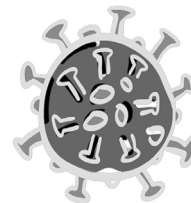




A GESTÃO DE RISCOS E GOVERNANÇA NA PANDEMIA POR COVID-19 NO BRASIL

**análise dos decretos estaduais
no primeiro mês**

**relatório técnico e
sumário executivo**



Sumário

APRESENTAÇÃO.....	3
SUMÁRIO EXECUTIVO	5
RELATÓRIO TÉCNICO.....	13
INTRODUÇÃO	13
1. A GESTÃO DE RISCOS COMO UM PROCESSO CONTÍNUO E PARA ALÉM DAS AÇÕES DE RESPOSTA IMEDIATA.....	15
2. MÉTODO.....	17
3. ANÁLISE DAS MEDIDAS GERAIS.....	19
3.1. Medidas de Coordenação Geral.....	22
3.2. Medidas de Distanciamento Social	26
3.3. Outras Medidas Gerais.....	32
4. ANÁLISE DAS MEDIDAS DO SETOR SAÚDE.....	40
4.1. Medidas de Coordenação Setor Saúde	40
4.2. Medidas de Vigilância em Saúde, Informação e Comunicação.....	49
4.3. Medidas de Atenção à Saúde	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de responder aos desafios colocados para o setor saúde em relação ao tema dos desastres, foi estruturado na FIOCRUZ, em 2012, o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES), assumindo o tema da redução dos riscos das emergências e desastres em saúde como uma Função Essencial da Saúde Pública.

A missão do CEPEDES envolve o desenvolvimento de pesquisas de apoio às políticas, estratégias e ações de redução de riscos de emergências e desastres no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o desenvolvimento de materiais didáticos e cursos para a formação de profissionais para o tema.

O Relatório Técnico e Sumário Executivo **GESTÃO DE RISCOS E GOVERNANÇA NA PANDEMIA POR COVID-19 NO BRASIL - Análise dos decretos estaduais no primeiro mês** integra este objetivo. Pretende contribuir tanto para o debate atual sobre a gestão de riscos deste desastre global, como também fornecer elementos para lições que poderão ser aprendidas no sentido de fortalecer as capacidades de preparação, prontidão e respostas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação aos desastres, às emergências em saúde pública e às pandemias futuras. E, a primeira lição que podemos extrair é que novas ameaças envolvendo vírus, como o Sars-CoV-19, produzindo novas doenças (como a COVID-19, assim como a SARS e a MERS no passado), emergências em saúde pública e pandemias continuarão a ocorrer; bem como novos desastres envolvendo ameaças de origem natural (inundações, deslizamentos de terra, secas, terremotos e furacões, entre outros) e de origem tecnológica (rompimentos de barragens, derrames de petróleo, entre outros). E não só isso. Poderão também se sobrepor, produzindo situações em que emergências em saúde pública, desastres e crises humanitárias ocorram simultaneamente.

A Saúde Pública tem imensa responsabilidade na redução dos riscos e impactos das emergências e dos desastres, devendo fortalecer suas capacidades nas funções de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) e de atenção e cuidados à saúde (atenção primária em saúde, urgências e emergências, atenção hospitalar). Isto exige tanto a participação de todo o sistema de saúde em seus diferentes níveis (municipal, regional, estadual e federal), como mais ampla colaboração intersetorial e participação da sociedade, em particular dos movimentos e representações dos grupos e populações mais vulneráveis com base nos princípios do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Equipe:

Carlos Machado de Freitas (coordenador)

Isadora Vida de Mefano e Silva

Natália da Cunha Cidade

Mariano Andrade da Silva

Maria Cristina Mitsuko Peres

Flavio Souza Brasil Nunes

Colaboração: Mateus Duarte de Freitas

4 de maio de 2020

Sumário executivo



Introdução

A Pandemia por COVID-19 deve ser compreendida como um Desastre Global, combinando processos globais e nacionais, afetando principalmente os mais pobres, podendo evoluir para uma Crise Humanitária em muitos países, incluindo o Brasil.

Novas ameaças envolvendo vírus, como o Sars-CoV-19, produzindo novas doenças (como a COVID-19), emergências em saúde pública e pandemias continuarão a ocorrer; bem como novos desastres de origem natural e tecnológica continuarão a ocorrer, como poderão se sobrepor, produzindo situações em que emergências em saúde pública, desastres e crises humanitárias ocorram simultaneamente.



figura A

Os efeitos da pandemia

Novos cenários de riscos se sobrepõem aos já existentes

A COVID-19 traz novos cenários de riscos pelo vírus e agrava a situação de saúde já existente, comprometendo a resposta do setor saúde aos riscos cotidianos com potencial de se sobreporem aos riscos de novas emergências em saúde pública e desastres que poderão ocorrer durante a Pandemia. (figura A)



Considerar desde já o pós-pandemia

Os efeitos não se limitam somente aos impactos imediatos e localizados, mas exigem considerar os de maior duração e ampliados, tornando fundamental considerar ainda nesta fase os processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde.

A Pandemia deve compreendida como um risco sistêmico que amplia as condições de vulnerabilidades e riscos futuros

Os efeitos não podem ser tratados de modo isolado e pontual, pois combina crises econômicas, políticas e sanitárias, resultando em um efeito cascata, ampliando as condições de vulnerabilidades e riscos presentes e futuros, impactando de modo muito mais acentuado as condições de vida e saúde dos mais pobres e vulneráveis.

A resposta à pandemia

Uma boa resposta para o médio e longo prazos depende das medidas adotadas no curto prazo

Como estão sendo configuradas as respostas imediatas tem efeitos nas medidas e ações de médio e longo prazos, o que exige combinar a gestão de riscos deste desastre (redução da exposição / redução das vulnerabilidades sociais / fortalecimento das capacidades de respostas para a vigilância e a atenção em saúde) com a governança para enfrentamento da pandemia.

(figura B)



figura B

Uma sociedade pós-pandemia mais saudável, segura e resiliente começa hoje

Desde já devem estar sendo construídas as condições que permitam não só uma melhor preparação e alerta para riscos futuros, mas também dos processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde. Voltar a situação “normal” anterior a pandemia significa manter as mesmas condições de riscos e de vulnerabilidades que propiciaram o desastre global por COVID-19.



Gestão de riscos e fortalecimento da segurança

Para além de uma gestão reativa e corretiva dos riscos atuais é necessária uma gestão prospectiva da pandemia atual e de emergências em saúde pública e desastres futuros

As medidas imediatas e comuns na gestão das emergências e desastres, com foco na gestão reativa e corretiva para reduzir os riscos atuais devem estar integradas a uma gestão prospectiva dos riscos, orientada para a redução das vulnerabilidades, o fortalecimento das capacidades de respostas do setor saúde e outros envolvidos (defesa civil, economia, educação, transportes, água e saneamento, meio ambiente, proteção social, agricultura, entre outros) e prevenção de novos riscos ou riscos futuros relacionadas às emergências e desastres.

A resposta do setor saúde não se realiza sem o fortalecimento da governança dos riscos

Ainda que primeira resposta a pandemia tenha como protagonista o setor saúde, sua gestão dos riscos não se realiza sem grande participação de outros setores e atores da sociedade, o que requer o fortalecimento da governança. A governança envolve a coordenação e cooperação vertical e horizontal entre os diferentes níveis de governo e setores envolvidos na resposta, a participação ativa da sociedade civil, assim como o papel e a responsabilidade das autoridades locais no combate às emergências e na garantia da prestação dos serviços essenciais.

A ausência de coerência e congruência dentro do governo federal corrói a confiança e amplia os riscos e os impactos da pandemia

A governança de riscos requer coerência nos documentos, reuniões, entrevistas, atos e ações realizadas não só pelo setor saúde, mas também pelos diferentes setores do governo, sendo pré-requisito para a confiança. Mensagens contraditórias ou inaplicáveis por parte da Presidência da República resultam na ampliação dos riscos e impactos. Por um lado, resultam em um enfrentamento parcial e incompleto da pandemia, interferindo negativamente e atrasando o impacto das medidas de distanciamento social que podem salvar vidas. Por outro, refletem uma disputa política em que uma grave crise sanitária pode ser sobreposta por uma crise política, prolongando e ampliando os impactos negativos da pandemia por COVID-19.



GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES



- ✓ Redução das vulnerabilidades
- ✓ Fortalecimento das capacidades de resposta do setor saúde e outros envolvidos
- ✓ Prevenção de novos riscos ou riscos futuros relacionados às emergências e desastres



GOVERNANÇA

- ✓ Coordenação/cooperação entre níveis de governo e setores envolvidos na resposta
- ✓ Participação da sociedade civil
- ✓ Papel e responsabilidade das autoridades locais



Diante da falta de confiança no governo federal os governos dos estados e DF preferiram seguir seu próprio caminho - baseados nas informações sobre a situação dramática do que vinha acontecendo em outros países e a declaração de pandemia global pela OMS (11 de março), os governadores passam a adotar um conjunto de medidas a partir de 13 de março, nem sempre de modo coordenado e envolvendo ampla cooperação com o governo federal.

Medidas gerais

Como se pode ver no **quadro de categorias de medidas adotadas**, as medidas legais foram adotadas em quantidade e de modo distinto pelos diferentes estados → Ver em destaque no quadro **“Categorias de medidas adotadas para a contenção da Covid-19”**

O distanciamento social passa a ser adotado por todos estados e DF

Baseados na produção científica e experiência de outros países, bem como na realidade dos limites dos sistemas de saúde para atender as necessidades colocadas pela pandemia, medidas de distanciamento social passaram a ser adotadas como parte do conjunto de medidas, ocorrendo na sequência uma redução das exigências ou mesmo um tom de flexibilização das medidas.

CATEGORIAS DE MEDIDAS



Medidas setor saúde

As características e incertezas relacionadas ao novo vírus, Sars-Cov-2 e à Covid-19, a aplicação da organização das respostas tendo como bases diferentes realidades sociais, sanitárias e de sistemas de saúde e o carnaval, contribuíram para adiar a adoção de medidas.

A inexistência ou fragilidade dos sistemas públicos de saúde não oferece a resiliência necessária para o enfrentamento da pandemia

Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ser um sistema universal de saúde, com acesso previsto a todos os que necessitam, só dois governos estaduais incluíram nos decretos medidas para garantir atendimento público para todos que necessitarem em um contexto que exige o amplo acesso das populações aos serviços de saúde.

Como se pode ver no **quadro de medidas de distanciamento social**, essas medidas foram as mais adotadas, mas também em quantidade e de modo distinto pelos diferentes estados.

→ Ver em destaque no quadro **“Medidas de distanciamento social para a contenção da Covid-19”**

O distanciamento social descontextualizado das precárias condições de vida, renda e trabalho de milhões de pessoas limitou a adesão

Algumas medidas tornaram-se inexecutáveis para parte da população brasileira que sofre com a ausência de trabalho e renda, infraestrutura urbana e habitações adequadas, transporte público e acesso aos serviços.

O distanciamento social sob ataques de diferentes grupos de interesse e da Presidência da República não avançou do modo necessário

Uma guerra nas redes sociais envolvendo informações enganosas, ambíguas e falsas além das consequências negativas para a Saúde Pública, prejudicaram a adesão a medidas de distanciamento social, resultando não só na sobrecarga do sistema de saúde e de suas capacidades de atenção e cuidados para os problemas correntes e relacionados à COVID-19, bem como o estímulo ao uso de tratamentos sem qualquer evidência científica.

MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL



Barreiras históricas como subfinanciamento de décadas e ações para desestruturação do SUS nos últimos anos limitam a resiliência do SUS e sua capacidade de responder aos problemas e necessidades de colocados pela Pandemia no âmbito da vigilância em saúde, da atenção primária em saúde, bem como da atenção hospitalar, urgências e emergências.

Como se pode ver no quadro de medidas do setor saúde, chama a atenção que as medidas relacionadas a Saúde Pública, particularmente relacionadas à Atenção Primária, Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências, bem como Vigilância em Saúde foram incluídas de modo bastante distinto pelas UFs, indicando que não foram adotadas de modo comum e coordenado para o enfrentamento da Pandemia.

→ Ver em destaque no quadro **“Medidas adotadas pelo setor saúde para a contenção da Covid-19”**

MEDIDAS DO SETOR SAÚDE



coordenação

atenção primária



atenção hospitalar,
urgência e emergência

vigilância em saúde



manejo de cadáver

informação e comunicação




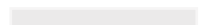
Essa não é a primeira nem será a última Pandemia

Novas ameaças envolvendo vírus, como o Sars-CoV-19, produzindo novas doenças (como a COVID-19, assim como a SARS e a MERS no passado), emergências em saúde pública e pandemias continuarão a ocorrer; bem como novos desastres envolvendo ameaças de origem natural (inundações, deslizamentos de terra, secas, terremotos e furacões, entre outros) e de origem tecnológica (rompimentos de barragens, derrames de petróleo, entre outros). E não só isso. Poderão também se sobrepôr, produzindo situações em que emergências em saúde pública, desastres e crises humanitárias ocorram simultaneamente.

A gestão de riscos e a governança necessária para o enfrentamento desta Pandemia, para que não se transforme em uma catástrofe e crise humanitária, deve ter como base as conquistas civilizatórias de nossa sociedade, tendo como compromissos a cidadania e dignidade humana em uma sociedade justa e solidária, guiados pelos princípios do SUS de saúde para todos, cuidado de modo diferenciado quem mais necessita e mantendo as condições e capacidades de cuidar dos problemas e necessidades de saúde como um todo, além da COVID-19

**Categorias de medidas adotadas
 para contenção da Covid-19**
26 fev - 26 mar 2020

*Estudo completo na nota técnica:
**"A gestão de riscos da pandemia por Covid-19
 no Brasil a partir de leis e decretos estaduais no
 primeiro mês da pandemia"**.
 Quadro elaborado a partir do levantamento das
 medidas adotadas por cada estado,
 sistematizadas e categorizadas.

 **Estado implementou**
 **Estado não implementou**

Obs: a variação na intensidade das cores nos mapas diz
 respeito à quantidade de medidas adotadas por cada
 estado, indo de uma a oito medidas. Esse detalhamento
 por ser visto no estudo completo.

