendo à frente São Paulo e Rio de Janeiro. Em abril de 2020 já se observava a expansão do coronavírus para além da capital e região metropolitana. A maior parte dos casos no estado se concentrava na capital, mas já ocorriam também em alguns municípios, embora as medidas tomadas pela gestão estadual tenham contribuído para que não aumentasse ainda mais a velocidade das ocorrências (SILVA; MUNIZ, 2020).

Dentre as ações que o Governo do Ceará tomou no combate à pandemia, incluem-se: aquisição temporária de unidade particular; toneladas de insumos para combater a COVID-19 (equipamentos de proteção individual e testes para detecção); investimentos na reestruturação do sistema de saúde e leitos extras para atender pacientes em Fortaleza e no interior. Entre outras medidas, também se destacam as sociais, para beneficiar os cearenses mais vulneráveis, como por exemplo: cartões vale-alimentação aos alunos da rede estadual de ensino; isenção da conta de água para famílias que se encontram no padrão básico da tarifa social; cartão mais infância disponível para crianças na primeira infância e em situação de extrema pobreza, entre outras (CEARÁ, 2020e).

O Decreto nº 33.574 de 05 de maio de 2020, dispôs medidas gerais de contenção à disseminação da Covid-19 e instituiu no município de Fortaleza, a política de isolamento social mais rígida para o enfrentamento da pandemia, com controle da circulação de pessoas e veículos nos espaços e vias públicas, visando reduzir a velocidade de propagação da doença (CEARÁ, 2020c).

O contexto da pandemia por COVID-19 no Brasil e no mundo mostrou que todos precisam fazer a sua parte para fortalecer a solidariedade e o apoio social, protegendo a sociedade como um todo. Todas as recomendações da OMS e dos órgãos sanitários, como a higiene pessoal e o isolamento, devem ser seguidas

de forma prioritária, para evitar uma propagação ainda maior e mais rápida da doença, não sobrecarregando assim, os serviços de saúde.

Uma das principais questões relacionada ao distanciamento social se refere à área econômica das nações atingidas. Com a globalização cada vez mais acelerada, os países que ainda não apresentaram ou tiveram baixa ocorrência da doença, estão em uma relação muito estreita com os demais países onde a situação é mais grave e as autoridades lutam a cada dia para conter o número de casos e óbitos em sua população.

Essa relação vai desde assuntos econômicos até sociais, mostrando assim a interdependência entre todos os países do planeta. O posicionamento de priorizar o combate à pandemia vai muito além dos aspectos econômicos e políticos, devem ser consideradas também as questões éticas, com uma visão voltada para o futuro de como essas nações reagirão quando toda a turbulência do momento passar.

No Brasil, analisando o viés econômico, observa-se uma série de medidas de suporte financeiro para pequenas, médias e grandes empresas. Além disso, o governo federal promoveu um amplo programa de garantia de renda mínima para a população mais vulnerável, como desempregados e trabalhadores informais, porém, persiste certo grau de insatisfação em grande parte da população, demonstrando a insuficiência desta medida.

Um ponto destacado pela OMS e por grande maioria dos infectologistas desde o início da crise mundial com o coronavírus, refere-se ao isolamento social como um dos meios principais para conter a propagação da doença. Do ponto de vista da saúde pública, deixar plana a curva de transmissão e assim ganhar tempo para viabilizar o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes, observar a experiência de outros países para tomar decisões de forma assertiva e evitar o caos que decorrerá do grande número de pessoas que irão procurar os centros de atendimento é o grande desafio mundial.

Pesquisadores da Universidade de Harvard apontam que estratégias intermitentes de distanciamento social precisem ser utilizadas até 2022, pois tratamentos e vacinas farmacêuticas podem levar meses ou anos para serem desenvolvidos e testados, deixando as intervenções não farmacêuticas como o único meio imediato de reduzir a transmissão de SARS-CoV-2 (KISSIER *et al.*, 2020).

Contextos comuns acontecem em todos os países infectados como a deficiência de EPI, falta de equipamentos médicos em quantidades adequadas como respiradores e carga extenuante de trabalho dos profissionais de saúde. A infecção dos profissionais de saúde sobrecarrega outros profissionais, porque muitos estão se ausentando dos seus postos de trabalho, para serem tratados agora como pacientes, correndo os mesmos riscos da população em geral. Quiçá, todos estes acontecimentos recentes na sociedade, possibilitem no futuro, o desenvolvimento uma nova mentalidade da população mundial baseada no bem comum, na cooperação e na solidariedade, não moldada apenas na individualidade.

4

A REFLEXÃO SOBRE AS DIFERENTES POSTURAS DOS GOVERNANTES E AS REPERCUSSÕES SOCIAIS DA PANDEMIA

4.1 ANÁLISE COMPARATIVA DO COMBATE AO COVID-19 NO CENÁRIO MUNDIAL E BRASILEIRO

Diversos líderes mundiais adotaram medidas preventivas em conformidade com a OMS, países como Alemanha, França, Estados Unidos e Argentina se posicionaram a favor do isolamento social como uma das medidas preventivas frente à Covid-19, para diminuir a velocidade da transmissão da doença e evitar a sobrecarga e consequente colapso dos sistemas de saúde, medidas estas criticadas pelo presidente do Brasil (ARAÚJO, 2020).

Até abril de 2020, mais de 2,6 bilhões de pessoas no mundo cumpriam a regra de isolamento social, o que corresponde a um terço da população mundial. Nos Estados Unidos, o presidente resistiu inicialmente às regras de isolamento, mas os governadores, assim como no Brasil, tomaram a frente para proteger as populações de seus estados. Na Argentina, o posicionamento foi diferente, eles entraram em quarentena no cenário de pouquíssimos casos. Adotaram regras rígidas, com adoção de prisão ou multa nos casos de desobediência ao isolamento sem comprovada necessidade.

No geral, 107 países suspenderam as aulas, os eventos esportivos foram adiados. O governo japonês decidiu adiar as olimpíadas para 2021, uma decisão assertiva, pois por mais que os atletas sejam jovens e saudáveis, há o risco para eles próprios e outras pessoas mais vulneráveis.

Um documento *online* lançado em abril de 2020 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), afirma que:

A pandemia causada pelo novo coronavírus desencadeou um cenário de elevada incerteza para as respostas e medidas necessárias ao seu enfrentamento no campo sanitário e econômico, por parte dos governos ao redor do mundo. As autoridades sanitárias internacionais e um amplo conjunto de governos nacionais têm convergido no sentido da implementação de medidas que poderiam ser agrupadas sob três grandes estratégias: a recomendação ou determinação do isolamento e do distanciamento social; a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde; e formas de apoio econômico a cidadãos, famílias e empresas. No Brasil, observa-se que esses três tipos de estratégias têm sido mobilizados. No entanto, as respostas vêm ocorrendo a partir de ações e medidas isoladas, por parte de diferentes níveis de governo, sem um esforço claro de articulação e coordenação em nível nacional para o enfrentamento da crise.

Claramente, este documento explicita uma importante consideração: as medidas preventivas contra essa doença têm sido tomadas isoladamente, contudo, precisam ser pensadas em rede para que haja articulação entre os níveis de governo. Pela forma como chegou ao Brasil e se disseminou, a COVID-19 expôs a grande desigualdade social deste país. As condições, os determinantes e condicionantes sociais da população são extremamente distintos e se refletem nos indicadores de morbidade e mortalidade pela doença.

É aí que temos o problema, quando o vírus entra em comunidades sem as mínimas condições de saneamento básico, onde crianças dependem das escolas para terem sua alimentação mantida, idosos precisam se locomover até farmácias para terem acesso aos seus remédios (por mais que a dispensação tenha sofrido alterações aumentando a quantidade de medicamentos), onde empresas não pararam e pessoas ainda continuam trabalhando, é provável que haja aumento dos casos rapidamente, bem como maior letalidade.

Nessa perspectiva, os governos precisam estabelecer medidas que repercutam para a melhoria da saúde da população. Apesar das diversas posturas de presidentes de países como Espanha, Itália e Estados Unidos, que devem ser analisadas, é preciso focar no Brasil e em como as atitudes do presidente Jair Messias Bolsonaro prejudicam a população brasileira.

O governador de Nova Iorque, Andrew M. Cuomo, relatou que “estive andando nos parques de Nova Iorque e vi como se fosse um sábado qualquer. Isto

está errado. É insensível. É autodestrutivo e desrespeitoso com outras pessoas”. A primeira ministra da Alemanha falou, “Isto é sério. Estou absolutamente certa que sairemos dessa crise, mas com auto sacrifício. Quantos entes queridos vamos perder? Temos a resposta em nossas mãos”.

