

Gestão da saúde pública durante a pandemia por COVID-19*Public health management during the COVID-19 pandemic**Gestión de la salud pública durante la pandemia de COVID-19***Gutemberg Lopes Aquino¹**

ORCID: 0009-0009-6790-1683

Janis Naglis Faker¹

ORCID: 0000-0002-6744-6088

Rosely Almeida Souza²

ORCID: 0000-0002-6712-8266

Adaiele Lúcia Nogueira Vieira da Silva^{3*}

ORCID: 0000-0003-4858-9339

¹Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil.²Faculdade Unicesumar. Mato Grosso do Sul, Brasil.³Faculdade Novoeste. Mato Grosso do Sul, Brasil.***Autor correspondente:** E-mail: adaiele@hotmail.com**Resumo**

Objetivou-se identificar os principais problemas enfrentados pela gestão pública em saúde brasileira na pandemia do COVID-19. Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo. Foram incluídos estudos completos disponíveis de forma gratuita, publicados em português e desenvolvidos em território brasileiro. Foi utilizado o recorte temporal de estudos realizados a partir de dezembro de 2019. Os resultados foram elencados em seções que procuraram explicar com detalhes a Administração Pública, Gestão Pública em Saúde, Sistema Único de Saúde e a Gestão Pública em Saúde em tempos de pandemia. Foram encontradas as seguintes atribuições para os gestores: estabelecimento de estrutura de governança e coordenação da resposta à crise; programação de ações para diferentes fases da epidemia; financiamento do sistema de saúde para dar suporte às ações desenvolvidas; gestão da informação e comunicação de risco; gestão de profissionais de saúde; abastecimento e gestão de insumos estratégicos; ações de contenção para reduzir a transmissão; coordenação da rede de atenção à saúde; gestão de cadáveres; e mitigação das consequências econômicas, sociais e psicológicas. Os impactos subsidiaram a construção de uma nova administração pública, dando ênfase à eficiência, e a gestão baseada na percepção da complexidade do ambiente e dos problemas a serem enfrentados.

Descritores: COVID-19; Administração Pública; Serviço Único de Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Administração em Saúde.

Como citar este artigo:

Aquino GL, Faker JN, Souza RA, Silva ALNV. Gestão da saúde pública durante a pandemia por COVID-19. Glob Clin Res. 2024;4(2):e49. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210049>

Submissão: 12-05-2023**Aprovação:** 27-08-2023

Abstract

The aim was to identify the main problems faced by Brazilian public health management during the COVID-19 pandemic. This was a narrative review of literature, exploratory, and descriptive. Complete studies available for free, published in Portuguese, and conducted in Brazil were included. The time frame used was studies conducted since December 2019. The results were presented in sections that detailed Public Administration, Public Health Management, the Unified Health System, and Public Health Management during the pandemic. The following responsibilities for managers were identified: establishing a governance structure and coordinating the crisis response; planning actions for different phases of the epidemic; financing the health system to support the actions developed; information management and risk communication; managing health professionals; supplying and managing strategic supplies; containment actions to reduce transmission; coordinating the health care network; managing dead bodies; and mitigating the economic, social, and psychological consequences. The impacts supported the construction of a new public administration, emphasizing efficiency and management based on the perception of the complexity of the environment and the problems to be faced.

Descriptors: COVID-19; Public Administration; Unified Health Service; Health Policies, Planning and Administration; Health Administration.

Resumén

El objetivo fue identificar los principales problemas que enfrentó la gestión de la salud pública brasileña durante la pandemia de COVID-19. Esta fue una revisión narrativa de la literatura, de naturaleza exploratoria y descriptiva. Se incluyeron estudios completos disponibles de forma gratuita, publicados en portugués y realizados en Brasil. El marco temporal utilizado fueron estudios realizados desde diciembre de 2019. Los resultados se enumeraron en secciones que buscaron explicar en detalle la Administración Pública, la Gestión de la Salud Pública, el Sistema Único de Salud y la Gestión de la Salud Pública durante la pandemia. Se identificaron las siguientes responsabilidades para los gerentes: establecer una estructura de gobernanza y coordinar la respuesta a la crisis; planificar acciones para diferentes fases de la epidemia; financiar el sistema de salud para apoyar las acciones desarrolladas; gestión de la información y comunicación de riesgos; gestionar profesionales de la salud; suministrar y gestionar suministros estratégicos; acciones de contención para reducir la transmisión; coordinar la red de atención médica; gestionar cadáveres; y mitigar las consecuencias económicas, sociales y psicológicas. Los impactos apoyaron la construcción de una nueva administración pública, enfatizando la eficiencia y la gestión basada en la percepción de la complejidad del entorno y los problemas a enfrentar.

Descriptores: COVID-19; Administración Pública; Servicio Unificado de Salud; Políticas, Planificación y Administración de la Salud; Administración de la Salud.

Introdução

Essa pandemia foi um desafio não só para os gestores, mas para os sistemas de saúde do mundo. Assim, este estudo apresenta um panorama geral dos problemas enfrentados pelos gestores públicos em saúde durante a pandemia por COVID-19 (do inglês, *Coronavirus Disease 2019*). Para compreensão dos leitores, o estudo foi dividido em seções que procuram explicar com detalhes a Administração Pública, Gestão Pública em Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão Pública em Saúde em tempos de pandemia. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem sofrido transformações nas últimas décadas. A atualidade exige mudanças tanto no que se refere a formação dos profissionais, quanto nas mudanças de paradigma sobre gerir a saúde pública, muitas vezes enraizada em modelos biomédicos e hospitocêntricos¹.

No SUS a atividade gerencial se enquadra como um processo de trabalho de ação interdisciplinar, com determinações de ordem técnica, política e social. A atuação destes profissionais deve ter como intuito a promoção da saúde e efetivação dos princípios do SUS: a integralidade,

universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade e humanização no atendimento. Assim, compreender a gestão de saúde implica aprender e desenvolver habilidades e competências gerenciais, que podem fazer com que gestão se torne condizente com todo o arcabouço legal que sustenta o nosso SUS².