Coordenação



Medidas de caráter multidisciplinar
 e multissetorial. Agrupa diversos
 setores governamentais e não gover-
 namentais, além de setores privados
 e empresas. Envolvem atores que
 atuam na gestão da emergência,
 tendo como base o monitoramento
 e o planejamento das ações ne-
 cessárias a uma resposta efetiva e
 oportuna



Distanciamento social



Medidas tomadas para reduzir o
 contato voluntário entre as pessoas,
 inclusive as não-infectadas, particu-
 larmente os grupos de alto risco. Com
 objetivo de reduzir a transmissão, evi-
 tar aumento da morbidade e, assim,
 diminuir a pressão sobre o sistema de
 saúde.

*Verificar quadro específico com
 maior detalhamento dessas medidas



Informação e comunicação



Medidas que garantam o direito à
 informação e à comunicação das
 populações expostas. Direito que
 deve ser exercido no que diz respei-
 to ao acesso a informações sobre os
 investimentos e ações públicas para
 redução de riscos bem como a áreas
 e populações vulneráveis e expostas
 aos riscos



Controle de fronteiras



Medidas tomadas para reduzir
 a possibilidade de transmissão
 entre fronteiras aéreas, terrestres
 e marítima



Higiene coletiva



Medidas sanitárias de cunho
 coletivo e individual voltadas ao
 enfrentamento da Pandemia por
 Covid-19



**Controle de produtos
e mercado**



Medidas para facilitar o acesso e
 a garantia de insumos e produtos
 relacionados ao enfrentamento da
 Pandemia por Covid-19



Segurança pública



Medidas de garantia da ordem
 pública durante o período da
 Pandemia por Covid-19



Região	Estado	Coordenação	Distanciamento social	Informação e comunicação	Controle de fronteiras	Higiene coletiva	Controle de produtos e mercado	Segurança pública
Norte	Acre	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Não implementou	Implementou
	Amapá	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Não implementou
	Amazonas	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Pará	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Rondônia	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Roraima	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Tocantins	Implementou	Implementou	Não implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou
Nordeste	Alagoas	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Bahia	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Ceará	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Maranhão	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Paraíba	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Pernambuco	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Piauí	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
Centro-Oeste	Rio Grande do Norte	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Sergipe	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Goiás	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
Sudeste	Mato Grosso	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Mato Grosso do Sul	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Distrito Federal	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Espírito Santo	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Minas Gerais	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
Sul	Rio de Janeiro	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	São Paulo	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Paraná	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
	Rio Grande do Sul	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou
Santa Catarina	Implementou	Implementou	Não implementou	Implementou	Implementou	Implementou	Implementou	



INTRODUÇÃO

Em 11 de março o Diretor da Organização Mundial da Saúde caracterizou a Emergência em Saúde Pública por COVID-19 como uma Pandemia¹. Não só por envolver a disseminação mundial de uma nova doença, que se propaga pelo mundo sem que a maioria das pessoas tenha imunidade, mas também por ser a primeira Pandemia causada por um coronavírus.

Neste Relatório Técnico compreendemos a Pandemia por COVID-19 como um Desastre Global que pode evoluir para uma Emergência Complexa envolvendo o potencial de uma Crise Humanitária em muitos países, incluindo o Brasil.

Desastre, de acordo com o Escritório das Nações Unidas para Redução de Riscos de Desastres (United Nations Office for Disaster Risk Reduction)² constitui qualquer evento ou situação, incluindo as relacionadas aos riscos biológicos e Pandemias, que resulta em uma grave perturbação do funcionamento de uma comunidade ou sociedade em qualquer escala. Envolve as condições de exposição da população e de vulnerabilidade, bem como as capacidades de respostas e de redução de riscos, que combinadas resultam em perdas e impactos humanos (doenças e óbitos), materiais, econômicos e ambientais³. A Pandemia por COVID-19 combina ambas as características devendo ser tratada como um Desastre Global.

Nesta perspectiva, os efeitos do desastre provocado pela pandemia por COVID-19 não podem ser reduzidos somente aos imediatos e localizados, mas exigem considerar os de maior duração e ampliados pós-pandemia sobre as condições de vida e saúde. Também não podem ser tratados de modo isolado e pontual, mas como um risco sistêmico em que crises e desastres se combinam em um efeito cascata, ampliando as condições de vulnerabilidades presentes e futuras, tornando-se mais complexos e impactando de modo muito mais acentuado as condições de vida e saúde dos mais pobres e vulneráveis e criando condições favoráveis para desastres futuros^{3,4}. Nesta perspectiva, para além do manejo das respostas aos desastres quando estão em curso, torna-se fundamental considerar ainda nesta fase os processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde. Não se trata de voltar ao “normal”, à situação anterior, pois isto significaria voltar às mesmas condições de riscos e de vulnerabilidades que propiciaram o desastre. Desde as etapas de manejo da resposta, devem estar em consideração as condições que permitam não só uma melhor preparação e alerta para riscos futuros, mas também processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde que tornem a sociedade mais saudável, segura e resiliente do que estava antes do desastre⁵.

A partir de 2015, intensificou-se uma tendência internacional de aproximação e integração das agendas relacionadas as emergências em Saúde Pública e redução de riscos de desastres no contexto do desenvolvimento sustentável. Nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2015-2030⁶, uma das metas é “*Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde*” para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (ODS

3). No Marco de Sendai (2015-2030), que orienta as políticas de redução de riscos de desastres nos países signatários, incluindo o Brasil, ocorreu pela primeira vez a expansão da definição de desastres, incluindo aqueles envolvendo as Emergências em Saúde Pública (biológicas, químicas e radioativas/radiológicas) definidas no Regulamento Sanitário Internacional⁷.

O Marco de Sendai, representa uma importante mudança, deixando de focar na gestão do desastre ou da emergência em saúde pública, para priorizar a gestão de riscos destes eventos. Para tanto, reconhece que a gestão de riscos não se realiza sem o fortalecimento da governança, que por definição requer a ampliação da participação de muitos outros atores da sociedade. Ao mesmo tempo, Estados e governos permanecem como instituições públicas primárias para a resposta aos problemas e necessidades de saúde, riscos e danos, que afetam a vida e a saúde das populações no nível global, como o desastre por COVID-19. Nesta perspectiva, ainda que a governança para gestão de riscos envolva diferentes atores, é fundamental que os governos possuam a estabilidade necessária para atuarem liderando o processo, sendo Leis e Decretos uma das formas de enfrentar estes tipos de desastres.

Para subsidiar as ações presentes e futuras relacionadas as medidas de gestão e governança de riscos relacionadas a Pandemia por COVID-19, analisamos neste Relatório Técnico o conjunto de Leis e Decretos publicados pelos governos estaduais até o primeiro mês após o primeiro caso registrado de COVID-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020.

1. A GESTÃO DE RISCOS COMO UM PROCESSO CONTÍNUO E PARA ALÉM DAS AÇÕES DE RESPOSTA IMEDIATA

Compreender a Pandemia por COVID-19 como um Desastre significa compreender algumas características importantes. Primeiro, envolve a combinação de quatro elementos importantes: 1) um novo vírus, Sars-Cov-2, como uma ameaça; 2) a exposição da população mundial a um novo vírus, sem que a maioria das pessoas tenha imunidade; 3) as condições de vulnerabilidade de determinados grupos sociais por idade (idosos), por possuir doenças crônicas (diabéticos, hipertensos, com insuficiência cardíaca, renal ou doença respiratória crônica) ou por precariedade das condições de vida e proteção social (trabalho, renda, saúde e educação, habitação e saneamento, entre outros) afetando principalmente os mais pobres; 4) capacidades para respostas e redução dos riscos e danos à saúde da população, o que envolve entre outros aspectos a infraestrutura de saúde.

A gestão de riscos envolve um conjunto de etapas e processos interligados como prevenção e mitigação, preparação e resposta, reabilitação, recuperação e reconstrução, que envolvem medidas combinadas para cada um dos elementos que compõem o desastre. Isto significa que para além de uma gestão de desastres focada na gestão reativa que caracteriza a fase de manejo da resposta, deve combinar uma gestão corretiva e prospectiva dos riscos, o que envolve o conjunto de medidas e ações que antecipem e previnam a construção de novos fatores de riscos ou riscos futuros. Assim, na impossibilidade de eliminar uma ameaça como o vírus Sars-Cov-2, devem ser combinadas medidas: 1) para reduzir a exposição (medidas de distanciamento social) para todos, principalmente os grupos populacionais vulneráveis por idade ou doenças crônicas; 2) para reduzir as condições de vulnerabilidade social das populações com condições de vida e trabalho mais precárias e sem acesso à proteção social; 3) para fortalecer as capacidades de respostas e de redução dos riscos dentro do setor saúde (fortalecimento e ampliação desde a atenção primária à atenção hospitalar, assim como das capacidades de detecção e vigilância em saúde) e fora do setor saúde. Estas medidas devem combinar as relacionadas com a gestão corretiva (redução dos riscos já existentes) com as de gestão prospectiva dos riscos (redução dos riscos futuros).

Em muitas situações, como emergências em saúde pública ou desastres que trazem consigo não só novos riscos para a saúde e o meio ambiente, mas também novos desafios nas dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais das sociedades, estes eventos costumam seguir um ciclo. Tem início no primeiro anúncio sobre o problema até o debate público, passando pela identificação e caracterização do mesmo, o reconhecimento oficial, o monitoramento e quantificação dos danos, doentes e óbitos, incluindo um conjunto de medidas que constituem as respostas sociais, envolvendo normas, regulamentos e legislação, para citar algumas. Este processo, que integra a dinâmica da gestão de riscos, envolve uma multiplicidade de organizações (com características, formas de se organizar e objetivos bastante distintos) e atores sociais (com interesses sociais, políticos e, econômicos, bem como valores culturais e religiosos, entre outros), em diferentes contextos, combinando tanto possibilidades de consensos, convergências e cooperação, como também de dissensos, divergências e disputas por hegemonia⁸. O modo como ocorre a combinação destes processos pode fortalecer ou

enfraquecer as capacidades de governança, pré-requisito para uma boa gestão de riscos do desastre por COVID-19.

Para que seja bem sucedido, o complexo processo de gestão de riscos demanda, a necessária integração intragovernamental e intersetorial, de modo a não só produzir coerência para o desenvolvimento das medidas, como também estar orientada não só para as etapas de resposta imediata e mitigação dos riscos atuais, mas também para as de reabilitação, recuperação e reconstrução, considerando os riscos futuros e sua prevenção. Isto significa que para além das medidas imediatas e comuns na gestão das emergências e desastres, que tem como foco a gestão reativa e corretiva dos riscos com intervenções para reduzir o risco atual, torna-se fundamental que as medidas também estejam vinculadas à uma gestão prospectiva dos riscos, envolvendo um conjunto de medidas que fortaleçam as medidas para a redução das vulnerabilidades, de fortalecimento das capacidades de respostas e prevenção de novos riscos ou riscos futuros relacionadas as emergências e desastres.

2. MÉTODO

Para organizar nosso trabalho buscamos artigos, comentários e editoriais nas revistas científicas, bem como notícias de países que já enfrentaram o momento de pico de transmissão da COVID-19. Diante de um contexto de tantas incertezas, com a necessidade de tomadas de decisão urgentes, os muitos relatos e reflexões sobre as experiências serviram de base para a sistematização das medidas adotadas, sem perder de vista as características e complexidade de cada país. Esta primeira etapa contribuiu para compreender quais vinham sendo as diversas e principais medidas para a gestão de riscos de Pandemia.

A segunda etapa envolveu o levantamento de medidas legais, em nível estadual e federal, que foram publicadas entre o dia 26 de fevereiro de 2020, quando foi confirmado o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, no estado de São Paulo, até o dia 26 de março de 2020, fechando o primeiro mês de enfrentamento à Pandemia no país a partir do primeiro caso. Os instrumentos normativos a nível federal, que consistem em portarias, leis, decretos, instruções normativas, resoluções e medidas provisórias, estão disponíveis em modo público no Portal da Legislação do site do Governo Federal. O levantamento das leis e decretos estaduais foi realizado através do banco de dados da plataforma Legisweb, tendo como palavra chave de busca “COVID-19”. Os instrumentos normativos do nível federal serviram de base para contextualizar as ações e medidas do nível estadual.

Após uma primeira leitura de todas as medidas legais, no âmbito das medidas estaduais, selecionamos apenas os decretos, que totalizaram 111. As leis estaduais totalizaram apenas quatro (3 no Rio de Janeiro e 1 no Pará), sendo que duas tratavam especificamente de remarcação de passagens aéreas e pacotes de viagens. No âmbito federal selecionamos as leis, decretos e portarias que tinham como objetivo central a gestão de riscos da pandemia por COVID-19.

Para coleta e sistematização das medidas legais foi elaborada uma ficha que continha um campo para a fonte das informações, ou seja, o código referente ao instrumento específico; o objeto do instrumento; a temporalidade da vigência do instrumento; as medidas gerais (envolvendo diversos setores) e as adotadas para o setor saúde. Dentro do campo das medidas foi elaborada uma categorização para identificar se eram de recomendação, determinação, autorização ou proibição.

Após a leitura e fichamento de todas as medidas legais descritas acima foi elaborado um quadro para sistematização de todas as medidas identificadas. O quadro foi elaborado tendo como base dois grupos de informação, “medidas gerais” e “medidas do setor saúde”. Buscando chegar num nível mais detalhado para a análise, cada um desses grupos foi subdividido em categorias, onde as medidas eram alocadas ao passo que iam sendo identificadas (Ver **Quadro 1**). Estas categorias serviram de referência para organizar, sistematizar e analisar as medidas legais nos diferentes estados.