O presidente da França declarou: “Estamos em guerra. Numa guerra por saúde com um inimigo invisível que avança rapidamente.” No mesmo período, após os pronunciamentos desses líderes, o discurso do presidente dos EUA mudou, este passou a adotar medidas mais restritivas, orientando a população a não sair de casa, não comer em bares ou restaurantes e não fazer reunião presencial com mais de dez pessoas.

Conforme publicação do jornal britânico *The Economist* (2020), em 11 de abril de 2020, data da reportagem, apenas quatro governantes mundiais continuavam negando a ameaça do COVID-19 para a saúde pública, dentre eles, Jair Bolsonaro. Nesta data, apenas Bielorrússia, Turquemenistão, Nicarágua e o presidente do Brasil seguiam trazendo discurso menos rígido em relação à necessidade de medidas de distanciamento social e de quarentena para conter o avanço da pandemia. Contrariando recomendações científicas e da própria OMS, Bolsonaro defende o isolamento vertical, no qual somente os brasileiros com 60 anos ou mais devem ficar isolados, pois, segundo ele, apenas estes estariam correndo risco.

A postura de Bolsonaro diverge dos diversos governantes estaduais, que sustentaram medidas mais sistemáticas de isolamento social. Vale destacar aqui o movimento realizado, desde março de 2020, por todos os governantes de estados do Nordeste, que criaram o documento “Consórcio Nordeste” e divulgaram carta em que afirmam manter as medidas de distanciamento social já adotadas, apesar dos pronunciamentos realizados pelo governo federal.

4.2 CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

A escala de contaminação pelo novo coronavírus deu causa à declaração, pela OMS, de uma pandemia, em razão de alastrar-se por todos os continentes do planeta. Logo, vários países declararam Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, cabível em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, em razão de situação epidemiológica (GAZETA DO POVO, 2020).

A pandemia de COVID-19 produziu repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também impactos sociais, políticos, econômicos, culturais e históricos. No que se refere às repercussões sociais, tem-se observado uma luta diária para o não aumento do número de infectados e mortos, o que tem causado impactos sobre o sistema de saúde. Além disso, as estimativas dão visibilidade à exposição das populações e de grupos vulneráveis, a necessidade de se preservar a saúde mental das pessoas, bem como, o acesso a bens essenciais como medicamentos, alimentação, transporte, entre outros (FIOCRUZ, 2020c).

Em todo o mundo, foi revelada a necessidade de ações para contenção da mobilidade social como isolamento e quarentena. Considera-se isolamento “o afastamento de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, entre outros, de modo a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus”. Já a quarentena, compreende a “restrição de atividades ou afastamento de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, animais, contêineres, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus”.

Em muitos países, medidas de restrições foram aplicadas, começando por suspensão de aulas, o que traz impactos no setor da educação, cancelamento de viagens aéreas, paralisação de transporte. Ainda, muitas empresas foram fechadas, e adotaram o *home office* para evitar o contágio de seus funcionários. Também, vários comércios e fábricas foram obrigados a fechar as portas como medida de prevenção à pandemia. Em muitos casos, ocorreu também a redução da segurança pública e diminuição de empregos.

Os fatores socioeconômicos são determinantes no processo saúde-doença e a estratégia de isolamento social adotada como medida de redução da vulnerabilidade da população, esbarra em um quadro social complexo agravado pela crise econômica que atinge países em desenvolvimento, como o Brasil (ALESSI, 2020b).

Ainda, nesta perspectiva, pode-se observar diante da pandemia do novo coronavírus que alguns países, como o Brasil e os Estados Unidos, demonstraram maior preocupação com a economia do mercado financeiro e não com a realidade

econômica dos trabalhadores. Além da negação da possibilidade real de que muitas pessoas possam contrair a doença e vir a morrer em virtude das complicações agudas ocasionadas pelo COVID-19, o que traz também impactos sociais. Além disso, especialistas apontam que os impactos socioeconômicos durarão muito mais tempo do que a própria pandemia (BRASIL DE FATO, 2020).

Além das consequências sanitárias, a pandemia também traz impactos psicológicos à população, com casos de depressão e aumento de violência conjugal. Pesquisas mostram que a solidão provocada pela falta de vida social tem originado em muitas pessoas uma elevação nos índices de cortisol, o hormônio do estresse, acarretando o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e obesidade (MENDES, 2020).

Tendo em vista toda repercussão social no enfrentamento à pandemia do COVID-19, faz-se necessário ter clareza quanto às responsabilidades, planejamento e alinhamento das ideias entre as esferas do governo. Deste modo, o impacto de divergências políticas evidencia que a doença em si, não tem sido o mais relevante, mas sim a política de Estado para o enfrentamento desta.

No momento em que o mundo sofre as consequências da pandemia do coronavírus, fica mais fácil compreender e perceber a importância e a responsabilidade do Estado perante a população. Desta forma, este, precisa assumir diretamente um compromisso com o bem-estar social das populações, com a seguridade social e a garantia de condições mínimas de existência para todos. Nesta perspectiva, o Brasil é duramente atingido com a batalha política que envolve o combate à pandemia e apesar da relutância de alguns líderes políticos, é necessário assumir que a COVID-19 é infelizmente, uma realidade dura e devastadora.

Nossa civilização, nossos modos de vida e a forma como funciona a economia sofrem pela forma que radicalmente foram transformados pela doença. Além de ser um grave problema sanitário, a mesma obrigou a uma paralisação inédita da vida social, como único remédio para se evitar uma catástrofe na saúde pública.

Numa visão holística da pandemia da COVID-19 é relevante refletir a importância dos líderes democratas e progressistas em manifestar unidade, construindo um pacto pela ética, pela responsabilidade na política e pelas reformas. Deste modo, dentro da amplitude e complexidade que envolve este cenário sanitário que o país se encontra, faz-se necessário um acordo histórico. Mediante a pandemia

do coronavírus, as lideranças políticas deveriam reconhecer o erro da divisão e da intolerância e ultrapassar os privilégios que têm caracterizado a política brasileira, assumindo o objetivo do bem comum, pelo menos neste contexto.

4.3 MEDIDAS DE COMBATE AO COVID-19 NO ESTADO DO CEARÁ

No que concerne ao estado do Ceará, que teve os primeiros casos confirmados em março de 2020, houve agilidade nas medidas de contenção da pandemia. O estado logo criou o Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus, decretou medidas importantes de isolamento social, ampliou o número de UTI, adquiriu testes rápidos e EPI, iniciou serviço de Tele Saúde e outros instrumentos para ampliar o acesso à informação sobre a doença.

Além disso, implementou ações importantes de apoio social e econômico para o enfrentamento da pandemia, dispostas no decreto nº 33.510 (CEARÁ, 2020d), que declara situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus, considerando a necessidade de adoção de normas de biossegurança específicas para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19, objetivando o enfrentamento e a contenção da disseminação da doença.

Em razão das dificuldades provocadas pela doença que segundo relatório epidemiológico da Secretaria da Saúde, demonstrava tendência a um avanço de forma exponencial em todo o estado, com maior concentração no município de Fortaleza, em todos os seus bairros, sobrecarregando o sistema de saúde, que entre abril e maio de 2020 estava no limite de sua capacidade de atendimento demonstrando a urgente necessidade de inibir e retardar a velocidade da dispersão do vírus para outros municípios do Ceará, evitando uma pressão assistencial por leitos de UTI. Em complemento de suas ações, entre outras medidas, o governo suspendeu a tarifa de contingência de água, isentou a conta de água para famílias de baixa renda e anunciou pacotes de medidas econômicas para auxiliar empresas e manutenção de empregos (CEARÁ, 2020c).

É importante assinalar que as posturas dos diversos governantes, a todo momento, modificam-se. A princípio, antes da clara disseminação da doença e dos

óbitos dela decorrentes, houve posturas de descrença por parte dos governantes e da própria população, por não ter clara a dimensão de seu potencial destrutivo. À medida em que os casos foram avançando e, apenas após a morte de milhares de pessoas, foi realizado um movimento mais cauteloso por parte de muitos líderes mundiais.

Em meio a esse cenário, foi observado predominância de interesses políticos, posturas incoerentes e discordantes, desconhecimento acerca da ciência e iniciativas para sua invalidação, além de outros aspectos que dificultaram um alinhamento de posições no sentido do combate mais eficaz a disseminação do COVID-19. Trata-se, acima de tudo, de uma crise humanitária, não apenas econômica ou da saúde. É preciso enxergá-la de forma ampliada.

4.4 O RECORTE DE VULNERABILIDADE SOCIAL DO COVID-19: COMO A PANDEMIA ATINGE DIFERENTES POPULAÇÕES?

Conforme a Fundação Oswaldo Cruz (2020c), a pandemia repercute não apenas em aspectos biomédicos e epidemiológicos em escala global, mas produz repercussões sociais, econômicas, políticas, culturais e históricas sem precedentes na história recente das epidemias. Entende-se que as doenças são fenômenos não apenas biológicos, mas também sociais, construídos historicamente.