No Brasil, cada unidade federativa possui autonomia para manter e garantir a saúde dos indivíduos de seu território, assim, cada estado brasileiro possui governabilidade para organizar de maneira rápida e efetiva a assistência à saúde dos seus cidadãos. A pandemia por COVID-19, por exemplo, tem modificado a gestão na saúde, e sob essa perspectiva este artigo tem por objetivo identificar os principais problemas enfrentados pela gestão pública em saúde brasileira na pandemia de COVID-19.

Metodologia

A metodologia adotada para a realização desta pesquisa foi a revisão narrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo, com o intuito de responder a



seguinte pergunta norteadora: “Quais os principais problemas da gestão pública em saúde no contexto da pandemia por COVID-19?”.

A busca ocorreu nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico e Coleciona SUS. Foram considerados elegíveis estudos disponibilizados na íntegra de forma gratuita, realizados em território brasileiro, publicados em português, e que respondessem à questão de pesquisa proposta. Como estratégia de busca, foram usados os seguintes descritores: “COVID-19”, “Políticas, Planejamento e Administração em Saúde” e “Administração em Saúde”.

Foram inclusos artigos científicos, editoriais, teses, dissertações, manuais e protocolos. Foi utilizado o recorte temporal de estudos realizados a partir de dezembro de 2019. Tal escolha justifica-se levando-se em consideração o período de surgimento e de identificação da doença.

O nível de evidência não foi considerado como critério de elegibilidade por se tratar de uma temática nova, com possibilidade reduzida de encontrar artigos com melhor nível de evidência.

Resultados e Discussão

Para a realização da análise, procedeu-se à síntese dos materiais selecionados a partir da metodologia narrativa com cunho reflexivo e crítico, os estudos foram discutidos em categorias temáticas.

Na categoria “Administração pública”, foram selecionados seis estudos, na categoria “Gestão pública em saúde”, cinco estudos, para discutir a categoria “Sistema Único de Saúde”, foram selecionados 11 estudos e, por fim, na categoria “Gestão pública em saúde em tempos de pandemia”, foram selecionados 33 estudos.

Administração pública

A administração pública brasileira é regida por cinco princípios orientadores: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

O princípio de legalidade estabelece a supremacia da lei escrita, visto que sem ela não poderia existir o Estado Democrático de Direito. Segundo este princípio toda a ação estatal deverá ser respalda em lei, subsidiada pelo texto constitucional. Salienta-se que a garantia da legalidade na ação do poder público depende também da qualidade das leis. Importante ressaltar que as leis devem ser elaboradas respeitando as normas e técnicas legislativas vigentes. É importante, termos consciência que legalidade, legitimidade e justiça, são conceitos diferentes e que não devem ser confundidos, ou caracterizados como semelhantes. Para defesa do Estado democrático de Direito o princípio da legalidade é imprescindível, todavia, ele não garante a legitimidade e justiça das normas. Leis tecnicamente perfeitas podem ser consideradas ilegítimas, se não emanarem do poder legitimamente constituído para legislar. Entretanto, as leis podem ser legais e legítimas, mas gerarem injustiças sociais, tais como ampliação da diferença entre ricos e pobres, ou a diminuição de serviços sociais para os mais carentes³⁻⁵.

Referente ao segundo princípio, a impessoalidade, o servidor público, neste caso, o administrador público, precisa compreender que ele não age em nome próprio, mas em nome do poder público, considerando o cargo que ocupa na administração, seja cargo efetivo, coletivo ou comissionado. Desse modo, o autor de todos os atos públicos sempre serão o Estado e o administrador que o realiza, é a apenas o agente. Nesse cenário, todos os atos administrativos deverão ser impessoais, tanto no sentido de quem age, que é o Estado e não o agente (gestor). Quanto no objetivo da ação, que deve ser de interesse público e não de interesse particular³⁻⁵.

Com relação ao princípio da moralidade, ele é decorrência da legalidade, e é atributo direto do agente público. Frente a este princípio, o servidor deve expressar no seu comportamento as virtudes morais socialmente consideradas essenciais pela sociedade. Segundo o princípio da moralidade, requer-se dos agentes, representantes da administração pública, integridade e honestidade de conduta, não apenas durante a atividade laboral, mas também enquanto cidadãos³⁻⁵.

No que tange, ao princípio da publicidade, este possui relação intrínseca com a clareza e visibilidade social, que devem abranger os atos da administração pública. Todos os atos do Estado devem ser públicos, uma vez que emanam do poder público, tem interesse público, são para o público e consequentemente devem ser de conhecimento público. Há exceções quanto à publicidade de algumas decisões, visto que para terem eficácia necessitam de sigilo, e determinados processos para serem executados com êxito requerem sessões reservadas. É crucial garantir em todas as situações, que as decisões envolvam interesses dos cidadãos e sejam tomadas em condições favoráveis à realização do interesse público, fugindo de toda e quaisquer configurações que versem sobre interesses privados. Em geral, os atos públicos pressupõem a publicidade, mesmo existindo as manifestações orais, os discursos são importantes meios de comunicação política, todavia prioritariamente a publicidade das ações deve ser no formato escrito. A redação deve obedecer às normas e procedimentos decorrentes dos princípios da legalidade. Ainda, há a exigência de publicação de editais de licitação, entre outros, nos veículos de comunicação da imprensa local de ampla circulação, com o intuito de garantir o cumprimento do princípio da publicidade. Assim, os atos do poder público só deverão entrar em vigor após publicação no Diário Oficial, ou seja, a partir da data que se tornam acessíveis ao conhecimento público^{5,6}.

O último princípio a ser abordado trata-se da eficiência, este princípio está relacionado ao funcionamento econômico da administração pública. Os tributos pagos pelos cidadãos, aplicados para custear as funções administrativas, devem ser usados de forma eficiente, ou seja, com melhor relação de custo-benefício. Nesse sentido, as contribuições além de serem utilizadas de forma legal, impessoal, moral e pública, devem ser também usados de forma eficiente³⁻⁵.

Além dos princípios elencados, a administração pública, envolve diversas organizações, tipos de trabalho,



necessitando assim de diferentes mecanismos de coordenação e controle, todo esse contexto em território brasileiro, contribui para ocorrência de inúmeros processos burocráticos^{7,8}.

A performance organizacional dos entes públicos possui relação intrínseca com os altos índices de burocracia e a centralização da administração pública, colaborando com a limitação da autonomia local. No que se refere à gestão pública em saúde, a descentralização é um dos princípios de diferenciação do sistema, ainda que não esteja adequadamente implantado. Na gestão em saúde, a descentralização implica em estabelecer uma relação de correspondência entre o público e o privado, a União, estado e os municípios^{7,8}.