Quadro 1: Categorias e descrição das medidas	
<i>Categorias de medidas</i>	<i>Descrição das medidas</i>
MEDIDAS GERAIS	
Coordenação	Medidas multissetoriais, envolvendo setores governamentais (níveis federal, estadual e municipal) e não governamentais, além de setores privados. Envolvem atores que atuem na gestão da emergência, tendo como base o monitoramento e o planejamento das ações necessárias a uma resposta efetiva e oportuna.
Distanciamento Social	Medidas tomadas para reduzir o contato entre as pessoas, inclusive as não-infectadas, particularmente os grupos de alto risco, a fim de reduzir a transmissão, evitar aumento da morbidade e, assim, diminuir a pressão sobre o sistema de saúde.
Informação e Comunicação	Medidas que garantam o direito à informação e à comunicação das populações expostas. Englobam também medidas que garantam o intercâmbio necessário de informações para tomada de decisão e gestão da emergência.
Controle e Limite de Fronteiras	Medidas tomadas para reduzir a possibilidade de transmissão de um município, estado ou país para o outro através da restrição da entrada por vias aéreas, terrestres e marítima.
Higiene Coletiva	Medidas de cunho coletivo e individual que propiciem a higiene de pessoas, transportes e ambientes.
Controle de Produtos no Mercado	Medidas para controle de preços e de venda de produtos no mercado
Segurança Pública	Medidas de garantia da ordem pública durante o período da pandemia
MEDIDAS SETOR SAÚDE	
Coordenação	Medidas envolvendo atores do setor saúde que atuem na gestão da emergência, tendo como base o monitoramento e o planejamento das ações necessárias a uma resposta efetiva e oportuna.
Atenção Primária	Medidas relacionadas aos fluxos de atendimento da Atenção Primária de Saúde para garantia de manutenção da assistência de saúde nas Unidades Básicas de Saúde de maneira a assegurar o acompanhamento, monitoramento e vigilância da população coberta pela rede de atenção.
Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência	Medidas relacionadas a organização da assistência de saúde a nível terciário, garantindo a realização de procedimentos essenciais e na manutenção dos fluxos em hospitais e na diminuição dos riscos relacionados à possibilidade de aglomerações nas instituições hospitalares.
Vigilância em Saúde	Medidas e ações de monitoramento e vigilância, prevenção e controle da COVID-19 relacionadas ao manejo da resposta.
Informação e Comunicação	Medidas e estratégias de produção e divulgação regular de informações sobre evolução e quadro atual da emergência em saúde pública, bem como desenvolvimento de estratégias de comunicação para a população e com os demais setores da sociedade.
Manejo de Cadáver	Medidas específicas para atender a demanda e restringir o risco de transmissão da doença após o óbito.

3. ANÁLISE DAS MEDIDAS GERAIS

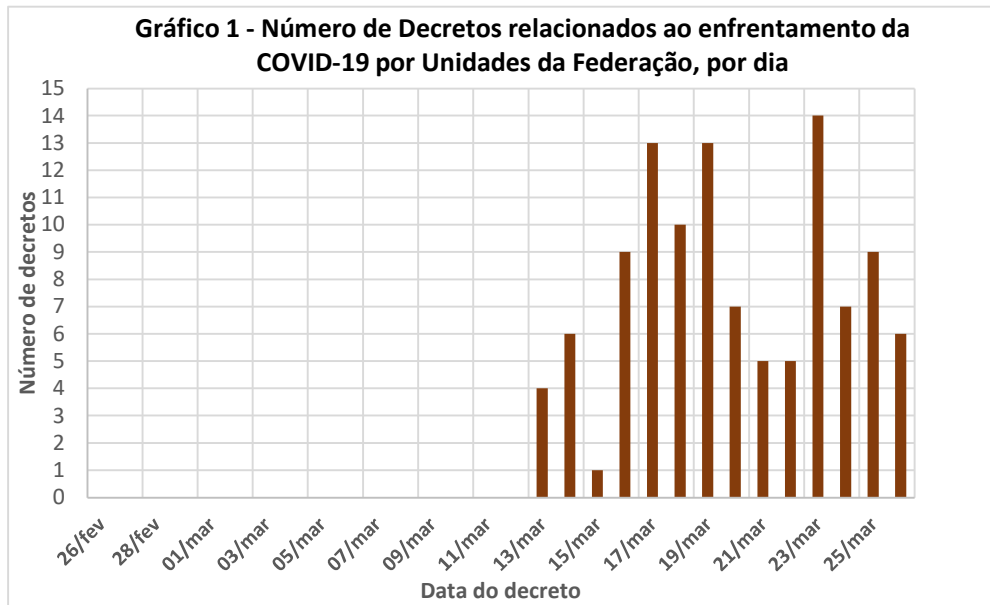


No dia 3 de fevereiro o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e no dia 26 de fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, no estado de São Paulo. Os primeiros decretos estaduais de resposta à contaminação pelo vírus começaram a ser publicados nos diários oficiais a partir do dia 13 de março de 2020, mesmo dia em que o Ministério da Saúde divulgou seu Boletim Epidemiológico número 5, contendo “recomendações gerais para qualquer fase de transmissão, pela autoridade local”, e dois dias depois da Organização Mundial da Saúde ter declarado a COVID-19 como uma Pandemia. As Unidades Federativas (UFs) precursoras foram DF, AL, RJ e GO. Até o dia 26 de março, 13 dias depois do primeiro decreto, foram publicados 111 decretos.

Quando analisamos a evolução (**Gráfico 1**) e distribuição por estados (**Quadro 2**), três aspectos se destacam:

- 1) Se consideramos que os decretos do poder executivo são atos administrativos dos governadores para organizar a resposta da UF a pandemia por COVID-19, não se encontra nenhuma relação direta entre estes e os primeiros casos em cada estado. Embora os critérios epidemiológicos sejam fundamentais, as respostas dos governos não se baseiam somente nesta dimensão, envolvendo outras como as sociais, políticas, econômicas e culturais que acabam por moldar o tempo e as formas das respostas em diferentes contextos.
- 2) Os governos dos estados AL, RJ e GO e DF se anteciparam ao decreto legislativo aprovado no dia 18 de março, sendo publicados 35 decretos entre os dias 13 e 17 de março. Ao mesmo tempo, muitos tiveram como referência a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, aprovada pelo Congresso Nacional, que apresentava um conjunto de medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19, incluindo: isolamento; quarentena; determinação de realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas, tratamentos médicos específicos; estudo ou investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; restrições de entrada no país e locomoção interestadual e intermunicipal; requisição de bens e serviços; autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa; dispensa de licitação; compartilhamento de dados para identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção; entre outras.
- 3) Considerando que se trata de uma Pandemia que se propaga velozmente e em grande escala através da circulação de pessoas, envolvendo severidade dos seus efeitos sobre a saúde (20% estão entre casos críticos e severos) e grandes impactos sociais e econômicos, apesar de a maior parte dos decretos terem tomado como referência a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, as contradições entre o que vinha sendo recomendado pelo Ministério da Saúde e

os atos e mensagens da Presidência da República, produziram um ambiente de incongruência sobre as medidas dentro do governo federal. Isto contribuiu para que os governos das diferentes UFs seguissem caminhos próprios para uma gestão de riscos, incluindo o objetivo de achatamento da curva epidemiológica de transmissão, diminuindo e inviabilizando as possibilidades de uma gestão coordenada e de uma governança para o enfrentamento da Pandemia por COVID-19.



Quadro 2 – Data do primeiro decreto da UF relacionado ao enfrentamento geral da COVID-19

UF/Região	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
NORTE														
AC														
AM														
AP														
PA														
RO														
RR														
TO														
NORDESTE														
AL														
BA														
CE														
MA														
PB														
PA														
PE														
PI														
RN														
SE														
SUDESTE														
ES														
MG														
RJ														
SP														
CENTRO-OESTE														
DF														
GO														
MS														
MT														
SUL														
PR														
RS														
SC														

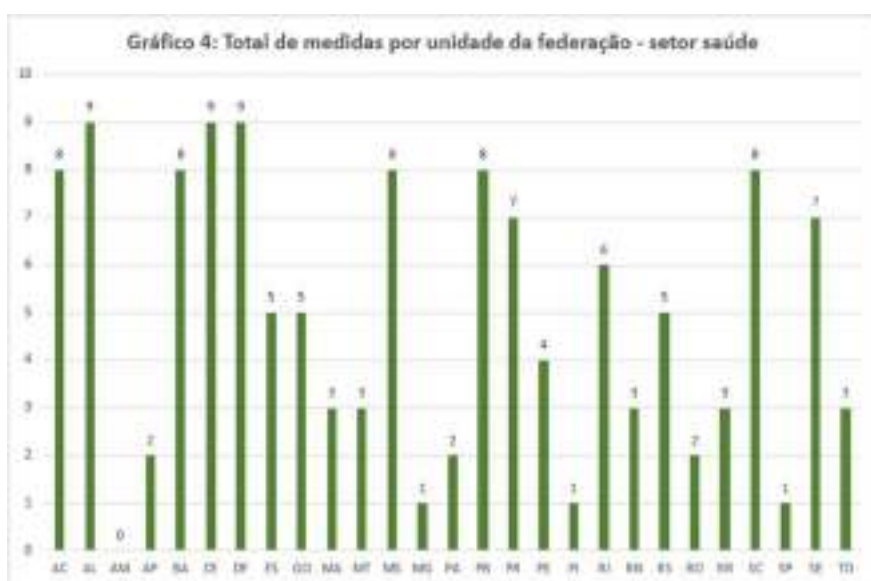
O mais importante de se destacar nestes decretos é que estabeleceram, na prática, o conjunto de medidas de mitigação para o achatamento da curva epidemiológica de transmissão. Neste Relatório Técnico, como elucidado no método, as medidas foram separadas em dois grandes grupos: “medidas gerais” e “medidas do setor saúde” por considerar que a gestão de riscos de uma Pandemia como esta não se realiza sem o fortalecimento da governança, que por definição requer a ampliação da participação de muitos outros setores e atores da sociedade, para além do setor saúde. Assim, ainda que seja uma Pandemia que tem como premissa o protagonismo do setor saúde nas ações de resposta, a sua gestão e governança não se realiza sem grande participação de outros setores governamentais e atores da sociedade civil.

Os **Gráficos 2 e 3** mostram o total de medidas adotadas pelos estados para cada um desses grupos.

Em relação às “medidas gerais”, os estados de SE, SC, RJ, RS e PR, foram aqueles que incluíram a maior quantidade. Para as medidas do “setor saúde”, temos AL, CE e DF liderando no número de medidas adotadas, enquanto o AM não especificou nenhuma neste grupo de decretos.



Fonte: Legisweb



Fonte: Legisweb

A pandemia por COVID-19 tem revelado, em diferentes países, tensões entre governos centrais e governos estaduais e locais. Na Itália, por exemplo, decretos dos governadores de Marche e Lombardia foram anulados pelo governo central sob a argumentação de que ações descentralizadas produziram um caos⁹. Na Espanha, o País Basco declarou emergência em saúde pública antes de qualquer outra região. A Catalunha adotou o fechamento de toda a região, incluindo fronteiras, além de medidas de distanciamento social¹⁰. Nos EUA, Cornwall e col. (2020)¹¹, destacaram que a ausência de uma forte coordenação nacional fez com que governos estaduais seguissem seu próprio caminho e acentuou a divisão do poder legal entre estes diferentes níveis. Para os autores, à medida que a pandemia foi se intensificando e ampliando, os governadores seguiram seus próprios caminhos, com alguns adotando medidas rigorosas e outros ignorando a necessidade de ação imediata.

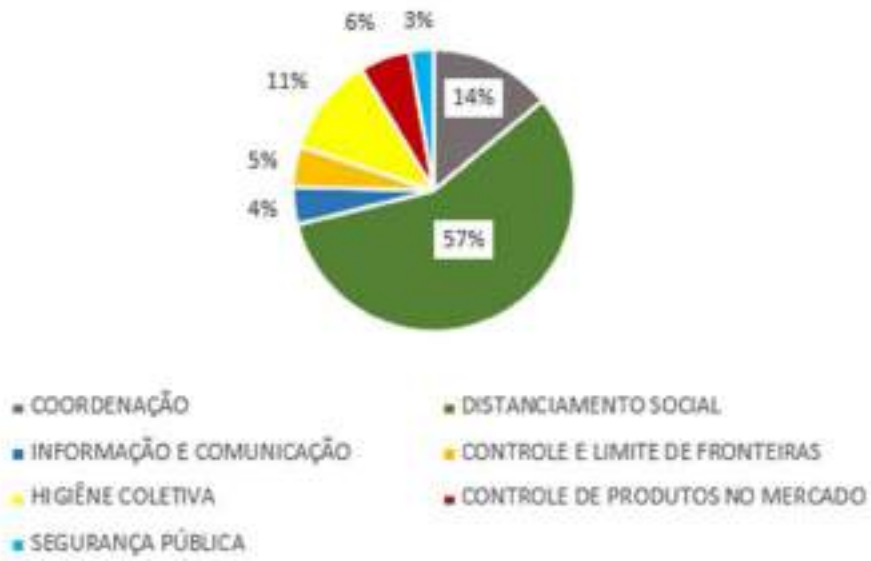
Desastres de modo geral, e mais acentuadamente em um desastre global como o provocado pela pandemia por COVID-19, exigem decisões sob condições de urgência com fatos científicos incertos, alto grau de variabilidade das populações e dos contextos nacionais e locais, diferentes interesses sociais em disputa e grandes interesses econômicos em jogo, com grandes potenciais de impactos no curto prazo e também no longo prazo, tornando a gestão e a governança de riscos destes eventos extremamente complexa.

Para melhor compreensão deste processo vamos analisar, na sequência, a adoção de “medidas gerais” e de “coordenação” para as mesmas.

3.1. Medidas de Coordenação Geral

Para o grupo de “medidas gerais”, foram definidas 7 categorias, cada uma com diferentes quantitativos de medidas específicas adotadas pelas UFs, como ilustrado em termos percentuais no **Gráfico 4**. Como podemos perceber, as medidas voltadas para o distanciamento social (57%) e controle e limite de fronteiras (5%), junto com as de higiene coletiva (11%), totalizam 73%, com foco na redução da exposição e do contato entre pessoas. Medidas de coordenação (14%) também tiveram papel importante. Outras medidas envolveram controle de produtos no mercado (6%), informação e comunicação (4%) e segurança pública (3%). No **Mapa 1**, podemos visualizar como este conjunto de “medidas gerais” foi adotado de diferentes modos na UFs.

Gráfico 4: Medidas gerais - percentual do total de medidas por categoria nos estados



Mapa 1: Medidas Gerais



No Brasil, tudo indica que os governos dos estados e DF, pelo menos no que se refere as medidas gerais e as específicas de distanciamento social (que corresponderam a 57% do total de medidas), preferiram seguir seu próprio caminho baseados muito mais nas informações sobre a situação dramática do que vinha acontecendo na Itália (8 de março a decisão de isolar toda a região da Lombardia e 9 de março a ampliação do isolamento para todo o país) e a declaração de pandemia global pela OMS (11 de março), do que as recomendações gerais de medidas não-farmacológicas considerando o cenário epidemiológico, publicadas pela primeira vez no Boletim Epidemiológico número 5, de 13 março.