A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros (FIOCRUZ, 2020c).

No que concerne aos impactos sociais da doença, é relevante pensar, por exemplo, em como a pandemia atinge as populações vulneráveis socioambientalmente. Nessas populações, a disseminação do novo vírus ocorre de forma particular e, também de modo específico, essas populações são impactadas pelas medidas de isolamento social necessárias ao controle da pandemia, com ameaça às suas condições mínimas de sobrevivência. Diante disso, uma ação iniciada pela Fundação Oswaldo Cruz foi a campanha “Se Liga no Corona”, que visa à prevenção do COVID-19 considerando as condições de vida e habitação de populações vulneráveis.

Pensar em como a pandemia atinge o Brasil é, necessariamente, recordar os níveis alarmantes e históricos de desigualdade social e de como essa desigualdade produz iniquidades em saúde. Com o coronavírus, vêm à tona, entre outros aspectos: o acesso à informação e o entendimento de alguns grupos populacionais em relação à doença; a impossibilidade de manter o isolamento social como medida preventiva, tendo em vista o acesso às necessidades básicas e à renda em contexto de intensa precarização do trabalho; uma vez confirmado o contágio de populações vulneráveis socioeconomicamente, seu acesso à saúde é totalmente diferente das populações de algum modo privilegiadas.

Teixeira e Alves (2020) assinalam que, em processos pandêmicos, deve-se levar em consideração as desigualdades e as iniquidades em saúde. A máxima, então, de que “estamos todos no mesmo barco” não é verdadeira, pois diferentes populações são atingidas de diferentes formas pela pandemia, bem como têm possibilidades ímpares de lidar com a questão.

Diferente do que algumas pessoas propagam pelas redes sociais, as doenças não são democráticas. Toda doença é, ao mesmo tempo, um fenômeno biológico e social, sem separação, e as desigualdades existentes na sociedade muitas vezes se manifestam através das epidemias (TEIXEIRA e ALVES, 2020).

Em publicação especial, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) apresentou uma perspectiva acerca da população negra e as desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas. Diante da pandemia, diversos segmentos sociais encontram-se mais expostos e são identificados como grupo de risco, em decorrência de comorbidades específicas.

A população negra, em sua diversidade, também é um dos grupos de risco, obviamente com gradações internas, variando tanto por comorbidades que atingem negras e negros em maior número, caso da hipertensão e da diabetes e, principalmente, a anemia falciforme, ou mesmo pela letalidade social, motivada por questões históricas, políticas e sociais estruturantes de nossa sociedade (ABRASCO, 2020a).

O Grupo Temático Racismo e Saúde (GT Racismo/Abrasco) propõe doze pontos para mitigar os impactos negativos da COVID-19 em grupos vulneráveis, entre os quais destacamos: estabelecer um novo pacto social que proporcione vida digna a todas as pessoas; reconhecer o papel importante do SUS na contenção da pandemia, aportando recursos para seu pleno funcionamento; efetivar ações de educação em saúde, em parceria com organizações e coletivos negros nos territórios ocupados especialmente pela população negra (quilombos, favelas, bairros periféricos, terreiros, assentamentos, populações em situação de rua etc.); proporcionar medidas cruciais para que a população em situação de rua consiga seguir minimamente o isolamento social e as condições sanitárias (por exemplo, disponibilizar banheiros públicos e água potável ou distribuir kits com sabão, álcool em gel e outros produtos de higiene); e ampliar as condicionalidades nos programas de renda familiar mínima para atender grupos em contexto de maior vulnerabilidade socioeconômica, risco de adoecimento e morte (por exemplo, refugiados, quilombolas, povos ciganos, travestis, prostitutas, população em situação de rua) (ABRASCO, 2020a).

Conforme o exposto, é importante pensar na pandemia não apenas sob a perspectiva epidemiológica ou estatística. Há um recorte social e qualitativo necessário quando nos propomos a analisar como essa doença atinge as diferentes populações no mundo e no Brasil.

A doença causada pelo coronavírus se tornou uma pandemia que afeta vidas humanas e a economia global, num cenário em que a China, onde tudo começou, atingiu o platô com relação à incidência de novos casos de COVID-19, mas em outros países a curva dos casos e óbitos continua crescendo superando aquele país (Al-QAHTANI, 2020).

Os países vêm aplicando medidas variadas para conter a expansão da doença como isolamento social, restrição de mobilidade e as quarentenas, além de medidas para que os seus sistemas de saúde nacionais não entrem em colapso. Na América do Sul, o Brasil é o país com o maior número de casos confirmados, o que gera preocupação. Contribuem para isso as limitações dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, aumentando suas chances de serem mais afetados (HALLO; ROJAS; HALLO, 2020).

A Universidade Johns Hopkins, por meio da Pesquisa da Comunidade Americana, indicou que nos condados predominantemente negros nos EUA,

a taxa de infecção é mais de três vezes superior, e a taxa de mortalidade é seis vezes maior, comparadas aqueles predominantemente brancos. O estudo, embora preliminar, levanta a discussão de que minorias sub-representadas estão desenvolvendo a infecção por COVID-19 com mais frequência e morrendo de maneira desproporcional, sendo indicado entre as causas, disparidades na assistência à saúde, acesso à assistência, bem como fatores de risco como a confluência de hipertensão, diabetes, obesidade e a maior prevalência de doenças cardiovasculares entre pessoas negras (YANCY, 2020).

Já nos países do continente africano, há uma grande preocupação devido ao alto volume de tráfego aéreo e comércio entre China e África, num contexto em que a maioria dos países têm sistemas de saúde fracos, incluindo inadequada vigilância e capacidade laboratorial, escassez de recursos públicos recursos humanos em saúde e meios financeiros limitados, além de coexistência de outras doenças endêmicas existentes, como o vírus da imunodeficiência, tuberculose e malária; patógenos infecciosos emergentes e reemergentes, como a doença do vírus Ebola, febre hemorrágica de Lassa e outras; e aumento da incidência de doenças não transmissíveis (NENGENGONG; MANKOULA, 2020).

Desse modo, há a necessidade de envolvimento das autoridades regionais e assistência global para impedir a propagação da infecção aos países de baixa e média renda com infraestrutura de saúde abaixo do ideal (MUSA *et al.*, 2020).

No Brasil, o desafio da pandemia é amplo por conta de seu tamanho continental e pelas desigualdades sociais e regionais existentes. As consequências são as enormes distâncias entre cidades pequenas do interior, com escassos recursos para tratar o COVID-19, e grandes centros urbanos e metrópoles, que contam com as principais redes hospitalares, maior número de equipamentos médicos e mais profissionais da área da saúde (BBC NEWS BRASIL, 2020a).

Isso traz à tona, por exemplo, as diferenças marcantes na forma como a pandemia atinge a região Sudeste, que conta com boa quantidade de serviços hospitalares, e a região Norte, que historicamente conta com escasso sistema de saúde pública e privada. Assim, pode haver um cenário de maior contaminação na região Sudeste (por exemplo, no estado de São Paulo), porém esta conta com mais condições de prestar assistência à saúde de sua população, por ter um sistema de saúde mais robusto. Na região Norte, ao contrário, o número de infectados pode

ser relativamente menor, mas também será menor a capacidade do seu sistema de saúde oferecer assistência à população atingida.

Isto ocorre porque a distribuição dos recursos médicos-sanitários estão relacionados à distribuição da riqueza. Assim, regiões mais ricas contam com maior concentração de profissionais e de equipamentos de saúde; também há distribuição desigual dentro das regiões mais ricas, que concentram mais recursos nas cidades maiores (BBC NEWS BRASIL, 2020a).

Conforme apontou a BBC News Brasil, em reportagem de 20 de abril de 2020, em regiões onde existe pouca oferta de leitos e respiradores os pacientes mais graves terão que ser encaminhados para cidades maiores que ofertem a terapêutica necessária, algumas a até 200 km de distância. A mesma publicação nos confronta com um importante questionamento a respeito do cenário do coronavírus no Brasil: “Como garantir que os serviços sejam ofertados à população, considerando a diversidade nacional e ao mesmo tempo as particularidades de cada lugar e grupo social?” (BBC NEWS BRASIL, 2020a).

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2020), no que concerne apenas às capitais, até março de 2020, o maior número de estabelecimentos de saúde encontrava-se em São Paulo (20.047), Rio de Janeiro (12.668) e Belo Horizonte (10.618). Enquanto isso, capitais como Belém e Manaus apresentavam, respectivamente, 3.445 e 3.876. Os dados mostram a disparidade na distribuição dos serviços de saúde, cuja realidade provavelmente também se aplica à distribuição dos leitos de UTI.