Gestão pública em saúde

Fazer gestão pública em saúde é conectar necessidades e demandas a formulação e implementação de políticas e organização do trabalho, tendo como foco a mobilização de recursos que precisam ser combinados, seja recursos financeiros, profissionais ou de equipamentos municipais. Sendo assim, no exercício da gestão pública em saúde, deve-se considerar algumas características, tais como: governança; financiamento; profissionalização; tecnologia da informação; gestão de pessoas; e organização do cuidado^{8,9}.

A governança, na esfera pública, tem origem na discrepância das políticas públicas e a gestão, sendo entendida como o ato de conseguir realizar ações eficientes com o dinheiro público. Envolvendo assim, um conjunto de dispositivos e práticas, capaz de empoderar o sistema, onde os resultados serão constatados na ampliação institucional decorrente da melhora na captação dos recursos financeiros e produtividade dos recursos humanos^{8,10,11}.

Outra característica que deve ser considerada no exercício da gestão pública em saúde, trata-se do financiamento, ele refere-se à todas as dimensões econômico-financeiras da gestão. Um financiamento adequado, deve ser feito, considerando volume de recursos aplicados, princípios de equidade e distribuição, fonte e origens dos recursos e modalidade de pagamento aplicáveis aos serviços. Devendo primar pela sustentabilidade da máquina pública, tendo como foco o equilíbrio econômico e a qualidade da assistência prestada. Quanto à profissionalização, é crucial que a gestão pública seja operacionalizada por profissionais especialistas, formados e com competência técnica focada na melhora dos resultados^{8,9}.

A Tecnologia da Informação (TI) é outro atributo importante para gestão em saúde, visto que, por meio dos sistemas de informação são gerados, dados capazes de subsidiar os processos de tomada de decisão, seja de natureza estratégica, tática ou operacional. Ainda, a TI contribui para integração e comunicação entre os serviços, e as redes de atenção à saúde, e até mesmo com a população. No que se refere à gestão de pessoas, toda a organização do sistema de saúde, estabelece que a gestão do trabalho seja estreitamente vinculada aos profissionais, sendo

responsabilidades desses, tanto a eficiência e qualidade dos processos, quanto os resultados alcançados^{6,8,9}.

Em gestão em saúde, a organização do cuidado, envolve desde o perfil assistencial do serviço em saúde, perfil socioeconômico do usuário, critérios de ingresso e de relacionamento entre as unidades que compõe o sistema, mecanismos de regulação, acompanhamento do ingresso desde o acolhimento até a alta, e a gestão dos recursos críticos de assistência (leitos, equipamentos, equipes especializadas qualificadas, novas tecnologias entre outros)^{8,9}.

Além dos atributos elencados, há outros que devem ser entendidos como objetivos do serviço, tais atributos abrangem estruturas e processos, e corroboram com a melhora dos modelos de gestão, sendo estes: qualidade; pesquisa, desenvolvimento e ensino; inserção no SUS; eficiência; e assistência centrada no paciente. A qualidade é um objetivo constante da gestão, principalmente dos serviços de saúde, ela envolve: implementação de estruturas e processos de qualidade, aprimoramentos constantes, cumprimento de normas e vigilância de serviços, processo e acreditação externa, permanente atenção com a satisfação dos usuários dos serviços, prontuários com qualidade de registros e implementação de ferramentas de gestão do cuidado^{4,6,8,9}.

Outro atributo, considerado um objetivo dos serviços é a pesquisa, desenvolvimento e ensino, visto que este contribui com a geração de conhecimentos e tecnologias tanto assistenciais quanto organizacionais, e com a formação e aprimoramento dos trabalhadores. Cabe ao gestor público, reconhecer que enquanto gestar unidades ou serviços de saúde pública, estes estarão inseridos no SUS, e que este sistema possui características próprios que o diferente de todos os demais serviços públicos^{8,9}.

Sistema Único de Saúde

Os sistemas de saúde são definidos como o conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população. Nesse contexto os sistemas de saúde têm o compromisso de garantir o acesso aos bens serviços disponíveis em cada sociedade, para manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos¹².

A conformação do sistema de saúde no Brasil foi impulsionada no século XIX, a partir dos movimentos sociais que não se conformavam com as condições precárias de sobrevivência a que eram submetidos. Havia uma real exclusão de algumas classes, e essas foram determinantes para consolidação da cidadania. Com os movimentos de protesto e mobilização política intensa, foi possível avançar em direção ao estabelecimento de direitos e na construção de um sistema que atendesse a todos os brasileiros^{13,14}.

No Brasil, a primeira tentativa de criar um sistema de saúde foi em 1975 com a Lei n.º 6.229 com a criação do Sistema Nacional de Saúde, que buscou corrigir a multiplicidade institucional desordenada no setor público. Mas foi a conferência de Alma Ata, em 1978, o grande marco que impulsionou a atenção à saúde no Brasil e no Mundo. Nesse sentido, o SUS emergiu de uma estratégia em proporcionar uma cobertura de ações de saúde com caráter



universal. Assim em 1988, com o estabelecimento da Constituição Federal, contando com a participação de congressistas e intelectuais da época, criou-se formalmente um sistema de saúde, nos artigos 196 a 200 que seria orientado pelos princípios organizativos de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade^{15,16}.

Em decorrência da Constituição de 1988, elaborou-se entre os anos de 1989 e 1990, a Lei n.º 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Conhecida também como a Lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ela estabelece a universalidade e equidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações e a participação social. O SUS tem como principal objetivo otimizar de maneira eficiente as condições de saúde da população brasileira, com a humanização dos serviços prestados. Partindo do princípio de que a “saúde é um direito de todos e um dever do estado”, com responsabilidades estabelecidas entre as esferas federal, estadual e municipal^{16,17}.

O princípio da universalidade garante a qualquer brasileiro acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente de sua profissão ou contribuição. A integralidade garante aos brasileiros que o cuidado seja pautado nas necessidades de saúde, envolva ações preventivas, assistenciais, proporcione a garantia de acesso em todos os níveis de complexidade e implemente uma abordagem integral dos indivíduos. O princípio de equidade, busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. Este princípio tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. A participação social, remete à atuação direta da sociedade tanto no planejamento, quanto no acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. No caso dos serviços de saúde, os conselhos e conferências de saúde, representam os usuários, sendo organizados nos diversos níveis de governo: municipal, estadual e nacional¹⁷.