A complexidade de um evento como este acentua ainda mais a necessidade de uma governança de riscos que assegure que as medidas de gestão dos riscos sejam coordenadas para dar suporte aos países, estados e municípios. O setor saúde possui papel fundamental de liderança na gestão de riscos em um processo que envolve e depende da participação de toda a sociedade, incluindo a sociedade civil (ONGs, associações de moradores, movimentos voltados para populações em favelas e indígenas, entre outros) e todos os outros setores governamentais relevantes para este enfrentamento (defesa civil, economia, educação, transportes, água e saneamento, meio ambiente, proteção social, agricultura, entre outros). Uma coordenação que envolve prioritariamente o setor saúde, mas que vai além, necessitando de uma governança de riscos para que as decisões sobre quando e como implementar as medidas, de como combiná-las e até que ponto, evitem que a cacofonia torne-se a regra e a prática no enfrentamento desta pandemia no Brasil^{12,13}.

No que se refere as medidas legais adotadas no Brasil podemos citar a Portaria do Ministério da Saúde nº 188, de 3 de fevereiro, que declarou “*Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)*” e estabeleceu no seu Artigo 2º o “... *Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.*” Somente em 16 de março o Governo Federal instituiu um Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, através do decreto nº 10.277, envolvendo todos os ministérios, e como órgão de articulação das ações governamentais. Em 24 de março este decreto foi alterado através do decreto nº 10.289, incluindo através do Artigo 4º-A o “...*Centro de Coordenação de Operações do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19...*”, com objetivos de: 1) coordenação das operações do Governo federal; 2) articulação das ações com os entes públicos e privados para enfrentamento da covid-19 e de seus impactos; 3) monitoramento das ações.

Desde o dia 11 de março até o dia 24 de março (dia em que o governo do estado de SP declarou quarentena em todo seu território por 15 dias e o Superior Tribunal Federal decidiu que era prerrogativa dos governos estaduais e municipais a adoção das medidas de distanciamento social) o Governo Federal dispendeu 13 dias para ter um comitê de crise intersetorial com um centro de coordenação. A demora ou falta de coordenação geral no âmbito dos governos, envolvendo os níveis federal e estadual é de absoluta importância, pois em um desastre ou pandemia quanto mais cedo e fundamentadas as medidas e ações, mais doenças e agravos serão evitados e reduzidos, bem como vidas serão salvas.

No âmbito das UFs, na perspectiva da necessidade de coordenação das medidas para uma gestão e governança dos riscos, podemos ver no **Quadro 3**, que nem todas adotaram medidas desta categoria. Dentre as medidas, aquela adotada pela maior parte dos estados foi a de criação/ativação de comitês especiais para enfrentamento da pandemia (41% das UFs), seguida pelas relacionadas a compra e recursos financeiros (30%), flexibilização de prazos de processos burocráticos com vistas a priorizar trâmites relacionados ao enfrentamento da pandemia (37%), organização de doações (7%), para respaldar as medidas de distanciamento social (15%) e para organização do trabalho voluntário (4%). O **Mapa 2** permite visualizar a distribuição espacial do conjunto de medidas. Embora, na prática, os governadores de todas as UFs tenham estabelecido algum mecanismo de coordenação no seu mais alto nível, mesmo que sem formalizar em decretos, chama a atenção que quase 1/3 não tenha formalmente organizado mecanismos de gestão e coordenação no âmbito dos governos estaduais e do DF.

Como destacado no documento da OMS publicado em 14 de abril de 2020, “*COVID-19 Strategy Update*”, velocidade, escala e equidade devem ser os princípios norteadores das medidas. Mais do que nunca é necessária capacidade de coordenação e governança dos riscos, para que as medidas ganhem a velocidade e escala necessária para rapidamente atingirem todo o país, com suas enormes diversidades e desigualdades. E, se velocidade e escala das medidas são fundamentais, devem ter como princípio norteador a equidade, de modo que a definição de prioridades e investimentos considere os que mais necessitam e não signifique deixar ninguém para trás.

Quadro 3: Medidas de Coordenação - medidas gerais

QUADRO 3: MEDIDAS DE COORDENAÇÃO - "MEDIDAS GERAIS"																												% DE UFs QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA	
MEDIDAS GERAIS		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	NZ	PA	PE	PI	PR	RN	RJ	RS	RN	SC	SP	SE	TO	TOTAL		
COORDENAÇÃO	MEDIDA PARA CRIAÇÃO/ATIVAÇÃO DE COMITÊ ESPECIAL PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA	1						1						1		1				1	1			1	1	1	14	41	
	MEDIDAS PARA COMPRA E RECURSOS FINANCEIROS PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA	1			1											1				1	1				1	1	11	30	
	MEDIDAS PARA FLEXIBILIZAÇÃO DE PRAZOS DE PROCESSOS BUCROCRÁTICOS COM VISTAS A PRIORIZAR TRÂMITES RELACIONADOS AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA								1																1	1	1	14	37
	MEDIDAS PARA ORGANIZAÇÃO DE DOAÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA																											1	7
	MEDIDAS PARA RESPALDAR AS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL																											1	15
	MEDIDAS PARA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO VOLUNTÁRIO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA																											1	4
	MEDIDAS PARA ORGANIZAÇÃO DE DOAÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA																											1	7
	MEDIDAS PARA RESPALDAR MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL																											1	15
TOTAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	37	

Mapa 2: Medidas de Coordenação - medidas gerais



3.2. Medidas de Distanciamento Social

Considerando a importância não apenas no quantitativo do conjunto de medidas levantadas, mas também política no debate atual sobre as medidas de distanciamento social, vamos analisar as mesmas de modo desagregado, para depois, no próximo item, analisar as outras medidas gerais.

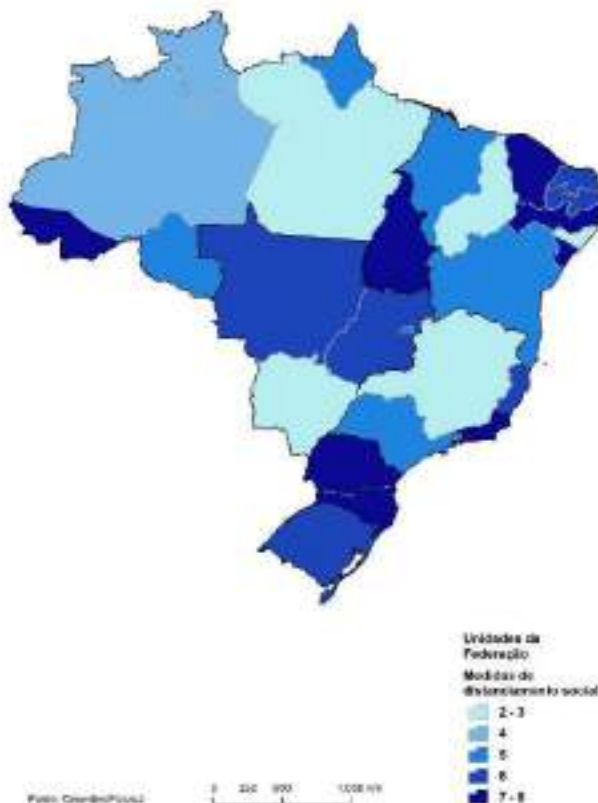
O objetivo central das medidas não-farmacológicas e, dentre estas, as de distanciamento social, envolve reduzir a transmissão no curto prazo para evitar a sobrecarga dos serviços de saúde e o aumento da mortalidade pela pandemia de COVID-19, ao mesmo tempo que procura reduzir os impactos sanitários, sociais e econômicos das mesmas^{12,14,15}. Este objetivo, que combina várias medidas, envolve escolhas que devem ser realizadas de modo urgente, tendo na sua base duas questões centrais: 1) tomar decisões em um contexto em que apenas um pequeno conjunto de intervenções não-farmacológicas e de distanciamento social possui evidências disponíveis¹³; 2) definir prioridades sobre quem se deve proteger, a que custo e deixando de lado quais alternativas, o que significa deixar ou não determinados grupos populacionais para trás.

No **Quadro 4** desagregamos o conjunto de medidas diretamente identificadas como relacionadas ao distanciamento social com números absolutos e percentuais por UF, permitindo vislumbrar melhor sua distribuição no **Mapa 3**. Medidas que envolveram “fechamento ou modificação da rotina de empreendimentos públicos e privados de caráter não essencial” e “suspensão ou reorganização de atividades da administração pública” foram as adotadas pela maioria dos estados (89%), seguidas da “proibição de eventos públicos” e “proibição e permanência de pessoas em espaços públicos de uso coletivo e ambientes educacionais” (85%). Alguns estados, como Acre, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Sergipe adotaram quase todas as medidas.

Quadro 4: Medidas de Distanciamento Social - medidas gerais

QUADRO 4: MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL - "MEDIDAS GERAIS"																														
MEDIDAS GERAIS		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	PR	RN	RS	RO	RJ	SC	SP	SE	TO	TOTAL	PL DE MEDIDAS ADOTADAS EM % DA MEDIDA	
DISTANCIAMENTO SOCIAL	PROIBIÇÃO DE EVENTOS PÚBLICOS	1	0			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	20	85	
	PROIBIÇÃO A CONCENTRAÇÃO E A PERMANÊNCIA DE PESSOAS EM ESPAÇOS PÚBLICOS DE USO COLETIVO E AMBIENTES EDUCACIONAIS	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	85	
	FECHAMENTO OU MODIFICAÇÃO DA ROTINA DE EMPREENDIMENTOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE CARÁTER NÃO ESSENCIAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	89
	PROIBIÇÃO OU MODIFICAÇÕES DA ROTINA DO TRANSPORTE COLETIVO URBANO MUNICIPAL, INTERMUNICIPAL E INTERESTADUAL DE PASSAGEIROS	1			1	1					1						1	1	1					1	1	1	1	1	11	99
	SUSPENSÃO OU REORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	89
	CONTINUAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PREÇOSOS MUNICIPAIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	99
	PROIBIÇÃO DE SUARUM CULTURAIS	1				1	1	1	1							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	86
	SUSPENSÃO DE RECAUDAMENTO E PROVA DE VIDA PARA APRESENTAÇÃO DE PENSÕES E MILITARES INATIVOS			1				1						0							1	1	1	1	1	1	1	1	6	91
	SUBTOTAL	7	3	4	4	3	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	100		

Mapa 3: Medidas de Distanciamento Social - medidas gerais



O **Mapa 3** ilustra a quantidade de medidas de distanciamento social adotada por cada UF, onde podemos observar que os estados de SE e SC foram os que adotaram o maior número (n=8) de medidas desta categoria, seguidos por AC, CE, PE, TO, RJ e PR (n=7). O estado de MG adotou o menor número (n=2), seguido por AL, PI, PA e MS (n=3).

O “fechamento ou modificação da rotina de empreendimentos públicos e privados de caráter não essencial” incluiu de modo geral: recomendações para que população não frequentasse espaços em que houvesse aglomeração de pessoas; o funcionamento de bares, restaurantes, lanchonetes e estabelecimentos congêneres, incluindo o distanciamento entre mesas; o fechamento de empreendimentos públicos e privados, como academias e casas de festas; a proibição da entrada de novos hóspedes no setor hoteleiro; a suspensão de eventos e reuniões de qualquer natureza, de caráter público ou privado, incluídas excursões, cursos presenciais em escolas e universidades, missas e cultos religiosos.

A “suspensão ou reorganização de atividades da administração pública” incluiu exemplos como: a suspensão de viagens de servidores; suspensão e reorganização das formas (incluindo teletrabalho e rodízio) e horários da prestação serviços, com foco nos grupos de riscos (idosos e pessoas com doenças que as tornem vulneráveis à COVID-19); afastamento do trabalho e jornada reduzida; dispensa ou realocação de empregados e empresas terceirizadas; dispensa de perícia médica dos servidores ao instituto previdenciário local; concessão de férias e/ou licença-prêmio a servidores.

Outras medidas adotadas pelos estados foram: continuidade de prestação de serviços públicos e privados essenciais (78% das UFs) proibição ou modificações da rotina do transporte coletivo urbano municipal, intermunicipal e interestadual de passageiros (48%); restrições no sistema carcerário (44%); e suspensão do

recadastramento e prova de vida para aposentados, pensionistas e militares inativos (22%).

Como recomendado pela OMS, nos países em que a transmissão comunitária já tenha se estabelecido ou que haja o risco de entrar nessa fase da pandemia (o que era a situação do Brasil na primeira quinzena de março), as autoridades devem adotar e adaptar imediatamente medidas físicas de distanciamento social e restrições da movimentação de pessoas (que podem durar de dois a três meses, baseado na experiência de outros países) combinadas com outras medidas de saúde pública para redução da exposição e supressão da transmissão¹². As medidas de distanciamento social em escala mais ampla têm como objetivo reduzir a transmissão, de modo a achatar a curva epidêmica e fornecer mais tempo para os serviços de saúde aumentarem sua capacidade para o tratamento de casos, bem como para o desenvolvimento de vacinas e tratamentos¹⁴.

Entretanto, como observado no documento *“Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19”*, do Centro de Prevenção e Controle de Doenças da União Europeia, *“Decisões sobre quando e como implementar medidas de distanciamento social devem sempre ser informadas por evidências, mas muito raramente serão puramente baseadas em evidências. Considerações sociais e políticas também precisam ser levadas em consideração.”*⁽¹⁾¹⁵ Na ausência de evidências em contrário, todos os relatórios e estudos de casos vem apontando favoravelmente o distanciamento social como parte do conjunto de medidas. Um exemplo é o estudo de Koo e col. (2020)¹⁶, a partir de pesquisas em Singapura, demonstrando que intervenções combinadas de indivíduos infectados em quarentena e sua família, distanciamento do local de trabalho e fechamento da escola quando a transmissão da comunidade foi detectada reduziu substancialmente o número de infecções por SARS-CoV-2.