Em 2018, Passos *et al.* (2018) fizeram um levantamento sobre a distribuição dos leitos de UTI adulta no Brasil e encontraram uma concentração dessas unidades nas capitais dos estados. Observaram, ainda, a existência de vazios assistenciais na oferta de leitos de terapia intensiva na Bahia e apontaram a necessidade de expansão desses serviços, especialmente nos municípios de médio porte, para garantir o cumprimento dos princípios do SUS, especialmente o da integralidade da assistência. O cenário exposto é recente e demonstra um possível despreparo para acolher as demandas de COVID-19 de forma equitativa nos diferentes estados brasileiros.

5

DESAFIOS PARA O SUS

5.1 FRAGILIDADES DO SUS PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim prevê a Constituição Brasileira, que, em seu artigo 196, dispõe que esse direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir da promulgação da Constituição de 1988, o Brasil se tornou o maior país do mundo a dispor de um sistema público de saúde, pautado no princípio da universalidade, além da equidade e da integralidade, sendo imprescindível na vida de grande parte dos cidadãos brasileiros (DUARTE *et al.*, 2018).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que a maioria da população (estima-se que 80%) é dependente do SUS para as ações relacionadas à assistência à saúde (STOPA *et al.*, 2017). Além disso, o SUS, cumprindo o princípio da universalidade, também atende aos usuários de planos de saúde e de serviços privados quando estes necessitam do acesso aos serviços de saúde que demandam maior complexidade, a exemplo dos transplantes, da hemodiálise e dos medicamentos de alto custo (GOMES *et al.*, 2014). Outrossim, referente ao aspecto universal do SUS, as políticas de vigilância em saúde, programas de imunização, programa de HIV/AIDS, dentre outras, abrangem toda população brasileira (DUARTE *et al.*, 2018).

Por sua vez, o processo de consolidação do SUS passa por inúmeros desafios, relacionados as questões econômicas, sociais, políticas e estruturais, que precisam ser superadas. Cabe ressaltar, que os interesses da classe dominante e o cenário político de recessão têm sido os principais obstáculos para efetivação desse sistema, como exemplo, a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016, que

levou a uma diminuição real dos gastos público, chegando a uma perda de R\$ 20 bilhões de recursos no SUS, desde a sua aprovação (GUIMARÃES, 2020).

Ademais, desde 2017, o governo brasileiro bloqueou 42 bilhões de reais dos gastos públicos, sendo que boa parte desses recursos se destinavam ao SUS, responsável hoje pelo atendimento de cerca de 75% da população brasileira. Com essa redução, para apenas 3,6% do orçamento estatal destinados ao SUS, apesar de não ter havido diminuição de gastos, houve uma quebra no sistema dificultando ainda mais o aprimoramento da saúde pública (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Além do mais, em vez de investir na atenção básica e na saúde preventiva, priorizam as unidades de média e alta complexidade, como os hospitais, tornando precário o atendimento à população. Isso inclusive podendo ser questionado quando observamos que também ao longo dos tempos, tem-se observado o subfinanciamento do setor público e uma das consequências evidenciadas nessa crise é a redução de leitos públicos.

Em novembro de 2019, foi aprovada a nova política de financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), as novas regras entraram em vigor no ano de 2020, causando estrangulamento dos orçamentos municipais (COSEMS, 2019).

A extinção do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e a introdução de um *per capita* fixo de R\$5,95 em 2020, na chamada transição de modelo é considerada a mudança mais radical do modelo. Esta é uma grande preocupação dos gestores sobre o novo modelo de financiamento, uma vez que o PAB fixo foi uma das maiores conquistas do processo de repasse direto de recursos federais para os municípios, e contribuiu decididamente para universalização do acesso na Atenção Básica (COSEMS, 2019).

O novo modelo desconstrói a sistemática de financiamento da Atenção Básica que vinha sendo pactuada de forma tripartite há vinte anos, até hoje, baseada no repasse *per capita* do PAB Fixo, e no incentivo das Equipes de Saúde da Família. A lógica correta seria uma quantia maior das verbas serem destinadas à rede de atenção básica, para investimentos nas unidades de saúde, nas estratégias de atendimento à família, nos centros de atenção psicossocial e nos postos de saúde, assim, seria possível evitar as grandes ocupações nos hospitais.

Decorrente disso, outros problemas permeiam o SUS no atual momento

como: a falta de aporte à pesquisa; a perda de mais de 18.000 médicos com o fim do Programa Mais Médicos; a terceirização dos recursos humanos; dentre outros (THIAGO, 2020), devido as decisões desastrosas do então presidente, que visa um desmonte do sistema de saúde. Nesse contexto, chegou ao Brasil a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus. Em 3 de fevereiro de 2020, o MS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo SARS-CoV-2, por meio da Portaria MS n.º 188, e conforme Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011. Esse fato, coloca à prova a capacidade instalada dos serviços assistenciais e de vigilância existentes no país para enfrentamento da pandemia, demandando meios de detecção precoce e de resposta resolutiva e em tempo oportuno para proteção dos cidadãos brasileiros. Logo, vem o questionamento: o país está de fato preparado?

Para responder a isso, é importante dizer que o Brasil tem um histórico com experiências exitosas no enfrentamento de outros agravos. Em 2003, o vírus Influenza (H1N1), incitou a elaboração do primeiro Plano de Contingência para Pandemia de Influenza e foram realizados investimentos na produção nacional de vacina contra a enfermidade (COSTA *et al.*, 2016).

Alguns anos depois, em 2009, chegou ao Brasil o vírus Influenza (H1N1), nesse período, a rede estava mais estruturada e conseguiu responder com uma vigilância eficiente, pelo menos em algumas Unidades da Federação (CADEÇO *et al.*, 2012). No ano de 2015, o Brasil posicionou-se no mapa da ciência mundial como protagonista no avanço do conhecimento sobre o Zika vírus (BRASIL *et al.*, 2016).

No enfrentamento do novo coronavírus, o Ministério da Saúde tem adotado as medidas de prevenção e proteção já praticadas em outros países como a China, Itália, Estados Unidos, dentre outros. Essas medidas, segundo a OMS (2020) são importantes para redução da transmissão, já que as evidências mostram que a contaminação pelo vírus pode triplicar a cada dia e essas precauções podem minimizar a eclosão de maiores casos (OMS, 2020).

Dentre as providências adotadas pelo Ministério da Saúde, mediante Portaria Ministerial n.º 356, de 11 de março de 2020, que estabeleceu as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19, uma das mais eficazes é o isolamento domiciliar ou

hospitalar dependendo do grau de risco de cada paciente, além da recomendação de que pacientes com sintomas leves, devem procurar as Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Entretanto, faz-se necessário enfatizar o problema advindo da falta de alinhamento e concordância dos dirigentes do executivo federal. Tendo em vista que os pronunciamentos públicos e as atitudes do chefe do poder executivo federal, transmitidos através meios de comunicação, trazem informações contrárias aquelas adotadas, para proteção dos brasileiros, pelo MS, que segue as recomendações científicas reconhecidas pela OMS.

Isto vem atordoando uma parcela dos cidadãos e aumentando a sobrecarga de responsabilidades dos entes estaduais e municipais para garantir a proteção dos cidadãos em seus territórios, prevenir o colapso do sistema e reduzir a letalidade pela COVID-19.

Ademais, para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma integral e equânime, o SUS tem como um dos maiores desafios a necessidade da alocação de maiores investimentos nessa rede universal principal, incluindo diagnóstico, assistência, prevenção e promoção da saúde (LANA *et al.*, 2020). Como também, reestruturar as ações de vigilância em saúde é um aspecto fundamental frente à pandemia, viabilizando celeridade dos processos de notificação compulsória em tempo oportuno; integração dos dados dos diversos sistemas de informação, dentre outras.

Em um estudo realizado por Canabarro *et al.* (2020), através de um modelo matemático os autores previram um colapso no sistema de saúde por volta de 21 de abril de 2020, considerando a evolução da pandemia no Brasil e o volume de UTI disponíveis no país. Noticiários dos jornais de maior circulação no Brasil e no mundo, mostram que a saúde suplementar já está entrando em colapso, tendo em vista que alguns hospitais privados já anunciaram estar com a capacidade esgotada na urgência e emergência.

Em notícia técnica, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostrou que, se 0,1% dos brasileiros fossem contaminados até o fim de abril já haveria falta de leitos. Segundo previsão feita pelo Ministério da Saúde o Brasil poderia alcançar o pico de contágio por coronavírus, nas semanas entre os meses de abril e maio de 2020.

O que exigia uma postura eminente de coordenação efetiva, entre o SUS e a rede privada para ampliar a capacidade de assistência e o número de leitos hospitalares, principalmente de UTI (OLIVEIRA, 2020).