Neste contexto, os desafios do SUS estão constantemente relacionados aos diversos obstáculos conjunturais e estruturais, tais como o tamanho do país e toda sua complexidade, as desigualdades sociais e a persistência do modelo médico-assistencial que dificulta a operacionalização da assistência¹⁵.

Gestão pública em saúde em tempos de pandemia

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional. Devido à alta prevalência e longos períodos de incubação, muitas vezes sem sintomas, a SARS-CoV-2 infectou milhões de pessoas em todo o mundo, causando a pandemia da doença COVID-2019 (COVID-19)¹⁸⁻²⁰.

A COVID-19 infecta somente mamíferos, é altamente patogênica e pode causar síndromes respiratórias e gastrointestinais. Desde o desenvolvimento de sintomas de resfriado comum, a infecções graves em grupos de riscos, idosos e crianças²¹.

Até 10 de setembro de 2021 foram notificados à OMS 223.022.538, casos confirmados de COVID-19 e 4.602.882 óbitos. Em 6 de setembro de 2021, um total de 5.352.927.296 doses de vacina foram administradas. No Brasil, até 10 de setembro de 2021 foram notificados 20.974.850 casos confirmados de COVID-19 e 585.846.000 óbitos. Foram aplicadas 205.866.758 doses de vacinas contra a COVID-19. Os números apresentados, evidenciam como a pandemia ameaça pontos decisivos da nossa sociedade, o debate “vidas *versus* economia” foi e ainda é complexo e altamente desafiador, para qualquer gestão^{20,22,23}.

Diferentes setores como a segurança pública, educação, economia e política, tiveram desafios importantes a serem gerenciados nesse período de pandemia por COVID-19. Entre várias atuações, coube a segurança pública lidar com as altas demandas de violência, e destacamos aqui a violência contra a mulher que aumentou consideravelmente exigindo um trabalho extra também do poder judiciário²⁴.

Pesquisadores²⁵ analisaram informações sobre a violência contra a mulher no banco de dados público do estado de São Paulo, entre os períodos de março a maio dos anos de 2019 e de 2020. Os autores observaram que, houve um aumento de violência por crimes contra a dignidade sexual. Uma revisão sistemática, mostrou que o feminicídio foi superior quando comparado a períodos anteriores a pandemia por COVID-19, reforçando que o isolamento social vulnerabiliza a vítima pela nova rotina dentro de casa e pela impossibilidade de sair²⁶.

No setor da educação, encontramos retrocessos no ensino, pela desvinculação do aluno e família com a escola, práticas pedagógicas por aulas remotas difíceis, formação de professores comprometidas, e ainda, alunos portadores de deficiência desassistidos. Os adolescentes e crianças fora da escola ficaram isolados em ambiente domiciliar, virtuais sem o monitoramento dos pais e na maioria das vezes essa mudança afetou sua saúde mental e equilíbrio emocional. Além disso, por muitas vezes a alimentação oferecida pela escola era a única oportunidade de nutrição adequada para essas crianças²⁷.

A economia do país foi pega de surpresa, principalmente pelo negacionismo inicial do governo federal e também por parte da sociedade. O despreparo em prever os impactos que o vírus poderia causar foi determinante para que as ações fossem feitas apenas quando tudo já estava fora de controle. As estratégias para conter a contaminação se resumiam em isolamento social e testagem em massa, no entanto o isolamento social não era viável para a economia²⁸.

De forma geral, autores²⁹ destacam que o setor econômico brasileiro foi afetado e com consequências importantes em três períodos. Inicialmente redução de expectativas dos investidores, interrupção de algumas cadeias de suprimentos e redução das exportações. O segundo período pelas medidas de mitigação da crise, a partir da ampliação de linhas de crédito para micro e pequenas empresas e da concessão do Auxílio Emergencial aos trabalhadores autônomos. E no terceiro período, com a retomada da atividade econômica e o resgate de reformas



neoliberais do governo, como a fiscal, tributária, de abertura econômica, entre outras.

No contexto da política brasileira, estudo destaca que, inicialmente houve muitas tensões políticas que resultaram em polêmicas sobre o isolamento social e o uso inadequado de medicamentos. Tais polêmicas causaram danos extensos e importantes no enfrentamento à doença, refletindo até os dias de hoje no planejamento e implementação da vacinação no país³⁰.

Segundo pesquisa³¹, a epidemia de COVID-19 exigiu um planejamento imediato do Ministério da Saúde e as ações do governo mostraram contradições entre a presidência e o referido ministério. Essas contradições, traduziram-se em uma política com protagonismo dos governadores, resultando em um dilema entre a economia e a saúde, e na militarização do Ministério da Saúde com preenchimento dos quadros do corpo técnico por militares. O autor destaca ainda, que nos quatro meses iniciais após o registro do primeiro caso de COVID-19, o Ministério da Saúde saiu da linha de frente das ações e os estados conduziram as principais medidas de enfrentamento por meio da compra de materiais e serviços da iniciativa privada.

Esclarece-se que a saúde brasileira nesse período de pandemia por COVID-19 expôs a fragilidade já existente de um sistema coordenado por entes federativos, apresentando dificuldades relativas à insuficiência de recursos financeiros e humanos, tais como, déficit de fixação, diferentes formas de contratação, precarização do trabalho e baixos investimentos em educação permanente^{33,34}.

O estado do Amazonas, por exemplo, se destacou de forma negativa no gerenciamento da crise pela COVID-19. O Estado ficou sem oxigênio para suprir as necessidades da população acometida pela doença e sem vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O autor destaca, que esse problema é resultado de medidas de prevenção inadequadas em um contexto extremamente desfavorável. Essa situação tem origem, no despreparo dos gestores para prever agravos e tomar decisões, associados aos indicadores sociais e sanitários muito precários com indivíduos vivendo em extrema pobreza, domicílios inadequados, e banheiros sem água encanada. Mostrando que as condições de vida da população eram inadequadas para manter as medidas necessárias de higiene³⁵.