Para além da combinação de medidas, o que é importante, torna-se necessário também contextualizar as mesmas em relação a realidade social e econômica em que serão implementadas. A medida “Proibição ou modificações da rotina do transporte coletivo urbano municipal, intermunicipal e interestadual de passageiros” foi adotada em 40% das UFs. Embora o estado de São Paulo não tenha adotado esta medida, no município de São Paulo, a SPTrans reduziu a frota em circulação em 60%. Esta medida, que foi adotada tendo como objetivo reduzir o fluxo e a movimentação de pessoas nas ruas, acabou resultando em um efeito inverso, com aglomerações nos pontos de ônibus e nos transportes públicos, afetando principalmente a população mais pobre, concentrada nas periferias, totalmente dependente do transporte coletivo e que integra o contingente de pessoas com maiores dificuldades e suporte financeiros para cumprir todas as medidas de distanciamento social¹⁷.

Uma questão central em relação as medidas, é que tendo o setor saúde um papel fundamental de liderança no enfrentamento da pandemia, seu sucesso depende tanto da participação de toda a sociedade, como também da integração e adesão dos diferentes setores do governo ao projeto e aos processos de redução dos riscos, o que exige congruência e coerência nas ações e mensagens para a conquista da confiança que

¹ No original: “Decisions on when and how to implement social distancing measures should always be informed by evidence, but they will very rarely be purely evidence based. Social and political considerations will also need to be taken into account.”

é um pré-requisito para a governança dos riscos⁸. O exemplo acima, relacionado ao transporte público, demonstra como a ação de se adotar uma medida e não a contextualizar, considerando as diferentes realidades, em especial as dos mais pobres, pode se tornar incongruente com os objetivos do conjunto de medidas adotadas. Além de ações não contextualizadas que podem tornar determinadas medidas incongruentes, há também a questão das mensagens dissonantes. Como bem destaca a OMS em seu último documento relacionado as estratégias para enfrentamento da COVID-19¹², informações enganosas, ambíguas e falsas podem ter sérias consequências negativas para a Saúde Pública, inclusive prejudicando a adesão a medidas de distanciamento social, resultando não só na sobrecarga do sistema de saúde e de suas capacidades de atenção e cuidados para os problemas correntes e relacionados à COVID-19, bem como o estímulo ao uso de tratamentos sem qualquer evidência científica.

Em uma situação extrema como a da pandemia por COVID-19, a governança dos riscos depende desta congruência que se expressa na coerência dos documentos, das reuniões, das entrevistas, dos atos e das ações realizadas não só pelo setor saúde, mas também pelos diferentes setores do governo, e em particular daquele que em qualquer país democrático deve expressar a liderança no enfrentamento da pandemia: o Presidente da República. A ausência de coerência e congruência dentro do governo, com mensagens contraditórias ou inaplicáveis, não só resulta em um enfrentamento parcial e incompleto da pandemia, interferindo negativamente e atrasando o impacto das medidas de distanciamento social que podem salvar vidas, mas também contribuem para, de algum modo, corroer a confiança no setor saúde, que tem um papel de liderança fundamental na condução desse processo.

Se a congruência e a confiança são pré-requisitos fundamentais para uma boa governança dos riscos, não podemos deixar de observar que mensagens contraditórias ou inaplicáveis vão muito além da falta de coerência dentro de um governo, como no caso brasileiro, mas refletem uma disputa política em que uma grave crise sanitária pode ser sobreposta por uma crise política, prolongando e ampliando os impactos negativos da pandemia por COVID-19. Nos EUA, o Presidente Trump sinalizou que permitirá que os governadores tomem suas próprias decisões, em parte porque eles têm maior controle das ações nos estados, como as relacionadas à segurança pública e poder de polícia para fechar atividades econômicas, bem como aplicar toques de recolher quando necessário. Porém muitos governadores e autoridades locais relutam em invocar esses poderes ao considerar que sofrem os custos políticos das medidas quando não há uma clara orientação do governo federal¹¹. No Brasil, ao contrário, o Presidente da República vem sinalizando com ameaças de editar um decreto para impedir a autonomia dos estados e municípios decretarem medidas de distanciamento social¹⁸.

No Brasil, como podemos observar no **Quadro 4**, a maioria dos estados (89%) adotou a medida de fechamento ou modificação da rotina de empreendimentos públicos e privados de caráter não essencial, o que incluía missas e cultos religiosos. No dia 2 de março de 2020 foi publicado o Decreto nº 10.282, do governo federal, que regulamentava a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais, não incluindo atividades religiosas. Entretanto, em 26 de março foi publicado o Decreto nº 10.292, em que o Presidente da República alterava o instrumento normativo anterior, passando a incluir como atividade essencial

as “atividades religiosas de qualquer natureza, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde”.

Importante lembrar que a Coreia do Sul teve seu primeiro caso de COVID-19 registrado no final de janeiro. A partir de então, iniciou um trabalho massivo de testagem ativa, quarentena e isolamento de pessoas e regiões onde o vírus foi detectado. O maior surto foi detectado após o 31º paciente, uma mulher de 61 anos da cidade de Daegu, sudeste da Coreia do Sul, ter sido diagnosticada em 18 de fevereiro. “A paciente 31”, como ela ficou conhecida, era membro de uma igreja secreta, tendo participado do funeral de um parente do fundador da mesma, realizado em um hospital próximo. O Vice-Ministro da Saúde e Bem-Estar Kim Gang-lip disse que desde então, a “paciente 31”, membro desta igreja secreta com pequenas congregações espalhadas por todo país, contribuiu para propagar a infecção no país, tendo vinculação com 61% dos casos.

Para além das mensagens contraditórias por parte do Presidente da República, seus atos tem resultado em consequências que interferem de modo direto e negativo nas medidas de distanciamento social. Madeiro e Uchinaka (2020)¹⁹ através da análise do Índice de Isolamento Social (IIS), demonstraram que quando muitas pessoas já estavam se movimentando para aderir as medidas de distanciamento social a partir do conjunto de decretos estaduais e em capitais a partir do dia 13 de março, bem como das recomendações gerais do Ministério da Saúde, sua ida para a frente do Palácio do Alvorada, para interagir com manifestantes pró-governo, teve consequências no IIS, caindo para 38,5% no dia 16 e 29,9% no dia 17.

As consequências vão além da adesão das pessoas às medidas de distanciamento social, mas também criam um cenário em que governos estaduais, que em um primeiro momento aderiram à onda de medidas de distanciamento social (ainda que não integralmente), passem a ser menos exigentes e adotem um tom de flexibilização das medidas. Um levantamento realizado pela Google, disponibilizado no “Relatório de Mobilidade da Comunidade”²⁰, mostrou uma queda drástica e depois uma menor adesão ao isolamento social ao longo do mês de março em todas as UFs do Brasil. Essa queda também pode ser o resultado da decisão de alguns governadores e prefeitos de flexibilizar as medidas de distanciamento social. Em nota pública, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão diz que, *“Diante de notícias de que gestores locais têm anunciado, ou mesmo já praticado, o fim do distanciamento social ampliado, a PFDC vem enfatizar a necessidade de que decisão nesse sentido deve ser pública e estar fundamentada nas orientações explicitadas no Boletim Epidemiológico nº 8, do Ministério da Saúde, com demonstração de: (a) superação da fase de aceleração do contágio, de acordo com os dados de contaminação, internação e óbito; e (b) quantitativo suficiente, estimado para o pico de demanda, de EPIs para os profissionais de saúde, respiradores para pacientes com insuficiência respiratória aguda grave, testes para confirmação de casos suspeitos, leitos de UTI e internação e de recursos humanos capacitados”*. Nessa mesma nota a PFDC esclarece que é dever do Poder Público garantir o direito fundamental à saúde da população, e o artigo 196 da Constituição Federal determina que as políticas públicas respectivas devem estar voltadas à redução do risco. *“Significa dizer que, mesmo que estejam em jogo duas alternativas igualmente possíveis em termos de saúde, a escolha necessariamente deve recair sobre aquela que representa o menor risco para a coletividade”*²¹.

As consequências desta incongruência, que tem como pano de fundo disputas dentro do governo e entre os poderes, resultam em uma gestão de riscos que combina mensagens convergentes que norteiam e sustentam as medidas de distanciamento social com outras contraditórias e conflitivas, corroendo qualquer condição para uma governança de riscos, fundamental em uma pandemia como a por COVID-19. Tomando como referência as observações de Cornwall e col. (2020)¹¹, podemos considerar que convencer mais de 200 milhões de pessoas no Brasil a levar a sério as medidas de distanciamento para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 exigirá uma mudança radical nas mensagens e ações do Presidente da República e de parte do seu governo ainda não sensibilizado a gravidade e realidade dos impactos da doença/disseminação do vírus sobre a Saúde Pública e a vida das pessoas.

3.3. Outras Medidas Gerais

Um conjunto de outras medidas gerais tiveram como objetivo dar suporte as medidas de coordenação e de distanciamento social, como, por exemplo, a proibição de concentração e permanência de pessoas em espaços públicos de uso coletivo (como parques, praças e praias) e ambientes educacionais (creches, escolas e universidades) ou o fechamento de serviços, comércios e empreendimentos de caráter não essencial. Apesar de nos EUA, governadores e autoridades locais relatarem em invocar os poderes de polícia relacionados à segurança pública por conta do desgaste político¹¹, no Brasil há indicativos de que seguimos um caminho diferente, que também envolve disputas políticas.

No Brasil, o fato de poucas UFs terem adotado “medidas de segurança pública” (**Quadro 5**), predominando a relacionada à ampliação do quadro de profissionais de segurança pública durante a pandemia (envolveram suspensão de férias, afastamento e licenças a servidores das áreas de Defesa Civil, agentes do serviço penitenciário, e servidores das áreas de segurança pública de um modo geral) pode ser um indicativo de que este tema ainda não se tornou prioridade nos estados (**Mapa 4**). Ao mesmo tempo, em período mais recente, temos os governos do DF, RJ e SP ameaçando utilizar o poder de polícia para prender pessoas em espaços públicos e aglomerações ou fechar comércios como forma de impor as medidas de distanciamento social^{22,23,24}.

Quadro 5: Medidas de Segurança Pública - medidas gerais

QUADRO 5: MEDIDAS DE SEGURANÇA PÚBLICA – “MEDIDAS GERAIS”		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	PR	RR	RO	RR	RS	SC	SP	SE	TO	TOTAL	REPUBLICA FEDERATIVA
SEGURANÇA PÚBLICA	MEDIDAS PARA AMPLIAR O QUADRO DE PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA COMO PROVISÓRIAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS DURANTE A PANDEMIA	1				1								1		1												7	12
	MEDIDAS QUE FACILITEM O RECLAMAMENTO DE SERVIDORES DA SEGURANÇA PÚBLICA DURANTE A PANDEMIA																								1			1	4
	TOTAL	1				1									1		1								1			8	16

Mapa 4: Medidas de Segurança Pública - medidas gerais



Há outras medidas gerais que também tiveram como objetivo dar suporte as medidas de coordenação e de distanciamento social, como as relacionadas a higiene coletiva e controle de produtos no mercado.

De acordo com o **Quadro 6** pode-se verificar que 14 UFs incluíram medidas de higiene coletiva, estando entre estas as de garantia da higiene individual em espaços públicos (33% das UFs); da higiene e circulação de ar em ambientes públicos e/ou com circulação de pessoas (33%), da higiene e circulação de ar em transportes públicos e escolares (37%). Apenas o AC incluiu medidas que buscavam garantir a higiene pessoal para todas as pessoas em suas casas (4%).

Quadro 6: Medidas de Higiene Coletiva - medidas gerais

QUADRO 6: MEDIDAS DE HIGIENE COLETIVA – “MEDIDAS GERAIS”																												% DE UFs QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA		
MEDIDAS GERAIS		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	PB	RR	RN	RS	RR	SC	SP	SE	TO	TOTAL	% DE UFs QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA	
HIGIENE COLETIVA	MEDIDAS QUE GARANTAM A HIGIENE INDIVIDUAL EM ESPAÇOS PÚBLICOS	1			1										1	1				1	1		1	1	1	1	1	1	18	33
	MEDIDAS QUE GARANTAM A HIGIENE E CIRCULAÇÃO DE AR EM AMBIENTES PÚBLICOS E/OU COM CIRCULAÇÃO DE PESSOAS	1		1		1		1						1	1														9	33
	MEDIDAS QUE GARANTAM A HIGIENE E CIRCULAÇÃO DE AR EM TRANSPORTES PÚBLICOS E ESCOLARES					1		1							1	1					1	1			1	1	1	1	18	37
	MEDIDAS QUE GARANTAM A HIGIENE PESSOAL PARA TODAS AS PESSOAS EM SUAS CASAS	1																											1	4
SUBTOTAL:		4	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2	2	18		

Mapa 5: Medidas de Higiene Coletiva - medidas gerais



O **Mapa 5** ilustra a quantidade de medidas de higiene coletiva adotadas por cada estado. Nele podemos perceber que os estados do AC, BA e RS foram os que adotaram maior número de medidas (n=3) desta categoria, enquanto os estados de AP, RR, AL, CE, MA, PI, PE, RN, GO, DF, MS, MG e SP não adotaram nenhuma medida desta categoria.

Alcançar o acesso ao saneamento e condições de higiene adequados e equitativos para todos é um dos pontos que integram o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável relacionado a assegurar disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos (ODS 6)⁶. A questão do saneamento e acesso à água é de tamanha importância no cotidiano das pessoas e de extrema necessidade em uma situação de pandemia, de modo que OMS publicou uma nota técnica sobre o tema “*Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus*”²⁵. Como é indicado, o fornecimento de água potável, saneamento e condições de higiene é essencial para proteger a saúde humana em todos os surtos de doenças infecciosas, bem como garantir as condições para a aplicação de práticas de higiene em comunidades, casas, escolas, comércio e instalações de assistência à saúde, entre outras, contribuindo para reduzir a transmissão da COVID-19.

As orientações da OMS para gestão de resíduos e limpeza de superfícies levando em consideração o tempo de sobrevivência do vírus nos materiais e ambientes, práticas de higienização das mãos, limpeza doméstica, entre outras, são fundamentais, mas inviáveis para grande parte da população. No Brasil, segundo dados do Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento (SNIS) de 2018, 39,4 milhões de pessoas (16,4% da população brasileira) não eram atendidas por sistemas de abastecimento de água tratada²⁶.