Entretanto, o SUS tem grandes desafios nesse enfrentamento. No Brasil, no dia 26 de fevereiro de 2020, foi notificado o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus, após 73 dias de epidemia, ou seja, no início de maio, a expansão da doença chegou a 155.939 casos confirmados, 10.657 óbitos e uma taxa de letalidade de 6,8% (BRASIL, 2020a). Segundo COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) da Johns Hopkins University essa rápida disseminação da COVID-19 no Brasil levou o país a 8ª posição no cenário global dos países com número de pessoas acometidas pela pandemia do novo coronavírus.

Nesse mesmo período de infecção, a Taxa de Letalidade, número de mortos entre o número de casos diagnosticados pela COVID-19, cresceu nos estados brasileiros como o Estado do Amazonas com 962 mortos entre 11.925 casos constatados, apresentando a maior Taxa de Letalidade do país de 232. O estado do Ceará possui a segunda maior Taxa de Letalidade de 116, com 1.062 óbitos entre 15.879 casos confirmados. Em terceiro lugar, está o estado do Pernambuco com uma Taxa de Letalidade de 102, com número de mortos de 972 entre 12.470 casos diagnosticados (BRASIL, 2020b). As autoridades sanitárias brasileiras afirmam que a incidência ainda está em franca expansão, o que agrava o cenário de colapso do sistema de saúde, já esperado, em alguns estados brasileiros e levando os governantes a adotarem medidas de *lockdown* para intensificação da ação de isolamento social.

Para Guimarães (2020), a ampliação da oferta de leitos de UTI são importantes, mas uma boa rede básica funcionando poderá racionalizar a utilização dessas ferramentas mais complexas. Por conseguinte, uma ação que precisa ser priorizada é a atuação na formação de profissionais e nas plataformas de informação, fundamental para que o Ministério da Saúde e a sociedade brasileira possam ter dados e evidências que se traduzam em políticas institucionais (LANA, 2020).

Em contrapartida, é necessário também estabelecer um Plano de Contingência para proteger os trabalhadores e também para as atividades essenciais, uma vez que preparar-se de forma política e consciente, é parte da

solução para esse problema que o país está lidando. No contexto da pandemia, o profissional de saúde está sobre forte impacto, pela situação que enfrenta diariamente no que tange aos aspectos laborais e psicológicos. Então, a atenção do SUS deve estar também voltada para todos os trabalhadores e, em especial, para aqueles que estão trabalhando na atenção (TRINDADE, 2020).

Por outro lado, o distanciamento social tem criado um clima de solidão trazendo consigo outros problemas de ordem psicossocial, sendo um desafio também para o SUS futuras outras comorbidades geradas pelo isolamento social. Segundo Trindade (2020):

(...) temos o nosso cotidiano totalmente alterado, com muitas inseguranças, inquietação e até o medo, como é normal em uma doença nova e desconhecida. Por outro lado, nós temos hoje recursos e tecnologias de informação e comunicação que ajudam a enfrentar uma situação tão grave e talvez nos permitam viver esse isolamento não como distância social, mas como distância física.

As pessoas, acostumadas a terem um ritmo acelerado na maioria dos dias, tiveram que desacelerar e ficar em casa, umas quando possível, outras sendo obrigadas. Esse isolamento provocou uma adaptação brusca nas rotinas. Pessoas começaram a ficar ansiosas, sendo mais uma repercussão social.

É normal que quase todos os cientistas foquem em analisar o patógeno e suas características, porque óbvio, é a coisa mais importante para ter o controle da doença e possível erradicação. Mas as situações secundárias ocasionadas pela doença como episódios constantes de estresse devido à dificuldade de adaptação à mudança estão se apresentando cada vez mais frequentes.

Em uma sociedade onde a principal característica é o engajamento social, é crucial que medidas de promoção da saúde mental sejam desenvolvidas em época de coronavírus. O editorial feito por Ornell *et al.* (2020), traz importantes recomendações sobre esse tema.

Frente a isso, o SUS é o elemento central no enfrentamento da pandemia. Conforme a onda epidêmica vai se tornando comunitária, com a circulação do vírus de pessoa a pessoa dentro do país, o papel do SUS vai se tornando evidente e central (GUIMARÃES, 2020).

De acordo com Lana (2020), outra dificuldade que pesa sobre o SUS é da alta densidade populacional em condições habitacionais de muita vulnerabilidade social. Os bairros periféricos e as favelas estão em todos os centros urbanos do país, com um grande conglomerado de pessoas, com difícil mobilidade urbana e lotação dos transportes. Dentre outras séries de questões, tais como: o envelhecimento da população, o aumento das condições crônicas, a população em situação prisional, população em situação de rua, que vão interferir diretamente no curso dessa pandemia. Esses fatores que têm que ser mais atentamente observados, e as pesquisas e as políticas públicas terão que olhar para essa realidade tão complexa de fortes disparidades sociais.

Diante disso, outro ponto deflagrado no enfrentamento à Covid-19, diz respeito ao aspecto econômico, onde haverá grandes impactos negativos sobre a economia das famílias, das empresas e do país, com a diminuição das atividades produtivas, que ocorrerão por um prazo que não pode ser mensurado (GUIMARÃES, 2020).

Contudo, as ações de enfrentamento à Covid-19 ganham proporções sociais, econômicas, psicológicas e emocionais, exigindo que o Estado assuma seu papel de proteção social de forma efetiva, dando aporte de investimentos em diversas áreas. Ademais, é pertinente que haja maiores investimentos em estudos sobre todos os aspectos da saúde, principalmente frente ao coronavírus que afeta toda a população, e tem sido nos últimos dias um grande desafio para o SUS. Reafirmam o quanto o Estado deve assumir o cuidado público com a população. A lógica neoliberal fortalecida é incapaz de dar conta das necessidades reais da população. Em reportagem publicada pela Folha de São Paulo (2020), os especialistas afirmam que o SUS já se encontra saturado com as demandas de saúde, e enfrenta subfinanciamento crônico agravado pelo congelamento dos gastos em saúde, o que torna o cenário bastante preocupante.

De acordo com Machado (2020), o SUS é sustentado por um grande contingente de trabalhadores que são extremamente essenciais ao sistema e imprescindíveis ao processo civilizatório brasileiro. O enfrentamento da pandemia da COVID-19 realça a essencialidade do SUS e de seus trabalhadores. Ser profissional da saúde significa, antes de tudo ter vocação e missão especial. A crise sanitária imposta pelo novo coronavírus, reafirma que o profissional de saúde é um bem público.

Inevitavelmente, as unidades de alta complexidade ficarão sobrecarregadas com a falta de profissionais e de equipamentos de qualidade, enquanto as redes de atenção básica apresentarão longas filas de espera. Isso não só desmotivará os profissionais, mas também diminuirá a qualidade do atendimento, já que a demanda não é reduzida ao longo do dia. Com a elevação de patologias alarmantes, a chance do desenvolvimento de infecções hospitalares aumenta, gerando ainda mais estresse e dificuldade para a equipe, claro, também entre os pacientes.

Portanto, a precarização na estrutura e nos equipamentos essenciais para evitar o contágio nas unidades de saúde, são um dos principais desafios para o SUS nessa pandemia. Entre eles, destacam-se a insuficiência de leitos UTI, a carência de equipamentos de proteção individual e a baixa quantidade de profissionais na linha de frente.

Os baixos investimentos vêm da ineficiente administração financeira, em que, os repasses devem ser investidos mais na atenção básica do que nas unidades de média e alta complexidade. Dessa forma, evita superlotação nos hospitais. A consequência da superlotação não vem apenas dos baixos investimentos, mas também da carência de profissionais.

O SUS está passando por um dos maiores desafios na sua existência, que é lutar contra a pandemia do novo coronavírus. De acordo com a médica sanitária, Maria Célia Medina (2020), apesar das fragilidades, o SUS está preparado e é a principal alternativa para milhões de brasileiros que estão enfrentando a COVID-19.

5.2 SEM O SUS, O BRASIL NÃO PODE SOBREVIVER AO CORONAVÍRUS, FORTALECÊ-LO É UMA EMERGÊNCIA

O Brasil está melhor preparado para enfrentar essa doença com o SUS? Quais são os desafios que precisam ser vencidos urgentemente para que o combate à Covid-19, a doença causada por esse vírus, seja mais eficiente?

Com o SUS, o Brasil conta com um sistema universal gratuito de saúde e profissionais qualificados, entretanto existem gargalos como a insuficiência de leitos de UTI, o baixo número de profissionais e até falta de EPIs, como máscaras, luvas, aventais e óculos de proteção, que são essenciais para evitar o contágio dentro das próprias unidades de saúde.

O pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), Christovam Barcellos, alerta:

O que nós estamos vivendo hoje é uma situação de emergência no sentido de que há um fato novo e por isso exige o esforço de muitas instituições e pessoas, porque este vírus tem uma letalidade muito grande, tem várias pessoas infectadas, algumas apresentam os sintomas, dessas que apresentam os sintomas, algumas são [casos] graves e pode levar à morte.

Diante desta situação de emergência, o sucesso na luta contra a COVID-19 no Brasil está fortemente ligado ao fortalecimento do SUS e valorização dos trabalhadores da saúde.

O médico sanitário Victor Grabois, ABRASCO (2020b), com ampla experiência na gestão de unidades de saúde, professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), de forma otimista decreta:

Ainda que subfinanciado e com problemas crônicos de gestão, o Brasil tem um dos sistemas de saúde mais bem sucedidos de todo o mundo, e saberá lidar com momentos importantes como a atual pandemia da Covid-19.

Ainda, segundo Grabois, a resposta ao Coronavírus passa pelo fortalecimento do SUS e o trabalho dos profissionais de saúde, sem esquecer de antigos e crônicos problemas, como os surtos de sarampo e o aumento dos casos de dengue, e sentença:

É hora de se revogar a EC 95, que fixa um teto para as despesas orçamentárias da União, prejudicando diretamente a Saúde e a Educação. Como responder a uma pandemia em um país como o Brasil, demandando leitos de terapia intensiva e ampliação da atenção básica, em mais de 6 mil municípios e 26 estados e no DF, sem o aporte de novos recursos?

Para David Havey (2020), as autoridades públicas e os sistemas de saúde foram surpreendidos em quase todos os lugares pela escassez de mão de obra.

Quarenta anos de neoliberalismo nas Américas do Norte e do Sul e na Europa deixaram a população totalmente exposta e mal preparada para enfrentar uma crise de saúde pública, apesar das epidemias anteriores, causadas pela SARS e o ebola, terem proporcionado abundantes advertências e lições sobre o que deveríamos fazer.

Podemos perceber, que não apenas a economia será atingida, mas será um teste para governos e políticos e para o sistema de saúde de cada sociedade, sendo essa a maior preocupação do neoliberalismo já que o enfrentamento da crise da COVID-19 dependerá das capacidades nacionais dos sistemas de saúde instalados e da vontade política dos governantes de prover os insumos necessários para uma ação afetiva.

Desse modo, os países que possuem sistemas universais públicos de saúde têm melhores condições de enfrentar o atual problema de emergência pública de saúde, do que aqueles que não têm (THIAGO, 2020), como os Estados Unidos.

Logo, é possível afirmar que, apesar dos desafios a vencer, o Brasil, por possuir o SUS fundamentado no princípio da universalidade, se nele forem direcionadas ações eficazes com os adequados investimentos, a sua capacidade de resposta para o enfrentamento do *SARS-CoV-2 e Covid-19*, poderá ser, referência para os demais sistemas de saúde do mundo.

Enfim, parece já estar claro que sistemas públicos universais, com elevada capilaridade no acesso e distribuição de sua rede, e com possibilidade de ações normatizadas e coordenadas de vigilância, prevenção, análise laboratorial e tratamento, são aqueles que poderão melhor enfrentar os riscos e desafios colocados pela disseminação do vírus. Em outras palavras, “ainda bem que temos o SUS!” foi a declaração acertada e responsável do Ministro da Saúde, segundo a Revista Isto É (28/02/2020).

Reportagem publicada pela Folha de São Paulo em fevereiro de 2020, pôs à mostra a incapacidade dos EUA para enfrentar a situação de pandemia, mesmo sendo a mais rica nação do mundo e com maior gasto *per capita* em saúde. Isto decorre do fato de que sua política de saúde se estrutura em planos de saúde privados com cobertura limitada de procedimentos, o que, além de deixar milhões de pessoas sem acesso, tem se transformado em uma fonte de falências pessoais para aqueles cujos tratamentos ultrapassam o valor da cobertura do plano.

Com o evento pandêmico, de repente vimos se apequenar o onipresente/onisciente mercado, de pires na mão o sistema financeiro veio exigindo e recebendo 1 trilhão e 200 bilhões de reais do governo federal para não quebrar, mas são os funcionários públicos da área da saúde, tratados como “parasitas” pelo Ministro Paulo Guedes, que enfrentam o vírus (CEBES, 2020).

Deles e do sistema público de saúde dependerá o sucesso no enfrentamento da crise sanitária causada pela COVID-19, seria o momento de reconhecer a importância da política de saúde e do sistema universal para toda a sociedade brasileira, juntando forças de toda a sociedade para conseguir superar os principais gargalos do SUS na produção mais efetiva de medidas de saúde pública.

A crise pandêmica revela as mazelas do neoliberalismo, pois não há direitos de cidadania sem um Estado garantidor, não há direito à saúde sem um sistema público universal e integral, com participação popular, como está na Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, torna-se notório o que foi afirmado pela médica sanitária, Maria Célia Medina (2020): “Por tudo que se tem estruturado no país na área da saúde, eu acho que a gente vai conseguir lidar com a melhor maneira possível até diante dessas fragilidades. Se a gente não tivesse o SUS, seria muito difícil o Ministério da Saúde elevar, permeabilizar, capitalizar tudo isso no meio da população”.

Então, espera-se que a pandemia seja o motor para a mobilização e engajamento social e sirva também para mostrar aos representantes políticos a necessidade da melhoria em valorização e investimentos no SUS, visto que este representa a nossa força e esperança nesse momento de aflição.

Referências

ABRASCO. **População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas**. 2020a. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

ABRASCO. **Especial coronavírus; “Enfrentar o coronavírus significa fortalecer o SUS e o trabalho dos profissionais de saúde”**. 2020b. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/enfrentar-ao-coronavirus-significa-fortalecer-o-sus-e-o-trabalho-dos-profissionais-de-saude-abrasco-entrevista-victor-grabois/45630/>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

ABRASCO. **Especial coronavírus; “Enfrentar o coronavírus significa fortalecer o SUS e o trabalho dos profissionais de saúde”**. 2020b. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/enfrentar-ao-coronavirus-significa-fortalecer-o-sus-e-o-trabalho-dos-profissionais-de-saude-abrasco-entrevista-victor-grabois/45630/>>. acesso em 14 de abril de 2020.

AFP. AGENCE FRANCE PRESSE. **Coronavírus: Coreia do Sul vira exemplo com queda de casos e poucas mortes. Revista exame**, março, 2020. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/coronavirus-coreia-do-sul-vira-exemplo-com-queda-de-casos-e-poucas-mortes/>>. Acesso: 11 de abril de 2020.

ALESSI, G. **As lições contra o coronavírus que Coreia do Sul e China podem dar ao mundo, incluindo o Brasil**. El País, São Paulo, Pandemia de coronavírus; março, 2020a. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-30/as-licoes-contr-a-coronavirus-que-coreia-do-sul-e-china-podem-dar-ao-mundo-incluindo-o-brasil.html>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

ALESSI, G. **Itália pagou preço alto ao resistir medidas de isolamento social para conter coronavírus**. El País, São Paulo, Pandemia de coronavírus; março, 2020b. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-25/italia-pagou-preco-alto-ao-resistir-a-medidas-de-isolamento-social-para-conter-coronavirus.html>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

Al-QAHTANI, A.A . **Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2): Emergência, História, Aspectos Básicos e Clínicos**. *Saudi J Biol Sci*. 2020.

ARAÚJO, A. P. **Covid-19: líderes mundiais adotam isolamento social seguindo orientações da OMS**. Bom dia Brasil. São Paulo 25 mar 2020. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/8429537/>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

BBC NEWS BRASIL. **Tamanho continental e desigualdade social aumentam desafios do Brasil no controle da COVID-19**. 2020a Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52288579>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

BBC NEWS/BRASIL. **Coronavírus: EUA poderia ter ‘salvado vidas’ com restrições mais precoces**. Brasil, março, 2020b. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52265909>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

BBC NEWS/BRASIL. **‘Em colapso’: a dramática situação dos hospitais da Itália na crise do coronavírus**. Brasil, março, 2020c. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51968491>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

BIALEK, S. *et al*. **Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States. Centers for Disease Control and Prevention**. Early Release; v.69, march, 2020.

BOUADMA, L. *et al*. **Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. Intensive Care Med**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial COE-COVID19**. Secretaria de vigilância em Saúde. 26 de abril de 2020a. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **CORONAVÍRUS (COVID-19)**. 2020b. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: 15 de Abril de 2020. OK

BRASIL. Ministério da saúde. **Coronavírus COVID-19. 07 de maio de 2020**. Brasil, 2020c Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46852-brasil-registra-135-106-casos-de-coronavirus-e-9-146-mortes-pela-doenca>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Distanciamento social depende de capacidade de resposta à pandemia**. 2020d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46679-distanciamento-social-depende-de-capacidade-de-resposta-a-pandemia>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano brasileiro de preparação para enfrentamento de uma pandemia de influenza**. Brasília, 2020f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Nota Informativa No. 6/2020 - DAF/ SCTIE/MS., 2020g**.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm>. Acesso em: 13 de abril de 2020.