Para gestão pública em saúde, foi elaborada uma nota técnica em parceria com a Fundação Getúlio Vargas Saúde, Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde sistematizando recomendações e práticas observadas em experiências nacionais e internacionais. Esta norma tem como objetivo destacar pontos chave para auxiliar gestores do SUS em âmbito local/regional na resposta à pandemia provocada pela COVID-19. Destacam-se algumas atribuições para gestores, tais como: estabelecimento de estrutura de governança e coordenação da resposta à crise; programação de ações para diferentes fases da epidemia; financiamento do sistema de saúde para dar suporte às ações desenvolvidas; gestão da informação e comunicação de risco; gestão de profissionais de saúde; abastecimento e gestão de insumos estratégicos; ações de contenção para

reduzir a transmissão; coordenação da rede de atenção à saúde; gestão de cadáveres; e mitigação das consequências econômicas, sociais e psicológicas³⁶.

No que se refere à governança, o Rio Grande do Sul, traz um importante exemplo, durante a pandemia por COVID-19. O Estado criou um plano de resposta por meio da utilização de um sistema de coordenação pré-definido “o Gabinete de Prevenção e Enfrentamento à COVID-19”. Os autores mostraram que essa organização permitiu uma articulação adequada com melhor aproveitamento dos recursos e otimização dos resultados. Esse movimento permitiu também que a comunidade tivesse ciência sobre as ações implementadas e ainda possibilitou o fortalecimento de atuações para além desta pandemia. As estratégias adotadas pelo Estado compreenderam: capacitação dos profissionais envolvidos de acordo com as funções e responsabilidades a serem desempenhadas; acompanhamento das alterações de protocolos específicos à gestão de emergências; distribuição de recursos materiais; manutenção de registros e relatórios atualizados; confecção de camisetas “SOLIDARIZA” para promover a consciência social; e arrecadação de alimentos para os atingidos pela pandemia. Ainda, no que tange a segunda atribuição, a de programar ações para diferentes fases da epidemia, o Rio Grande do Sul, adotou o distanciamento controlado, classificado por bandeiras amarela, laranja, vermelha e preta. A indicação amarela se refere a uma situação mais amena, com medidas mais flexíveis, a laranja com risco médio, vermelha risco alto e a bandeira preta exigindo maior restrição por parte das regiões³⁷.

Para definir as cores, o estado elencou dois grandes medidores, a propagação e a capacidade de atendimento, com coletas e atualizações diárias e válidas para semana seguinte. Foram estratégias mistas, moduladas e pactuadas para equilibrar a prioridade à vida com a retomada econômica, pois as regiões experimentavam velocidades de transmissão e contavam com capacidade de resposta diferenciada. Assim, o nível de distanciamento esteve atrelado a capacidade de resposta da saúde e comportamento da pandemia no território. A classificação por bandeiras, foi amplamente utilizada pelos estados brasileiros, como medida de organização do distanciamento social, conforme novos casos iam surgindo cada município e Estado, liberavam semanalmente a programação das atividades comerciais³⁸.

Sobre a atribuição de gestão do financiamento do sistema de saúde para dar suporte as ações desenvolvidas, o SUS passou por uma situação crítica para atender à demanda gerada pela pandemia da COVID-19. O pior cenário foi nas regiões do Norte e Nordeste do país, principalmente em relação aos leitos de UTI e déficit na assistência. Os autores apresentaram três pontos relevantes para o sistema de saúde no contexto da pandemia, a primeira refere-se à necessidade de se reduzir a velocidade de propagação da COVID-19 na população, conter a propagação para aliviar a pressão sobre o sistema de saúde e para a reorganização da oferta. O segundo, tratou de expandir o número de leitos disponíveis, mesmo com a contribuição do setor privado, os dois setores não possuíam suficiência em várias



macrorregiões. Destaca-se a construção de hospitais de campanha, tanto em locais onde houve vazios assistenciais como naqueles que apresentavam várias fragilidades mesmo antes da pandemia. O terceiro ponto diz respeito à organização regionalizada dos serviços de saúde, que apesar de adequada em situações de demanda usual, em momentos de pandemia este desenho gerou desafios adicionais, especialmente na distância percorrida pelo paciente para obter atendimento³⁹.

Quanto à atribuição da gestão da informação e comunicação de risco, salienta-se que a reunião de informações em banco de dados confiáveis e disponível para consulta pública apoiavam a tomada de decisão por parte dos gestores em tempo oportuno. Em seu estudo os autores apresentaram bancos de dados públicos e destacaram:

"1) Dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, atualizados diariamente, e que mostram sobre as ondas epidêmicas. 2) O Portal da Transparência do Registro Civil, com dados recentes, aponta sobre as taxas de mortalidade de COVID-19. 3) Os casos notificados pelo Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Influenza (Sivepgripe), confirmados principalmente por exame laboratorial, mostram predominância por sexo, faixas etárias, raça/cor branca, residência em áreas urbanas, presença de comorbidades, maior ocorrência de internação e menor uso de unidade de terapia intensiva. Esta última base de dados, além da primeira onda, registra apenas as primeiras oito semanas epidemiológicas da segunda onda"^{40:3}.

Em Campo Grande, temos o site <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/vacinacg/>, que ofereceu informações em tempo real sobre o atual cenário dos municípios e também orientou quanto o andamento da vacinação a toda população⁴¹.

Apesar de existir vários bancos de dados e sistemas de informações disponíveis no Brasil, é sabido que a capacidade tecnológica da informação é limitada. Destaca-se que quando não gerenciados os dados elas passam a serem utilizadas para disseminar falsas informações e causar prejuízos. Durante a pandemia por COVID-19 a disseminação de conteúdos falsos contribuiu para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde⁴².