Se sobrepõem a esta situação o enorme contingente da população que reside nos aglomerados subnormais (conhecidos também como favelas, que combinam características como vias de circulação estreitas e irregulares, habitações precárias e insuficiente oferta de serviços públicos essenciais, como abastecimento de água). Segundo IBGE, a população residente nos aglomerados subnormais em 19 anos aumentou em mais de 60% entre 1991 e 2010, passando para 11,4 milhões de pessoas²⁷ (IBGE, 2018). Se em 2010 6% da população vivia em aglomerados subnormais, isto corresponderia a cerca de 12,7 milhões de pessoas em 2020. Se considerarmos um cenário que entre 2010 e 2020 houve um igual crescimento de 60% da população vivendo em aglomerados subnormais, chegaríamos a 18.2 milhões de pessoas. Além deste contingente, Natalino (2016)²⁸ estimou que em 2015 existiam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil, vivendo em condições insalubres, inseguras e com precário acesso aos serviços.

No âmbito do combate à COVID-19, algumas medidas são inexecutáveis para grande parte da população brasileira que sofre com a ausência/precariedade de saneamento e acesso à água, vive em habitações pequenas, com grande número de pessoas, com grande proximidade entre residências, poucas janelas levando a pouca ventilação e grande umidade no interior das casas, constituindo cenários muito propícios para a sobrevivência do vírus e sua disseminação, contribuindo para a intensificação de sua propagação. A COVID-19 apresenta novos riscos e intensifica os já existentes.

Assim, é importante considerar que as medidas de higiene coletiva não só sejam contextualizadas, como também sejam oferecidas condições para tais. Neste contexto, temos uma situação de sobreposição de riscos, isto é, populações que já estão expostas a muitas condições de vulnerabilidade de diversas ordens – sociais, econômicas, habitacionais e infraestrutura. Nestas condições e frente à uma ameaça nova, que exige condições sociais, econômicas, habitacionais e infraestrutura básicas para que se tenha uma resposta adequada, não só se tornam extremamente expostas, como vivenciam situações que ampliam a propagação da transmissão.

Nesse contexto que combina uma pandemia com milhões de pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade social, tem-se um 1/4 da população vivendo abaixo da linha de pobreza, sendo que 13,5 milhões em condições de extrema pobreza, com renda mensal per capita inferior a U\$S 1,9 por dia²⁹. Neste contexto de vulnerabilidade e extrema pobreza, em 18 de março, o Ministro da Economia anunciou um auxílio de R\$ 200,00 para trabalhadores informais e autônomos por três meses. Com o dólar cotado em R\$ 5,20 neste dia, o auxílio correspondia a U\$S 1,3 por dia, mantendo os beneficiários na extrema pobreza.

Assim, nesta realidade complexa e de grandes desigualdades sociais e vulnerabilidades, mesmo medidas positivas de controle de preços de produtos (como álcool 70% em gel, máscaras descartáveis, entre outros) implementadas em 1/3 das UFs, e de limites quantitativos na compra desses produtos (implementadas em 22% das UFs), acabam por ter seu alcance limitado para dar suporte as medidas de higiene e combate a COVID-19 (Ver **Quadro 7**).

Quadro 7: Medidas de Controle de Produtos no Mercado - medidas gerais

QUADRO 7: MEDIDAS DE CONTROLE DE PRODUTOS E MERCADOS – “MEDIDAS GERAIS”																												% DE UN. QUE ADOPTAM ESTA MEDIDA	
MEDIDAS GERAIS		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MT	PA	PE	PR	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO	TOTAL	
CONTROLE DE PRODUTOS NO MERCADO	MEDIDAS QUE CONTROLEM OS PREÇOS DE PRODUTOS E SERVIÇOS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DO COVID-19				1		1	1		1							1					1	1		1	1		9	33
	MEDIDAS QUE REGULAMENTAM O LIMITE QUANTITATIVO NA COMPRAS DE PRODUTOS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DO COVID-19											1				1				1				1	1	1	1	9	33
	SUBTOTAL	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	36

Mapa 6: Medidas de Controle de Produtos no Mercado - medidas gerais



Segundo o IBGE, no terceiro trimestre de 2019, os trabalhadores sem carteira assinada eram 11,8 milhões e os por conta própria 24,3 milhões³⁰. Estes trabalhadores são os primeiros a sofrer os impactos das medidas de distanciamento social, ficando impossibilitados de trabalhar e ter renda, agravando a pobreza de muitos, que continuariam a recorrer ao trabalho informal devido à falta de alternativas, ao mesmo tempo que jogando outros tantos para a extrema pobreza³¹. De qualquer modo, somam-se aos já em condições de pobreza e extrema pobreza outros tanto milhões de pessoas que teriam dificuldades tanto de comprar produtos para as medidas de higiene, como também manter as medidas de distanciamento social.

Como aponta o documento da OMS¹², as medidas de distanciamento social afetam desproporcionalmente grupos populacionais mais desfavorecidos e em situação de pobreza, o que inclui também migrantes, deslocados internos e refugiados, que costumam viver em locais precários, superlotados e com poucos recursos, dependendo do trabalho diário para subsistência.

Com as restrições de viagem e controle de fronteiras implementadas por vários países como medidas para contenção do COVID-19, foi criado um impacto sem precedentes na mobilidade humana³², acentuando as dificuldades de migrantes que

precisam se deslocar por questões vitais, de sobrevivência, seja trabalho e renda, fugindo da pobreza, seja fugindo de conflitos, ou ambos.

A medida relacionada ao controle e limite de fronteiras, que foi adotada em vários países, também foi adotada por apenas 10 UFs (**Quadro 8**), predominando a proibição de entrada de transportes interestadual e internacional rodoviário, aeroviário e hidroviário (33% das UFs). As medidas de controle de entrada nos estados por passageiros de transporte rodoviário, aeroviário ou hidroviário que apresentassem sintomas foi adotada por 11% das UFs.

Quadro 8: Medidas de Controle e Limite de Fronteiras - medidas gerais

QUADRO 8: MEDIDAS DE CONTROLE E LIMITE DE FRONTEIRAS – “MEDIDAS GERAIS”																												N. DE UFs QUE ADOTARAM ESTA MEDIDA
MEDIDAS GERAIS		AC	CE	AM	AP	BA	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PR	PE	PI	RN	RR	RS	SC	SE	TO	TOTAL				
CONTROLE E LIMITE DE FRONTEIRAS	MEDIDAS DE CONTROLE DE ENTRADA NOS ESTADOS POR PASSAGEIROS DE TRANSPORTE RODOVIAÁRIO, AEROVIAÁRIO E HIDROVIÁRIO, QUE APRESENTEM SINTOMAS DE INFECÇÃO						1									1							1		4			
	MEDIDAS DE PROIBIÇÃO DE ENTRADA DE TRANSPORTES INTERESTADUAIS E INTERNACIONAIS RODOVIAÁRIO, AEROVIAÁRIO E HIDROVIÁRIO		1			1				1						1	1		1			1	1		8			
	MEDIDAS DE PROIBIÇÃO DE ENTRADA DE TRANSPORTES INTERESTADUAIS E INTERNACIONAIS																											
	MEDIDAS DE PROIBIÇÃO DE ENTRADA DE TRANSPORTES INTERESTADUAIS E INTERNACIONAIS																											
TOTAL		0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1				

Mapa 7: Medidas de Controle e Limite de Fronteiras - medidas gerais



Na escala das fronteiras internas, interestaduais e intermunicipais, um grande número de pessoas faz movimentos pendulares diariamente para trabalhar fora do município onde moram. No contexto do fechamento de fronteiras estaduais e municipais, bloqueios e limitação nos sistemas de transporte e número de usuários, coloca grande contingente de pessoas entre a necessidade de ir trabalhar e a impossibilidade de se deslocar.

Assim, uma medida importante como esta, mas realizada sem articulação entre as UFs vizinhas e o conjunto de outras medidas implementadas para contenção do COVID-

19, pode não só resultar em aglomerações nos locais de embarque e nos transportes, como também perda de trabalhos e rendas, comprometendo as medidas adotadas.

Por fim, dentre as medidas gerais, discutimos as de informação e comunicação (**Quadro 9**), predominando as relacionadas a conscientização da população sobre os riscos e sintomas do COVID-19, bem como formas de higiene e proteção individual (n=8). Medidas para compartilhamento de dados pessoais privados, prevendo a identificação de pessoas infectadas, foram implementadas por três UFs.

Quadro 9: Medidas de Controle de Informação e Comunicação - medidas gerais

MEDIDAS GERAIS		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	PR	RR	RS	RO	SC	SE	SP	TO	TOTAL	N. DE UFs QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	MEDIDAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE OS RISCOS E SINTOMAS DO COVID-19, BEM COMO FORMAS DE HIGIENE E PROTEÇÃO INDIVIDUAL						1	1		1		1			1									1	1		8	8
	MEDIDAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS PRIVADOS ESSENCIAIS À IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS INFECTADAS		1					1									1										3	3
	TOTAL							2	1		1						1										11	11

Mapa 8: Medidas de Controle de Informação e Comunicação - medidas gerais



No Brasil, as UFs que adotaram oficialmente o uso de tecnologias para compartilhamento de dados pessoais privados, essenciais à identificação de pessoas infectadas foram Alagoas, Distrito Federal e Paraná.

O uso de tecnologias de geolocalização para monitoramento e planejamento das ações foram consideradas positivas em alguns países, onde o uso de inteligência artificial para cruzar dados e estimar risco – por exemplo, alertando em

tempo real os habitantes de áreas de risco – foi considerado um sucesso. Na Coreia do Sul³³, um exemplo bem sucedido do uso de tecnologias foi para o monitoramento dos casos suspeitos, comunicação com a população, além de reforço da vigilância sobre a manutenção do isolamento social.

No que tange a conscientização da população acerca dos riscos e sintomas do COVID-19, bem como formas de higiene e proteção individual deve-se considerar tanto os meios de comunicação utilizados, para alcance de todos os grupos populacionais, como a cobertura dos achados por meios de comunicação de massa como emissoras de televisão e rádio, uso de mídias sociais, oferta linhas telefônicas específicas para dúvidas relacionadas ao COVID-19 e diálogo com lideranças comunitárias que devem ser amplamente envolvidas, além da coerência entre as informações compartilhadas com a população. Contar também com aparatos que garantam combater a disseminação de *Fakenews*, como a página do Ministério da Saúde (<https://www.saude.gov.br/fakenews>), e da Fiocruz com esclarecimentos de boatos e *fakenews* (<https://portal.fiocruz.br/coronavirus/material-para-download>) têm se mostrado como importantes para ampliar a adesão da população exposta as medidas de distanciamento social e higiene, por exemplo.

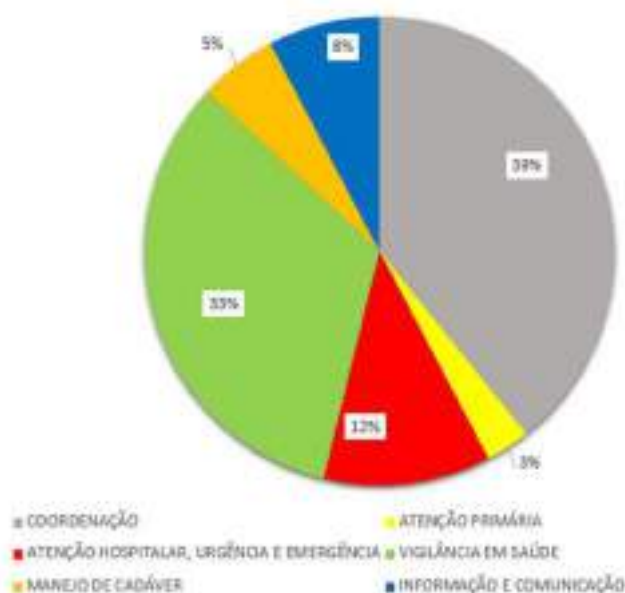
Porém, tomando como referência as conclusões de Rodrigues e col (2019)³⁴ sobre recomendações e prevenções em contexto de incertezas, pode-se considerar que também no caso da COVID-19, as orientações tanto para os profissionais de saúde, como para a população, em grande parte não consideram as características dos diferentes grupos e categorias de trabalhadores, bem como a heterogeneidade da população, propondo práticas e medidas que ao não considerar o contexto e realidade dos diferentes grupos da população acaba por comprometer sua aplicabilidade, tornando as medidas menos ineficazes do que deveriam em um contexto de urgência.

4. ANÁLISE DAS MEDIDAS DO SETOR SAÚDE



No **Gráfico 5**, sistematizamos o conjunto de **medidas do setor saúde**. Do total de medidas, as de Coordenação foram maioria, representando 39%. do total, seguida das relacionadas à Vigilância em Saúde (33%). As medidas relacionadas a atenção em saúde representaram 15% do total, envolvendo as de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (12%) e Atenção Primária (3%). Medidas de Informação e Comunicação responderam por 8% do total e Manejo de Cadáver, 5%.

Gráfico 5: Medidas Setor Saúde - percentual do total de medidas por categoria nos estados



4.1. Medidas de Coordenação Setor Saúde

No **Quadro 10**, podemos constatar que 23 UFs incluíram medidas de coordenação do setor saúde, e 74% das UFs do país implementaram medidas concentradas na gestão do quadro de profissionais de saúde (suspensão de férias, afastamento e licenças), bem como a requisição de bens, produtos e recursos humanos. Em seguida, presente em 70% das UFs, estavam as medidas financeiras e contratuais para melhor equipar o setor saúde na resposta a pandemia, envolvendo, por exemplo: financiamento da rede complementar de saúde; contratos de prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais; medidas para redirecionamento de leitos hospitalares; contratos para a aquisição de medicamentos e de assemelhados; realização de despesas sem licitação para contratação de profissionais e aquisição de medicamentos e equipamentos; autorização para importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na ANVISA, desde que registrados por autoridade sanitária estrangeira e previstos em ato do MS; alvarás de Prevenção e Proteção Contra Incêndios (APPCI) que venceriam nos próximos noventa dias que passariam a ser considerados renovados automaticamente.