BRASIL DE FATO. **Artigo - A pandemia do novo coronavírus e a urgência de repensar o mundo.** Rio de Janeiro (RJ). 25 de Março de 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/03/25/artigo-a-pandemia-do-novo-coronavirus-e-a-urgencia-de-repensar-o-mundo>>. Acesso em 13 de abril de 2020.

BRASIL, P. *et al.* Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. **N Engl J Med** 2016; 375:2321-34. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26943629>>. Acesso em: 08 de março de 2020.

BRISCESE, G., LACETERA, N., MACIS, M., TONIN, M. Compliance with covid-19 social-distancing measures in Italy: the role of expectations and duration. Institute of Labor Economics. **Initiated by Deutsche Post Foundation.** n. 13092, march, 2020. Disponível em: <<http://ftp.iza.org/dp13092.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

CALIXTO, L. **Os erros dos EUA que o Brasil está repetindo no combate à Covid-19.** Congresso em foco. Brasil, abril, 2020a. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/saude/os-erros-dos-eua-que-o-brasil-esta-repetindo-no-combate-a-covid-19/>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

CALIXTO, L. Médico brasileiro nos EUA relata escassez inédita de equipamentos de saúde. Congresso em foco. Brasil, abril, 2020b. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/saude/medico-brasileiro-nos-eua-relata-escassez-inedita-de-equipamentos-de-saude/>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

CANABARRO, A. *et al.* Data-Driven Study of the COVID-19 Pandemic via Age-Structured Modelling and Prediction of the Health System Failure in Brazil amid Diverse Intervention Strategies. **MEDREVIX.** Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20052498>>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

CAUTI, C. Como a Coreia do Sul conseguiu enfrentar o coronavírus sem lockdown. Suno Research. 2020. Disponível em: <<https://www.sunoresearch.com.br/noticias/como-coreia-do-sul-conseguiu-coronavirus/>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Caring for Yourself at Home.** 18 de março de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fif-you-are-sick%2Ffaring-for-yourself-at-home.html>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

CEARÁ. **Arquivos Coronavírus.** 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/category/lista-de-noticias/coronavirus-covid-19/>>. Acesso em: 13 de abril de 2020.

CEARÁ. **Boletim epidemiológico. n. 21.** 2020b. Disponível em: <<https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

CEARÁ. Diário Oficial do Estado. **Decreto nº 33.574 de 05 de maio de 2020.** Série 3. Ano XII nº 091, 2020c. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-de-5-de-maio-de-2020.pdf>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

CEARÁ. Diário Oficial do Estado. DECRETO Nº33.510, de 16 de março de 2020. Série 3. Ano XII nº 053, 2020d. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/DECRETO-N%C2%BA33.510-de-16-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Confirma as ações que o Governo do Ceará vem promovendo no combate à pandemia.** 20 de abril, 2020e. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2020/04/20/confirma-as-acoes-que-o-governo-do-ceara-vem-promovendo-no-combate-a-pandemia/>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

CEARÁ. **Plataforma IntegraSUS.** 2020f. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>. Acesso em: 14 de abril de 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico novo coronavírus (COVID-19): IntegraSUS.** 2020g. Disponível em: <<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores/coronavirus/coronavirus-ceara?modoExibicao=painel>>. Acesso em: 8 de maio de 2020.

CEBES. **Vírus parasitas e o desmonte do SUS.** 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/03/o-virus-os-parasitas-e-os-vampos-covid-19-desmonte-do-sus-e-a-ec-95/>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

CHATRE, C. *et al.* Cardiac Complications Attributed to Chloroquine and Hydroxychloroquine: A Systematic Review of the Literature. **Drug Saf.**, n.41, v.10, p.919-31, 2018.

COSEMS. **Nota Técnica COSEMS/SP nº 01/2019 – Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde.** São Paulo, 2019. Acesso em: 12 de abril de 2020.

COSTA, L.M.C; MERCHAN-HAMANN, E. Influenza pandemics and the structure of Brazilian health care system: brief history and characterization of the scenarios. **Rev Pan-Amazônica Saúde.** v. 7, s/n, p. 11-25, 2016.

CZERESNIA, D. **O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção.** Disponível em: <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf> Acesso em: 09 de maio de 2020.

DATASUS. Cadastro Nacional De Estabelecimento Em Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 09 de mai. 2020.

- DAVID, H. A política anticapitalista, na época da COVID19. **Revista online, Intituto Humanista Unisinos**. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597468-a-politica-anticapitalista-na-epoca-da-covid-19-artigo-de-david-harvey>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
- DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e00100018, mar. 2018.
- EARLE, P. C. **South Korea preserved the open society and now infection rates are falling**. American Institute for Economic. 2020. Disponível em: <https://www.aier.org/article/south-korea-preseved-open-infection-rates-are-falling/?fbclid=IwAR3erxweQ_HfeHSNKfSjXVbfPxGyebotPrLAHKfjh5WqW7XxFz2lvQiYYPgo>. Acesso em: 10 de abril de 2020.
- FARIAS, H. S. O avanço da COVID-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. **Espaço e Economia- Revista brasileira de geografia econômica**, ano IX; n.17; abril, 2020.
- FIOCRUZ. **Desafios da chegada da pandemia ao Brasil**. 2020a. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-presidente-da-fiocruz-fala-dos-desafios-da-chegada-da-pandemia-ao-brasil>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.
- FIOCRUZ. **Relatório atualiza a previsão de disseminação da Covid-19**. 2020b. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-atualiza-previsao-de-disseminacao-da-covid-19>>. Acesso em 14 de abril de 2020.
- FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. 2020c. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.
- FISHER, M; SANF-HUN, C. **Como a Coreia do Sul está controlando o coronavírus**. O Estado de São Paulo- Estadão, 2020. Disponível em: <<https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,como-a-coreia-do-sul-esta-controlando-o-coronavirus,70003245814>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.
- GAUTRET, P. *et al.* Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. **Int J Antimicrob Agents**. 2020.
- GAZETA DO POVO. **O Brasil diante da pandemia do coronavírus**. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/opinioao/editoriais/brasil-pandemia-coronavirus-mandetta/?ref=veja-tambem>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
- GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad Saúde Pública**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100031&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 de abril de 2020.
- GUIMARÃES, R. Reinaldo Guimarães ressalta importância atuação do SUS na epidemia da Covid-19. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/entrevista-reinaldo-guimaraes-ressalta-importancia-atuacao-do-sus-na-epidemia-da-covid-19/4585>>. Acesso em: 13 de abril de 2020.
- HALLO, A.; ROJAS, A.; HALLO, C. Perspectiva do Equador, o segundo país com mais casos confirmados de doença de coronavírus 2019 na América do Sul: uma revisão Editor de monitoramento: Alexander Muacevic e John R Adler. **Cureus**, v.12, n.3, 2020.
- HUI, D.S. *et al.* **The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China**. *Int. J. Infect. Dis.* v.91, p.264-266, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128332/>> Acesso em: 11 de abril de 2020.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública**. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9839>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
- JIN, Y.H. *et al.* A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). **Mil Med Res.**, n.7, v1, 2020.
- KISSIER, S. M. *et al.* **Projecting the transmission dynamics of SARS-COV-2 through the postpandemic period**. Science. New York, 2020.
- KUJAWSKI, S.A. *et al.* First 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. **medRxiv**. 2020.
- LANA, M. R. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301>. Acesso em: 12 de abril de 2020.
- LIETTI, T. **As dez medidas que colaboram para a contenção do coronavírus na China**. Revista Época, março, 2020. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/as-dez-medidas-que-colaboraram-para-contencao-do-coronavirus-na-china-24304181>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