Consoante à atribuição de gestão de profissionais de saúde, estudo^{31:8} destacou uma situação importante:

"A pandemia de COVID-19 chegou ao Brasil após o primeiro ano em que começaram a vigorar as medidas mais importantes da reforma trabalhista e a perda de direitos previdenciários. E isso foi um dos fatores que tornou possível a contratação de profissionais da saúde de forma intermitente, temporária, flexível, terceirizada e sem vinculação com um plano de carreira estatal. Nas mãos das empresas médicas, cooperativas, entidades filantrópicas e OSSs, houve a contratação de profissionais para cuidar dos acometidos pela epidemia. Com este formato de gestão da força de trabalho para a saúde, a contratação de profissionais aconteceu majoritariamente em regime de plantões, contratos temporários e sem direitos trabalhistas fundamentais garantidos. Com a evidente precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde, à medida que vários trabalhadores adoeciam nos serviços, a reposição destes trabalhadores não acontecia de forma imediata como, em tese, almejava-se que iria acontecer. Os profissionais adoecidos deixavam vários serviços de saúde, ao mesmo tempo, desfalcados de força de trabalho. Esse profissional, agora doente, é o que está na linha de frente em muitos serviços – algo

Gestão da saúde pública durante a pandemia por COVID-19

Aquino GL, Faker JN, Souza RA, Silva ALNV
comum entre os trabalhadores da saúde que possuem múltiplos vínculos empregatícios e trabalham em vários serviços para complementar suas rendas provenientes de múltiplos plantões. Uma vez contaminado por COVID-19, o profissional da saúde, contratado de forma temporária pelas OSSs, cooperativas ou entidades filantrópicas, não possuía o direito ao seu afastamento do trabalho, restando-lhe o desamparo social ou mesmo o desemprego".

A esse respeito, pesquisadores⁴³ verificaram que houve muitas mortes de trabalhadores de saúde, e os que mais se destacaram foram os profissionais da enfermagem. Reforçaram ainda que a área da saúde vem passando por dificuldades como a precarização do trabalho, escassa contratação de profissionais e restrição de recursos materiais trazendo dificuldades para os profissionais que estão na linha de frente do atendimento⁴⁴.

Quanto à atribuição de abastecimento e gestão de insumos estratégicos, argumenta-se que no contexto da pandemia por COVID-19 tornam-se pertinentes estratégias dinâmicas e inovadoras de gestão de estoques, aplicação de ferramentas de gestão da qualidade como gráficos de controle para a tomada de decisões, para garantir a segurança e a qualidade da assistência para pacientes e trabalhadores. Salientam que o sucesso da estratégia de gestão baseia-se no trabalho em equipe bem alinhado, com responsabilidades definidas, colaboração e comunicação efetiva e a utilização de indicadores confiáveis. Os autores descreveram a experiência de um serviço de saúde hospitalar e ambulatorial de nível secundário no controle de estoques de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e medicamentos. Esse estudo evidenciou a necessidade de ações que destacassem as recomendações de EPIs e medicamentos no tratamento de COVID-19, assim como a definição de protocolos institucionais de padronização. Sendo fundamental também a capacitação da equipe assistencial para o uso adequado e racional dos insumos, o cálculo da estimativa do consumo diário dos itens críticos, análise diária de estoque, e a agilidade na tomada de decisões. Mesmo com todo o planejamento as principais dificuldades encontradas foram os fatores externos, como a falta de produtos disponíveis para compra e os preços abusivos⁴⁵.

Referente à atribuição de ações de contenção para reduzir a transmissão é necessário que os gestores tenham um olhar para experiências de epidemias anteriores pois elas embasam as futuras práticas. Ao avaliar as evidências em seu estudo os autores destacaram, que foi importante nessa pandemia conhecer as características do vírus (informações sobre a forma de transmissão do vírus e sua dinâmica no organismo do hospedeiro) para construção de medidas de contenção e estratégias de enfrentamento à COVID-19. Medidas eficazes e fundamentais tanto na prevenção quanto para propagação do vírus têm sido adotados mundialmente, tais como: o uso de máscaras, higienização das mãos e superfícies, quarentena, isolamento social em casos confirmados ou não; distanciamento social, e em alguns casos bloqueio total (*lockdown*)⁴⁶.

A antepenúltima atribuição, refere-se à coordenação da rede de atenção à saúde, o trabalho dos



gestores se baseia na organização dos pacientes suspeitos ou infectados nos diferentes níveis da rede de atenção. No entanto, sabemos que a assistência foi ofertada pela atenção secundária e terciária centrada nos serviços hospitalares. A atenção primária, por exemplo, teve que se readaptar para participar do cuidado nesse período. Salienta-se que apesar de pouca visibilidade a rede de atenção esteve coordenada e coube a atenção primária a vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com COVID-19, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da atenção primária⁴⁷.

Sobre a atribuição de gestão de cadáveres, os gestores foram orientados pelo Ministério da Saúde, sobre a forma como deveriam proceder com os corpos em seus municípios, mas apesar de todas as orientações os estados possuíam autonomia para gerir os óbitos⁴⁸.

Estudo⁴⁹ trouxe à tona uma discussão praticada durante a ditadura e que foi reproduzida atualmente na pandemia da COVID-19. Desaparecimento de corpos, ocultação da causa mortis e caracterização de corpos em apenas números. Isso se deve a exposição da real situação de vulnerabilidade social e invisibilidade de grupos da sociedade e cerceamento dos direitos humanos. Os autores, destacaram o Estado do Maranhão, que com sua população em situação de pobreza, foi vitimada em seus momentos de dor e luto. Diante da perda, a população precisava lidar com os danos sociais causados pela pandemia como o desemprego, dificuldades financeiras, sobrecarga de trabalho doméstico e o surgimento de problemas emocionais como ansiedade, medo e depressão.

Como exemplo de uma atitude positiva por parte da gestão, o gerenciamento de corpos em Maringá no Paraná, aponta-se que a prefeitura adotou todos os protocolos relativos ao controle e prevenção da contaminação por COVID-19 para os serviços funerários, e inclusive organizou plantões psicológicos nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento ao público em geral para os familiares que tiveram perdas pela COVID-19. Os psicólogos contratados se revezavam em três turnos entre sete horas da manhã e uma hora da manhã quando o atendimento era feito por telefone até o mês de maio de 2020⁵⁰.

A última atribuição dos gestores está relacionada com a mitigação das consequências econômicas, sociais e psicológicas. O Governo Federal implantou algumas medidas temporárias e emergências de proteção, disponibilizou o auxílio financeiro de R\$600,00 aos empregados e autônomos informais e aos desempregados, sendo estendido aos microempreendedores individuais de baixa renda. Houve também ampliação do número de famílias beneficiadas no programa bolsa família, antecipação do 13º salário para os aposentados e pensionistas do INSS, e o pagamento do abono salarial. Ainda, no âmbito da previdência social, foi suspensa por 120 dias, a exigência de cadastramento anual de aposentados, pensionistas e anistiados políticos civis, bem como, a de realização de visitas para comprovação de vida⁵¹.