Quadro 10: Medidas de Coordenação – setor saúde

QUADRO 10: MEDIDAS DE COORDENAÇÃO – "SETOR SAÚDE"																												TOTAL	% DE UF QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA		
MEDIDA SETOR SAÚDE		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PE	PI	PR	RS	RN	RO	RR	SC	SE	SP	TO					
COORDENAÇÃO	MEDIDAS PARA AMPARAR O QUADRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES CATEGÓRICOS	1	1		1	1		1	1	0		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	19
	MEDIDAS PARA ATENDER COMITÊS PARA MULHERES E COMITÊS DO SISTEMA DE SAÚDE	1	1			1		1	1	0		1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	19
	MEDIDAS PARA CRIAÇÃO/ATUALIZAÇÃO DE COMITÊS ESPECÍFICOS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA					1	1	1				1	1		1	1	1			1		1		1		1	1	1	1	10	47
	MEDIDAS PARA GARANTIR TRATAMENTO GRATUITO A TODOS		1					1																					1	7	
	SUBTOTAL		2	2	0	1	2	1	2	1	0	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	41

Dentre as medidas de coordenação, pouco mais de 1/3 das UFs adotou medidas para criação de Centros de Operações de Emergências (COE) e Comitês Especiais Para o Enfrentamento da Pandemia. E, por fim, somente 7% incluindo medidas para garantir o tratamento gratuito a todos.

Mapa 9: Medidas de Coordenação – setor saúde



No **Mapa 9** apresentamos a quantidade de medidas de coordenação incluídas por cada estado. Como podemos perceber o DF foi a UF que mais incluiu medidas desta categoria, seguido por TO, AL, BA, PA, PE, MS, SC e RS. Por outro lado, AM, MA, PI e SP não adotaram nenhuma.

A análise das medidas de coordenação para o setor saúde revela alguns gargalos importantes para a gestão e governança de riscos durante a pandemia. Para isto, vamos começar pelas medidas que foram menos incluídas.

Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ser um sistema universal de saúde, com acesso previsto a todos os que necessitam, chama a atenção que somente o DF e AL tenham incluído medidas para garantir atendimento público para todos que necessitarem. Como observado no documento da OMS “*COVID-19 Strategy Uptodate*”¹², velocidade, escala e equidade devem ser os princípios norteadores das medidas. Isto diante de um cenário epidemiológico de uma doença que se propaga muito rapidamente, exigindo que a definição de medidas e prioridades de investimentos em saúde considerem os que mais necessitam e não deixem ninguém para trás. Porém, a experiência dramática da Itália, Espanha e EUA, demonstra que a inexistência ou fragilidade dos sistemas públicos de saúde não oferece a resiliência necessária do sistema de saúde para o enfrentamento da crise sanitária. Uma crise que exige que o enfrentamento da pandemia por COVID-19 envolva reduzir as condições de vulnerabilidade social da população e o necessário e amplo acesso das populações aos serviços de saúde^{10, 11, 35, 36, 37}.

Um segundo aspecto que chama a atenção é somente dez estados incluírem medidas para criação de Centros de Operações de Emergências (COE) e Comitês Especiais Para o Enfrentamento da Pandemia. Embora a gestão de uma pandemia vá além do setor saúde, envolve prioritariamente o mesmo, sendo vital a formalização de sua coordenação no mais alto nível de governo. No Boletim Epidemiológico nº 13⁸, é informado logo no primeiro parágrafo, que “*Em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV). A ativação desta estratégia está prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde*”. E, como já apontado anteriormente, a Portaria nº 188 do Ministério da Saúde, de 3 de fevereiro, logo depois da OMS declarar a COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (30 de janeiro), já estabelecia um “... *Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.*”, sendo este um primeiro passo absolutamente necessário para a coordenação e gestão das emergências em saúde pública.

No documento da OMS Europa contendo orientações para políticas de fortalecimento dos sistemas de saúde no enfrentamento da COVID-19³⁹, considerando os cenários de transmissão comunitária já vivenciados por países como China, Irã, Itália e Espanha, e a necessidade dos países que ainda não possuem transmissão comunitária se prepararem, são propostas 16 recomendações. A última recomendação aborda os mecanismos de coordenação na governança do sistema de saúde e em todo o governo, para o enfrentamento da pandemia. No **Quadro 11** são apresentadas estas recomendações.

Quadro 11: Síntese de 16 recomendações do sistema de saúde para responder a COVID-19

<p>1</p> <p>Expandir as capacidades de comunicação e de gestão proativa das relações com os meios de comunicação</p>	<p>2</p> <p>Reforçar as capacidades dos serviços essenciais de saúde pública para permitir a resposta as emergências (testes, rastreamentos, vigilância e análise epidemiológica, identificação de grupos vulneráveis)</p>	<p>3</p> <p>Esclarecer a estratégia do primeiro ponto-de-contato para possíveis casos de COVID-19 no sistema de saúde: telefone, online e físico.</p>	<p>4</p> <p>Proteger outros pontos do sistema de saúde para não se tornarem também primeiro ponto-de-contato para possíveis casos de COVID-19</p>
<p>5</p> <p>Designar hospitais para receber pacientes com COVID-19 e preparação para receber ondas de casos graves e ampliando as capacidades de UTIs</p>	<p>6</p> <p>Organizar e expandir os serviços perto das casas das pessoas para a resposta a COVID-19</p>	<p>7</p> <p>Manter a continuidade dos serviços essenciais ao mesmo tempo que ampliando a capacidade de resposta a COVID-19</p>	<p>8</p> <p>Treinar, redirecionar e mobilizar a força de trabalho em saúde de acordo com os serviços prioritários</p>
<p>9</p> <p>Proteger a saúde física dos profissionais de saúde da linha de frente</p>	<p>10</p> <p>Prever e atender as necessidades de saúde mental da força de trabalho em saúde</p>	<p>11</p> <p>Rever as cadeias de suprimentos e os estoques de medicamentos essenciais e tecnologias em saúde</p>	<p>12</p> <p>Mobilizar o apoio financeiro e remover barreiras logísticas e operacionais</p>
<p>13</p> <p>Avaliar e mitigar possíveis barreiras financeiras de acesso aos cuidados</p>	<p>14</p> <p>Avaliar e mitigar possíveis barreiras de acesso físico para grupos populacionais vulneráveis</p>	<p>15</p> <p>Otimizar a proteção social para minimizar o impacto das medidas de saúde pública na segurança financeira das famílias</p>	<p>16</p> <p>Garantir clareza nas funções, relacionamentos e nos mecanismos de coordenação e governança do sistema de saúde e entre os outros setores do governo</p>

Fonte: WHO Europe. Strengthening the health system response to COVID-19 Recommendations for the WHO European Region Policy brief (1 April 2020)

De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 7⁴⁰, o primeiro caso suspeito foi registrado em Minas Gerais, em 27 de janeiro, já indicando a passagem para o nível 2, que corresponde ao Nível de Resposta de Perigo Iminente, permitindo acionar a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Na Lei 8080, no Capítulo IV, Seção I, o Artigo 15, no seu item XIII estabelece que dentre as atribuições comuns da União, Estados, Distrito Federal e encontra-se *“XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá*

requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;”⁴¹. O primeiro caso confirmado foi em São Paulo, em 26 de fevereiro, sendo em 5 de março registrada a primeira transmissão interna no país e em 20 de março declarada transmissão comunitária no país.

Esta cronologia, que tem início em 27 de janeiro de 2020, quando o Brasil teve o primeiro caso suspeito e passou para o Nível de Resposta de Perigo Iminente, e considerando a situação que países como China e Irã já vinham vivenciando e os primeiros casos confirmados na Itália e Espanha no final de janeiro, podemos considerar que um conjunto de medidas dos governos estaduais, na perspectiva de uma gestão prospectiva dos riscos, já poderiam estar sendo implementadas em fevereiro de 2020. Mas para isto temos que considerar alguns aspectos contextuais que contribuirão para compreender melhor.

Primeiro, apesar dos conhecimentos que vinham sendo acumulados a partir das situações na China, Espanha e Itália, ainda pairavam muitas incertezas sobre a COVID-19 e que ainda permanecem, como taxas de mortalidade e letalidade, infectividade e transmissibilidade, período de incubação e início dos sintomas, proporção da doença com casos subclínicos (com cerca de 80% assintomáticos ou levemente sintomáticos) e evolução da doença nos diferentes contextos sociais^{14, 42}. O segundo aspecto, é que as formulações de como melhor se organizar a gestão e o sistema de saúde para o enfrentamento desta pandemia com suas especificidades diante de outras emergências em saúde públicas vem se dando durante sua evolução. Um exemplo disto é que as principais publicações da OMS sistematizando proposições para a organização e gestão dos sistemas de saúde passam a se tornar disponíveis entre a segunda quinzena de março e a primeira quinzena de abril de 2020. O documento da OMS *Ações críticas de preparação, prontidão e resposta para o COVID-19*⁴³, publicado em 19 de março é um exemplo disto. Neste documento encontram-se sistematizados quatro cenários de transmissão possíveis, desde da ausência de casos até o de transmissão comunitária, conforme podemos ver na tradução apresentada no **Quadro 12**. A este documento se soma como exemplo o que serviu de referência para a tradução presente no **Quadro 11**, *Fortalecimento da resposta do sistema de saúde para a COVID-19*³⁹, publicado em 1 de abril.

Quadro 12: Medidas de intervenções de saúde pública a partir dos cenários de transmissão observados (continua 1)

	SEM CASOS	CASOS ESPORÁDICOS	AGREGADO DE CASOS	TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA
CENÁRIO DE TRANSMISSÃO	Não há casos relatados	Um ou mais casos, importados ou localmente adquiridos.	A maioria dos casos de transmissão local ligada às cadeias de transmissão existentes.	Surtos com incapacidade de relacionar casos com cadeias de transmissão para grande maioria ou aumento do número de testes positivos através de amostras sentinela (rotina sistemática de testagem em laboratórios estabelecidos).
OBJETIVO	Evitar a propagação	Rastrear e Suprimir a transmissão	Contingenciar e suprimir a transmissão	Diminuir transmissão, e número de casos; suprimir a transmissão
ÁREA PRIORITÁRIA DE ATUAÇÃO				
MECANISMOS DE RESPOSTA A EMERGÊNCIA	Ativar plano de contingência e mecanismos de primeira resposta	Elevar os mecanismos de resposta a emergência	Ampliar os mecanismos de resposta a emergência	Ampliar os mecanismos de resposta a emergência
COMUNICAÇÃO DE RISCO E INFORMAÇÃO À POPULAÇÃO	Educação e comunicação ativa com o público através de estratégias de comunicação de riscos de engajamento do público			
BUSCA ATIVA DE CASOS, RASTREAMENTO DE CONTATOS E GESTÃO	Conduzir busca ativa de casos, rastreamento e monitoramento de contatos; quarentena de contatos e isolamento de casos.	Fortalecer busca ativa de casos, rastreamento e monitoramento de contatos; quarentena de contatos e isolamento de casos.	Intensificar busca ativa de casos, rastreamento e monitoramento de contatos; quarentena de contatos e isolamento de casos.	Continuar a busca ativa de casos, rastreamento de contatos sempre que possível, especialmente em áreas infectadas recentemente; quarentena de contatos e isolamento de casos; aplicar o auto isolamento para indivíduos sintomáticos.
VIGILÂNCIA	Considerar testagem para COVID-19 usando os sistemas existentes de vigilância de doenças respiratórias e vigilância hospitalar.	Implementar testagem para COVID-19 usando os sistemas existentes de vigilância de doenças respiratórias e vigilância hospitalar.	Expandir testagem para COVID-19 usando os sistemas existentes de vigilância de doenças respiratórias e vigilância hospitalar.	Adaptar os sistemas de vigilância existentes para monitorar a atividade da doença (por exemplo, nas áreas sentinelas).
MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA	Higiene das mãos, etiqueta respiratório e práticas de distanciamento social			
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO (PCI)	Treinar trabalhadores em prevenção e controle de infecções (PCI) e manejo clínico específico para COVID-19.	Treinar trabalhadores em prevenção e controle de infecções (PCI) e manejo clínico específico para COVID-19.	Treinar trabalhadores em prevenção e controle de infecções (PCI) e manejo clínico específico para COVID-19.	Retreinar trabalhadores em prevenção e controle de infecções (PCI) e manejo clínico específico para COVID-19.
ATENÇÃO EM SAÚDE	Preparar para o aumento de necessidades das unidades de saúde, incluindo suporte respiratório e EPI.	Preparar para o aumento de necessidades das unidades de saúde, incluindo suporte respiratório e EPI.	Organizar o atendimento domiciliar em casos leves, se os sistemas de saúde estiverem sobrecarregados, e identificar sistemas de referenciamento para grupos de alto risco.	Implementar planos para aumento das instalações de saúde.

Fonte: WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. 19 March 2020.

Quadro 12: Medidas de intervenções de saúde pública a partir dos cenários de transmissão observados (continua 2)

	SEM CASOS	CASOS ESPORÁDICOS	AGREGADOS DE CASOS	TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA
REDE LABORATORIAL	<p>Testar todos os indivíduos que atendem à definição de caso suspeito.</p> <p>Testar um subconjunto de amostras da vigilância para Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) / Infecções Respiratórias Agudas (IRA) para COVID-19.</p> <p>Testar pacientes que apresentem manifestações clínicas inesperadas ou um grupo demográfico que apresente aumento nas internações hospitalares que podem ser casos da COVID-19</p>	<p>Testar todos os indivíduos que atendem à definição de caso suspeito.</p> <p>Considerar a investigação de casos e agregados da COVID-19</p> <p>Manejo clínico de SRAG quando houver suspeita de COVID-19</p> <p>Vigilância de SRAGs / IRAs para COVID-19 e sistema de registro tendo como referência as considerações operacionais do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (Global Influenza Surveillance and Response System - GISRS)</p>	<p>Testar todos os indivíduos que atendem à definição de caso suspeito.</p> <p>Considerar a investigação de casos e agregados da COVID-19</p> <p>Manejo clínico de SRAG quando houver suspeita de COVID-19</p> <p>Vigilância de SRAGs / IRAs para COVID-19 e sistema de registro tendo como referência as considerações operacionais do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (Global Influenza Surveillance and Response System - GISRS)</p>	<p>Se a capacidade de diagnóstico for insuficiente, implementar testes e medidas prioritizadas que possam reduzir a disseminação (por exemplo, isolamento), incluindo testes prioritários de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pessoas em risco de desenvolver doenças graves e populações vulneráveis, que exigirão hospitalização e cuidados avançados para o COVID-19 • profissionais de saúde sintomáticos (incluindo os de serviços de emergência e equipe não clínica), independentemente de serem contatos de um caso confirmado (para proteger os profissionais de saúde e reduzir o risco de transmissão hospitalar) • os primeiros indivíduos sintomáticos em um ambiente fechado (por exemplo, escolas, instalações de longa permanência, prisões, hospitais) para rapidamente identificar surtos e garantir medidas de contenção
MANEJO ESTRATÉGICO DE CASOS	<p>Estabelecer protocolos de triagem em todos os pontos de acesso ao sistema de saúde.</p> <p>Preparar para tratar pacientes afetados por COVID-19.</p> <p>Estabelecer linhas telefônicas diretas para COVID-19 e sistema de referenciamento.</p> <p>Preparar hospitais prontos para aumento potencial.</p>	<p>Avaliação e triagem de pacientes em todos os pontos de acesso ao sistema de saúde.</p> <p>Cuidar de todos os pacientes suspeitos e confirmados de acordo com a gravidade da doença e as necessidades de cuidados em casos severos.</p> <p>Hospitais prontos para aumento das necessidades.</p> <p>Comunidades prontas para aumento de necessidades, inclusive através da implementação de instalações comunitárias para isolamento de casos leves/moderados.</p>	<p>Avaliação e triagem de pacientes em todos os pontos de acesso ao sistema de saúde.</p> <p>Cuidar de todos os pacientes suspeitos e confirmados de acordo com a gravidade da doença e as necessidades de cuidados em casos severos.</p> <p>Ativar os planos para aumento das instalações de saúde.</p>	<p>Avaliação e triagem de pacientes em todos os pontos de acesso ao sistema de saúde.</p> <p>Cuidar de todos os pacientes suspeitos e confirmados de acordo com a gravidade da doença e as necessidades de cuidados em casos severos.</p> <p>Ampliar os planos para aumento das instalações de saúde e instalações comunitárias <i>ad-hoc</i>, incluindo a melhoria do sistema de referenciamento para COVID-19.</p>

Fonte: WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. 19 March 2020.