- MACHADO, H.M.; **Profissionais de saúde em tempo de COVID**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid-19_78151.html, acesso 15 de abril de 2020.
- MENDES. S. **Confinamento por causa do coronavírus já registra impacto psicológico na população**. 2020. Disponível em: <http://www.rfi.fr/br/europa/20200316-confinamento-por-causa-do-coronav%C3%ADrus-j%C3%A1-registra-impacto-psicol%C3%B3gico-na-popula%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 13 de abril de 2020.
- MUSA, T.H. *et al.* Surto global de COVID-19: um novo desafio? **J Infect Dev Ctries**, v.14, n.3, p.244-245, 2020.
- NENGENGONG, J.N.; MANKOULA, W. Ameaça iminente de infecção por COVID-19 na África: aja coletivamente e rapidamente. **The Lancet**, v.395, n.10227, 2020.
- OLIVEIRA, J. **Em meio à pandemia do coronavírus, SUS e planos de saúde ainda não acertaram regras para distribuir leitos**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-09/em-meio-a-pandemia-do-coronavirus-sus-e-planos-de-saude-ainda-nao-pactaram-regras-para-distribuir-leitos.html>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.
- OMS. **Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak**. 2020.
- OPAS. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Março, 2020a Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em 14 de abril de 2020.
- OPAS. **Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus (nCoV): diretrizes provisórias**. Março. 2020b Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=prevencao-e-controle-de-infeccao-durante-os-cuidados-de-saude-quando-houver-suspeita-de-infeccao-pelo-novo-coronavirus-ncov&Itemid=965>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
- ORNELL, F. *et al.* **Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias**. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Felix_Kessler2/publication/340442412_Pandemia_de_medo_e_COVID-19_impacto_na_saude_mental_e_possiveis_estrategias/links/5e893140299bf130797c84f4/Pandemia-de-medo-e-COVID-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
- PASSOS. *et al.* Distribuição dos leitos de unidades de terapia intensiva adulto na Bahia. **Rev. Enfermagem Brasil**, Bahia, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1129/3754>>. Acesso em: 09 de maio de 2020.
- REDE BRASIL ATUAL. **Coronavírus: Brasil tem primeiro caso confirmado. Saiba o que fazer**. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/02/coronavirus-brasil-caso-confirmado/>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.
- SAGLIETTO, A. *et al.* Covid-19 in Europe: the Italian lesson. **The Lancet**, v.395, p. 1110-1111, april, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30690-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30690-5/fulltext)>. Acesso em: 12 de abril de 2020.
- SILVA, J.B.; MUNIZ, A.M.V. Pandemia do coronavírus no Brasil: Impactos no Território Cearense. Espaço e Economia- **Revista brasileira de geografia econômica**, ano IX; n.17; abril, 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoconomia/10501>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.
- STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**. v. 51(Supl 1), 3s. 2017.
- TEIXEIRA; ALVES. **Ciência, saúde e doenças emergentes: uma história sem fim**. Casa de Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1767-ciencia-saude-e-doencas-emergentes-uma-historia-sem-fim.html#XpIRhepKjIW>>. Acesso em: 11 de abril de 2020.
- THE ECONOMIST. **Jair Bolsonaro isolates himself, in the wrong way**. 2020. Disponível em: <https://www.economist.com/the-americas/2020/04/11/jair-bolsonaro-isolates-himself-in-the-wrong-way>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.
- THIAGO L.; SOUZA, P. T. **Síndrome Gripal por Covid 19 e a universalidade do SUS**. Revista Business, 2020. Disponível em: <https://saudebusiness.com/saude-publica/sindrome-gripal-por-covid-19-e-a-universalidade-do-sus/>>. Acesso em: 13 de abril de 2020.
- TOURET, F.L. X. Of chloroquine and COVID-19. **Antiviral Res**. 2020.
- TRINDADE, L. **Fiocruz articula novas estratégias para o enfrentamento do coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-articula-novas-estrategias-para-o-enfrentamento-do-coronavirus>>. Acesso em: 13 de abril de 2020.
- UFMG. **Coronavírus: SUS enfrenta seu maior desafio**. Notícias externas. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/como-o-sistema-de-saude-brasileiro-se-prepara-para-enfrentar-o-coronavirus>> Acesso em: 15 de abril de 2020.
- UFMS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Como o sistema de saúde brasileiro se prepara para enfrentar o coronavírus**. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/como-o-sistema-de-saude-brasileiro-se-prepara-para-enfrentar-o-coronavirus>>. Acesso em 12 de abril de 2020.

VILLELA, D. A.M. O valor da redução dos picos epidêmicos do COVID-19 para respostas mais efetivas à saúde pública. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 53, e20200135, 2020.

WANG, C. *et al.* Um novo surto de coronavírus que preocupa a saúde global. **The Lancet (Elsevier)**, 2020. p. 470-473. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930185-9>>. Acesso em: 09 de abril de 2020.

WANG, L. *et al.* Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). **Ann Transl Med.**, n.8, v.3, 2020.

WHO. World Health Organization. **Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected.** 2020.

WILDER-SMITH, M.D.; FREEDMAN, M.D. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 1, n. 4, 2020.

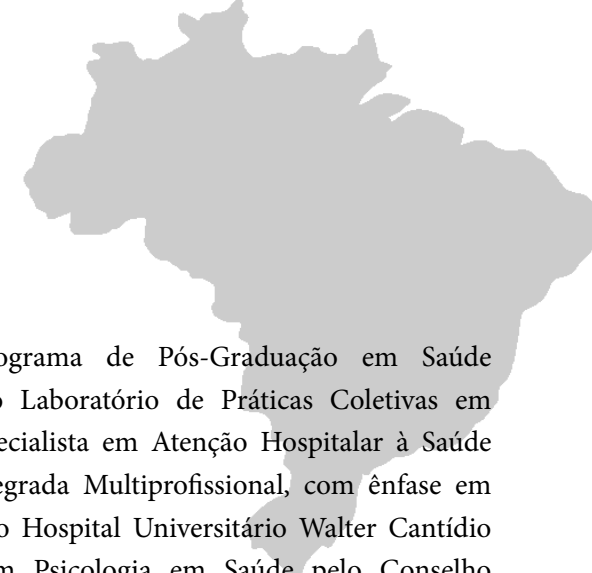
WU, C. *et al.* Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. **JAMA Intern Med.** 2020.

YANCY, C.W. COVID-19 e afro-americanos. **JAMA**, 2020.

ZHANG, L., LIU, Y. Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. **J. Med. Virol.** v.92, p. 479-490, 2020.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet** (London, England). 2020.

Sobre os Autores



Anamaria Araújo e Silva Barbosa

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Membro do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS/UECE). Especialista em Atenção Hospitalar à Saúde na modalidade Residência Integrada Multiprofissional, com ênfase em Assistência ao Transplante, pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC). Especialista em Psicologia em Saúde pelo Conselho Regional de Psicologia (11ª Região).

Daniele Keuly Martins da Silva

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especializanda em Saúde Coletiva (UNIFAMETRO). Enfermeira Assistencial na Unidade de Atendimento Básico (UAB) (Prefeitura de Maracanaú).

Dean Carlos Nascimento de Moura

Enfermeiro e Biólogo. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência, Enfermagem do Trabalho, Análises Clínicas e Microbiologia, Saúde da Família e Saúde Pública.

Débora Brenda Carneiro de Souza

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Saúde Mental.

Débora Pena Batista e Silva

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE).

Delane Giffoni Soares

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Egressa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

José Edmilson Silva Gomes

Fisioterapeuta. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Pesquisador financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Egresso da residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialista em Psicomotricidade (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (UECE). Membro do Grupo Funcionalidade e Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará.

Kellen Alves Freire

Nutricionista. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Prescrição de fitoterápicos e suplementação clínica e esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE). Membro do grupo de pesquisa em Nutrição e Epidemiologia (GENUTE).

Lady Diana Arruda Mota

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE).

Lucélia Rodrigues Afonso

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária Pública Federal (Hospital Universitário Walter Cantídio - CE).

Maria Janaína Alves de Azevedo

Assistente Social. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Especialista em Educação Biocêntrica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Experiência profissional na área de Vigilância em Saúde, Hospitalar, Pronto Atendimento (UPA), Assistência Social, e na Saúde da Família. Atua desde 2018 na Vigilância em Saúde, como técnica do projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, através da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP - CE) em parceria com a Secretária da Saúde do Estado do Ceará.

Maria Marlene Marques Ávila

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Nutrição e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Nutrição e Saúde e Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, mestre em Saúde Pública, Docente da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. Membro GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO; Coordenação Regional Nordeste Rede Unida.

Neyva Torres de Souza Cartaxo

Assistente Social. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Saúde Mental (UECE).

Noenia Alves de Araújo

Nutricionista. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Nutrição Clínica - Metabolismo, Prática e Terapia Nutricional. Atuou como voluntária no Laboratório de Bioquímica Humana (UECE).

Rafael Bezerra Duarte

Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Especialista em Metodologia da Docência do Ensino Superior, Urgência e Emergência e em Enfermagem do Trabalho. Docente dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem e Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS).

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE).

Victor Hugo Santos de Castro

Profissional de Educação Física. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Gestão em Saúde e Gestão Pedagógica (UECE) e em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP - CE), na modalidade residência multiprofissional.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Vivências em Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Clássicos da Saúde Coletiva
Saúde & Amazônia
Arte Popular, Cultura e Poesia
Branco Vivo
Saúde em imagens
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Série Vivências em Educação na Saúde
Pensamento Negro Descolonial
Educação Popular & Saúde
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-17-5