Para as empresas houve a redução ou retardação de alguns impostos, com o intuito de impedir a destruição de

postos de trabalho, criou-se o programa de financiamento da folha de pagamento com empréstimos, que contaram com garantia do Tesouro de 85% do valor e postergação do pagamento de impostos. Para área da saúde foi ampliado a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde, Ministério da Defesa e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação para ampliar as ações adicionais de combate ao vírus⁵¹.

Como elencado, muitas foram e continuam sendo as atribuições do gestor público frente a pandemia de COVID-19, que percorrem deste a governança do bem público ao manejo de cadáveres. O contexto pandêmico exigiu do administrador público, muito além das capacidades de administração corriqueiras, ainda coube a este profissional o desenvolvimento de habilidades interpessoais e fluência entre as mais diversas áreas (saúde, economia, cultura, segurança entre outros). O gestor público em saúde precisa ter um olhar amplo, para identificação de gargalos, tanto de atendimento ao paciente quanto administrativos. Mesmo durante uma pandemia, cabe ao gestor público, prover ao seu time soluções e tecnologias que garantam o respeito aos princípios orientadores da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Considerações Finais

A literatura evidenciou que a pandemia da COVID-19, gerou mudanças significativas, impactando a sociedade como um todo. Como ferramenta gerencial para apoiar os gestores na tomada de decisão, nesses dois anos de pandemia por COVID-19, foram elaboradas regras para mitigar a contaminação e transmissibilidade do vírus por meio dos protocolos de biossegurança. Os protocolos incluíram medidas monitoradas e coordenadas, envolveram ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades. Permitiu aos gestores garantir a eficiência no distanciamento social, nas rotinas de limpeza do ambiente, no uso adequado dos equipamentos de proteção individual, na priorização do trabalho remoto, no retorno ao trabalho, dentre outras.

Outra medida importante que tem sido utilizada pelos gestores e foi gerada pela pandemia dispõe sobre o Programa Nacional de Imunizações, nele foi incluída o passaporte digital de imunização. O passaporte é um documento disponível em meio eletrônico e que atesta a vacinação do portador contra doenças infecciosas. Atualmente o passaporte tem sido uma exigência em diferentes setores e tem obrigado a população a se vacinar, principalmente em casos de viagens e para frequentar shows, teatros, cinema e outros. A pandemia por COVID-19 trouxe à tona a importância da administração pública em momentos de crise e a importância da articulação política de todas as esferas do governo para a superação da pandemia e de seus impactos econômicos.

É de conhecimento de todos que uma boa gestão, precisa focar-se nas oportunidades e não nos problemas, sem sombra de dúvida muitos foram as adversidades enfrentadas na pandemia, exigindo um planejamento estratégico eficaz, construção de planos de contingência,



estruturação de governança (criação de comitês de enfrentamento), estabelecimento e esclarecimentos quanto à ética profissional, sem esquecer da prestação de contas para sociedade com transparência e comunicação de todas as ações feitas pela pasta/setor. Salienta-se que é fundamental orientar os administradores público sobre a importância da aplicação dos princípios da administração, revitalização da função pública e profissionalização dos gestores. Tendo como foco resultados mediante avaliação permanente, a gestão precisa estar direcionada para o usuário/cidadão, a transparência e acesso à informação pública é imprescindível.

Ademais, é essencial que sejam criados arranjos institucionais que buscam a representação dos interesses da sociedade com a busca pela equidade e diminuição de desigualdades sociais. Sem renunciar à produtividade, motivação e desenvolvimento profissional e pessoal. Na gestão pública em saúde os impactos foram extremamente relevantes: aumento de demanda, escassez de recursos, enfrentamento de uma doença desconhecida, gerenciamento de áreas com características bem distintas e

a garantia de acesso a saúde a todos os brasileiros. A pandemia subsidiou a construção de uma nova administração pública, dando ênfase à eficiência, e principalmente a gestão baseada na percepção da complexidade do ambiente e dos problemas a serem enfrentados, essa complexidade relaciona-se com a abordagem interdisciplinar e multissetorial, tão exigidas pela pandemia.

Discorrer sobre a pandemia por COVID-19 foi fundamental para ampliar meu conhecimento em gestão, principalmente no setor saúde, além disso, permitiu conhecer as diferentes formas de gerenciar uma crise, compreender sobre a necessidade do saber em diferentes áreas. Ademais, esse estudo foi importante na compreensão da responsabilidade dos gestores quanto a transparência, ética e responsabilidade social. Para futuras pesquisas, esse estudo oferece um panorama de como a crise afetou a saúde em vários estados, também trouxe exemplos positivos de alguns gestores e que poderá vir a ser replicado em novas crises.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017 Sep 21.
2. Vanderlei MI, Almeida MCA. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):443-53.
3. Ferreira MF. O dolo da improbidade administrativa: uma busca racional pelo elemento subjetivo na violação aos princípios da Administração Pública. Rev Direito GV. 2019;15(3):e1937. doi:10.1590/2317-6172201937.
4. Souza SR, Maciel-Lima SM, Lupi ALPPB. Aplicabilidade do compliance na administração pública em face ao momento político atual brasileiro. Percurso. 2018;1(24):1-22.
5. Coelho RC. O público e o privado na gestão pública. 2nd ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração UFSC; 2012.
6. Luz HIM, Benfatti FFN. Democracia participativa na administração pública e a importância do princípio da publicidade. Rev Eletr Fac Direito Franca. 2018;13(1):43-60. doi:10.21207/1983.4225.718.
7. Bitencourt E. Transformações do Estado e a Administração Pública no século XXI. Rev Invest Constit. 2017;4(1):207-25. doi:10.5380/rinc.v4i1.49773.
8. Barbosa PR, Carvalho AI. Organização e financiamento do SUS. 2nd ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração UFSC; 2012.
9. Pessoa DLR, Silva LRS, Santos JVG, Silva TBC, Silva RAR, Oliveira JMS. Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. Braz J Health Rev. 2020;3(2):3413-33. doi:10.34119/bjhrv3n2-171.
10. Busato IMS, Silva Júnior JB, Santos JVG, Silva TBC, Silva RAR, Oliveira JMS. Estudo do perfil de governança e gestão em saúde das administrações públicas municipais no Estado do Paraná. Braz J Dev. 2020;6(7):48406-15. doi:10.34117/bjdv6n7-474.
11. Lima LD, Queiroz LFM, Machado CV, Viana ALA. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cad Saúde Pública. 2019;35(Suppl 2):e00094618. doi:10.1590/0102-311X00094618.
12. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.
13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação estruturante do SUS. Brasília: CONASS; 2011.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde: legislação e notas técnicas. Brasília: CONASS; 2006.
15. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(2):269-91.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990 Sep 20.
18. Li X, Wang W, Zhao X, Zai J, Zhao Q, Li Y, et al. Transmission dynamics and evolutionary history of 2019-nCoV. J Med Virol. 2020;92(5):501-11. doi:10.1002/jmv.25701.
19. Chung JY, Thone MN, Kwon YJ. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. Adv Drug Deliv Rev. 2021;170:1-25. doi:10.1016/j.addr.2020.12.011.
20. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2021. Available from: <https://covid19.who.int/>.
21. Scarpellini B, Nunes MPT, Henriques CMP. Doença pelo coronavírus (COVID-19): aspectos clínicos e epidemiológicos. In: Soeiro A,



editor. Covid-19: temas essenciais. Barueri: Manole; 2020.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Atualização diária de casos de COVID-19 no Brasil. 2021. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
23. Peci A. A resposta da administração pública brasileira aos desafios da pandemia. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):1-3. doi:10.1590/0034-761242020.
24. Miranda BW, Preuss LT. As silhuetas da violência contra mulher em tempos de pandemia. *Soc Debate*. 2020;26(3):74-89. doi:10.47208/sd.v26i3.2751.
25. Almeida AM, Martins FV, Dias CC. Violência contra a mulher em tempos de pandemia do SARS-CoV2 no Estado de São Paulo. *Rev Interdiscip Saúde Educ*. 2020;1(2):8-20.
26. Sunde RM, Sunde LMC, Esteves LF. Feminicídio durante a pandemia da COVID-19. *Oikos*. 2021;32(1):55-73.
27. Palú J, Schutz JA, Mayer L. Desafios da educação em tempos de pandemia. Cruz Alta: Editora Ilustração; 2020.
28. Gullo MCR. A economia na pandemia covid-19: algumas considerações. *Rosas Ventos*. 2020;12(3):1-8. doi:10.18226/21789061.v12i3a05.
29. Silva ML, Silva RA. Economia brasileira pré, durante e pós-pandemia do covid-19: impactos e reflexões. *Observ Socioecon COVID-19*. 2020;7:1-15.
30. Bernardes J. Tensões políticas levaram Brasil a fracassar no combate à covid-19, aponta relatório. *J USP*. 2021.
31. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00302134. doi:10.1590/1981-7746-sol00302.
32. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Alves JS, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Esc Anna Nery*. 2020;24(spe):e20200188. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188.
33. Bogossian T. Implicações no direito fundamental da reforma trabalhista durante a pandemia da COVID-19. *Glob Clin Res*. 2022;2(1):e22. doi:10.5935/2763-8847.20220022.
34. Araújo APS, Bogossian T, Motta ACGD, Chaves R. Os direitos trabalhistas e previdenciários dos profissionais da saúde em tempo de pandemia. *Glob Clin Res*. 2022;2(2):e40. doi:10.5935/2763-8847.20220022.
35. Lavor A. Amazônia sem respirar: falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021.
36. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Júnior WC. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta a Pandemia COVID-19. São Paulo: IEPS; 2020.
37. Carmo DRP, Silva JVG, Santos JVG, Oliveira JMS, Silva TBC, Silva RAR. Plano de resposta de um Gabinete de Prevenção e Enfrentamento à COVID-19: Relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2020;9(12):e25391210977. doi:10.33448/rsd-v9i12.10977.
38. Comitê de Dados. Modelo de distanciamento controlado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Governo do RS; 2021.
39. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00115320. doi:10.1590/0102-311X00115320.
40. Moura EC, Santos W, Neves RG, Oliveira CM, Silva AVC, Rocha AS, et al. Disponibilidade de dados públicos em tempo oportuno para a gestão: análise das ondas da COVID-19. *SciELO Preprints*. 2021. doi:10.1590/SciELOPreprints.2316.
41. SESAU. Vacinômetro Campo Grande. 2021. Available from: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/vacinag/>.
42. Galhardi CP, Freitas NBB, Nascimento J, Silva PO, Prado RR, Fofonka LF, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;25(Suppl 2):4201-10. doi:10.1590/1413-812320202510.2.28922020.
43. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Alves LP, Sampaio JFS. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2021;46:e1. doi:10.1590/2317-6369000028520.
44. Silva ALNV, Souza RA, Almeida WA, Carneiro LM, Rigotti MA, Ferreira AM. Hospital housekeeping team in the pandemic context: a scoping review protocol. *Online Braz J Nurs*. 2023;22(Suppl 1).
45. Gurtler CAS, Silva JVG, Oliveira JMS, Santos JVG, Silva TBC, Silva RAR. Gestão de estoques no enfrentamento à pandemia de COVID 19. *Rev Qual HC*. 2021;250:1-10.
46. Medeiros LEB, Silva JVG, Oliveira JMS, Santos JVG, Silva TBC, Silva RAR. Enfrentando um inimigo novo com velhas armas: uso de máscaras, higienização das mãos e das superfícies, isolamento, distanciamento social, quarentena e lockdown para controle da Covid-19. *Rev AMRIGS*. 2021;65(1):123-31.
47. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. doi:10.1590/0102-311X00149720.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2–Covid-19. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
49. Colasante T, Pereira AG. Gestão da vida e da morte no contexto da COVID 19 no Brasil. *Rev M*. 2021;6(11):198-213.
50. Lupion MRO. A Covid-19, o luto e a gestão do corpo morto pela prefeitura de Maringá-PR. *Rev NUPEM*. 2021;13(30):235-50.
51. Brasil. Secretaria de Política Econômica. Nota informativa: Medidas de Combate aos Efeitos Econômicos da COVID-19. Brasília: Ministério da Economia; 2020.