Quadro 12: Medidas de intervenções de saúde pública a partir dos cenários de transmissão observados (conclusão)

	SEM CASOS	CASOS ESPORÁDICOS	AGREGADOS DE CASOS	TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA
RECOMEN-DAÇÕES PARA MANEJO DE CASOS POR GRAVIDADE E FATORES DE RISCO	Testar casos suspeitos de COVID-19 de acordo com a estratégia de diagnóstico Casos leves e moderados sem fatores de risco: Isolamento / coorte em: <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de saúde, se os recursos permitirem; • Instalações comunitárias (ou seja, estádios, ginásios, hotéis) com acesso a aconselhamento rápido sobre saúde (ou seja, posto de saúde designado adjacente ao COVID-19, telemedicina); • Auto isolamento em casa, de acordo com as orientações da OMS. Para casos moderados com fatores de risco e todos os casos graves/críticos: Hospitalização (tratamento hospitalar), com isolamento e coorte apropriados.			

Fonte: WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. 19 March 2020.

No final de fevereiro ocorreu o carnaval, que trouxe milhares de turistas estrangeiros para o país e de pessoas para as ruas de grandes cidades, como São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Recife, com grande fluxo de viagens interestaduais e intermunicipais. Neste contexto, medidas de distanciamento não estavam sendo colocadas na agenda pelos governos estaduais e governo federal. O Boletim Epidemiológico nº 3, de 21 de fevereiro e o nº 4, de 4 de março, tinham como temas centrais aspectos diretamente relacionados a vigilância em saúde, como situação epidemiológica no Mundo e no Brasil, a transmissão local, as características da doença (modo de transmissão, período de incubação, transmissibilidade, suscetibilidade, imunidade, manifestações clínicas), definição de caso e validação de resultados de laboratório, entre outros.

Uma gestão de riscos, com características de uma gestão reativa de riscos, teve início a partir do final da primeira quinzena de março de 2020. Como em outras emergências em saúde pública anteriores, a SARS por exemplo, na ausência de medidas farmacológicas, como vacinas e antivirais, foram implementadas, principalmente na China, no mês de janeiro, e depois ampliada para outros países, como Itália e Espanha, medidas não-farmacológicas e tradicionais de saúde pública. Seus objetivos eram impedir a propagação da doença e interromper a transmissão, tendo sido adotado o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e a contenção comunitária. Wilder-Smith e col⁴² descrevem detalhadamente estas medidas, as quais reproduzimos no **Quadro 13**. Para estes autores, estas medidas, apesar de importantes, podem não ser suficientes para a COVID-19, que tem grande número de pessoas levemente sintomáticas ou assintomáticas, ao contrário da SARS, em que a grande maioria dos pacientes eram sintomáticos.

Quadro 13: Intervenções não farmacológicas em Saúde Pública para controlar surtos de doenças infecciosas

	DEFINIÇÃO	OBJETIVO	CENÁRIO	DESAFIOS	OBSERVAÇÕES
ISOLAMENTO	Separação de pessoas acometidas com doenças contagiosas de pessoas não infectadas	Interromper a transmissão para pessoas não infectadas	Eficaz para doenças infecciosas com alto grau de transmissibilidade de pessoa para pessoa, nas quais o pico de transmissão ocorre quando os pacientes apresentam sintomas	A detecção precoce de casos é primordial	Altamente ineficaz para doenças infecciosas nas quais as fases assintomáticas ou pré-sintomáticas contribuem para a transmissão
QUARENTENA	Restrição de pessoas que presumidamente foram expostas a uma doença contagiosa, porém não identificados como doentes, por não terem sido infectadas ou pelo agente etiológico estar em período de incubação	Reduzir o potencial de transmissão de pessoas expostas antes que os sintomas ocorram	A quarentena é mais bem sucedida nas situações em que a detecção de casos é rápida e os contatos podem ser identificados dentro de um curto prazo, com pronta emissão de quarentena	Pessoas em quarentena precisarão de suporte psicológico, alimentos, água, casa e suprimentos médicos	Compensação financeira para dias de trabalho perdidos devem ser considerados. A condição voluntária é preferível à quarentena obrigatória, mas deve se considerar um reforço legal, caso as violações de quarentena ocorram frequentemente
CONTENÇÃO COMUNITÁRIA (MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL)	Intervenções aplicadas a toda uma comunidade, cidade ou região, projetada para reduzir interações entre pessoas e movimentações. O alcance de tais intervenções de distanciamento social (como o cancelamento de eventos públicos, fechamento de escolas, teletrabalho) integra desde o uso de máscaras por toda uma comunidade, até o bloqueio total de cidades inteiras, ou áreas (cordão sanitário)	Reduzir a aglomeração entre pessoas infectadas não identificadas e membros da comunidade não infectados	Distanciamento social é particularmente útil em configurações em que a transmissão comunitária é substancial	Princípios éticos e condutas são necessários para guiar as medidas de distanciamento social. Uma política de contenção comunitária para proteger a saúde da população é potencialmente conflitante com os direitos individuais de liberdade e autodeterminação	O reforço legal é necessário em grande parte dos cenários. Portanto, tais intervenções restritivas devem ser limitadas a situação de risco real para a comunidade

Fonte: Wilder-Smith e col, 2020

Sendo o objetivo do conjunto de medidas de coordenação reduzir a transmissão e achatando a curva epidêmica, de modo a ganhar mais tempo para a preparação e organização do sistema de saúde, torna-se fundamental a inclusão no mais alto nível dos governos de uma gestão que inclua as ações de vigilância em saúde, como parte das

ações de inteligência em saúde pública, bem como das ações de atenção em saúde (atenção básica, atenção hospitalar, urgências e emergências) de modo simultâneo e articulado. Assim, mesmo que previstas medidas administrativas e de gestão, envolvendo desde quadro de profissionais de saúde, requisição de bens, medidas financeiras e contratuais para equipar os serviços de saúde, renovação automática alvarás de prevenção e proteção contra incêndios, não se pode desconsiderar a possibilidade de sobreposições de riscos (incêndios, desastres e outras emergências em saúde pública) que algumas destas medidas trazem consigo ao serem organizadas de modo reativo e não prospectivo.

Uma matéria da revista *Época* denominada *“Incêndios atingem mais de dez hospitais no país apenas em 2019 - frequência de registros sinaliza vulnerabilidade de unidades públicas e privadas”*⁴⁴ apontava no final do ano passado para um problema regular na prevenção e proteção de incêndios em hospitais, como também nos relembra o caso do Hospital Badin, que em um incêndio em setembro de 2019, resultou em mais de 20 óbitos⁴⁵. Deste modo, não se pode deixar de considerar que a renovação automática de alvarás de Prevenção e Proteção Contra Incêndios é também uma medida administrativa que traz o risco de trazer outros problemas durante uma pandemia, como os de incêndios em hospitais.

Outro aspecto a ser considerado é a ausência de transparência nos gastos com a pandemia, contrariando a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dentre o conjunto de medidas a lei incluiu a dispensa de licitação para compras e contratações, exigindo transparência nas mesmas. No final de abril, a Folha de São Paulo destacava no título de uma matéria que *“Estados mais afetados, como SP e RJ, são menos transparentes em gastos com pandemia”*⁴⁶ apontando que oito das 27 UFs não disponibilizavam informações de modo claro e transparente. Neste aspecto, não podemos deixar de lembrar que a corrupção tanto está na origem de alguns desastres, como os que envolveram barragens de mineração, como também nas respostas aos mesmos se tomamos como exemplo o que ocorreu na Região Serrana após o evento de 2011.

Por fim, medidas de organização e gestão na pandemia enfrentam barreiras históricas como as relacionadas ao subfinanciamento de décadas e a desestruturação do SUS que vem avançando nos últimos anos, prejudicando, assim como na Espanha, a resiliência do sistema de saúde e sua capacidade de responder aos problemas e necessidades colocados pela Pandemia¹⁰. O mesmo problema atinge também toda a estrutura de Proteção e Defesa Civil, conforme apontado em matéria da Folha de São Paulo de 20 de janeiro de 2020: *“Gasto do governo federal com prevenção de desastres é o menor em 11 anos - Menos de um terço dos recursos previstos foi usado em 2019”*⁴⁷.

4.2. Medidas de Vigilância em Saúde, Informação e Comunicação

No universo das medidas de saúde apresentado no **Gráfico 5**, as medidas relacionadas a Vigilância em Saúde representaram 1/3 do total. Conforme podemos verificar no **Quadro 14**, oito UFs não incluíram medidas de vigilância em saúde: AM, AP, ES, GO, MG, RO, SP e TO.

Quadro 14: Medidas de Vigilância em Saúde – setor saúde

MEDIDAS SETOR SAÚDE		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PE	PI	PR	RN	RR	RS	SC	SE	SP	TO	TOTAL	% DE UFs QUE ADOTARAM ESTA MEDIDA	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA INTERROMPER A CEEDE DE TRANSMISSÃO DO VÍRUS	1	1			1	1	3			1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	64	
	IMUNIZAÇÃO EM MASSA	1	1			1	1	3								1						1				1	24	
	TESTAGEM COMPULSÓRIA	1	1			1	1	1								1						1	1			1	25	
	ACESSO A INFORMAÇÃO DE FORMA COMPULSÓRIA	1					1						1														1	7
	CAPACITAÇÃO E HABILITAÇÃO DE LABORATÓRIO																1										1	4
	EMPREGO DA FORÇA POLICIAL SANITÁRIA QUANDO NECESSÁRIO						1							1					1	1	1	1		1	1	1	1	11
SUBTOTAL		1	4	2	0	3	4	6	0	1	1	2	2	1	1	4	1	3	2	2	2	2	4	3	3	41		

No que se refere ao universo específico das medidas de vigilância em saúde, quase 2/3 das UFs adotaram medidas específicas para impedir a propagação e interromper a transmissão da doença, sendo identificadas nos decretos como “isolamento”, “quarentena”, “triagem de passageiros oriundos de localidade onde ocorre transmissão comunitária”. Para outras medidas, 29% das UFs incluíram medidas relacionadas a testagem compulsória, 25% à imunização em massa, 11% envolvendo a permissão do emprego da força policial sanitária quando necessário, 7% relacionadas ao acesso aos registros e informações de forma compulsória, o que significa que todos os hospitais, públicos ou privados, deveriam informar diariamente às secretarias estaduais os dados sobre internações de casos suspeitos e confirmados da doença. Embora os testes sejam fundamentais para a vigilância em saúde, somente 4% adotaram incluíram medidas relacionadas a capacitação e habilitação de laboratórios.

Mapa 10: Medidas de Vigilância em Saúde – setor saúde



O **Mapa 10** ilustra a quantidade de medidas de vigilância em saúde incluídas por cada UF. Como podemos observar, UFs como AL, CE, DF e PR adotaram o maior número de medidas desta categoria, seguido por AC, BA, SE e SC.

Ainda que as medidas para impedir a propagação da doença e interromper a sua transmissão tenham predominado, é bastante preocupante que somente o estado do PR tenha incluído medidas voltadas para capacitação e habilitação de laboratórios. A ampliação da rede laboratorial, com o aumento das capacidades de testes rápidos, bem como das capacidades de rastreamento de contatos e de busca ativa de casos suspeitos de COVID-19 nos pontos acesso ao sistema de saúde é um aspecto fundamental tanto para o controle da pandemia, bem como a produção de evidências sobre intervenções não farmacológicas e orientação para a saúde e outros setores sobre seus papéis na resposta.

No mês de março, quando os decretos foram publicados, já era evidente a velocidade e a escala da propagação da COVID-19, contrastando com a realidade do país envolvendo o baixo número de testes realizados, bem como o longo tempo necessário para se obter os resultados dos mesmos, dificultando estimativas reais do número de casos, constituindo um cenário de subnotificação. Batista e col.⁴⁸, em Nota Técnica publicada em 21 de março, apontaram para o problema relacionado ao elevado grau de subnotificação, tendo como resultado: 1) sugerir uma falsa ideia de que a doença estava sob controle, considerando que ainda não havia óbitos neste período, afetando, como ocorreu, a implementação das medidas de distanciamento social; 2) limitar a adoção das medidas de isolamento dos indivíduos com a doença e de quarentena dos presumidamente expostos e suspeitos de infecção; 3) limitar as capacidades de avaliação da necessidade de recursos hospitalares (leitos de UTI, ventilação mecânica, etc.).

Como podemos observar, uma vigilância em saúde bem estruturada é fundamental para produzir informações para prevenção e o controle das doenças, produzindo e divulgando boletins regulares sobre evolução e quadro atual da pandemia (o que tem sido feito através da elaboração e divulgação de Boletins Epidemiológicos no governo federal e governos estaduais), bem como desenvolvimento de estratégias de comunicação para a população e com os demais setores da sociedade.

Como pode ser visto no **Quadro 15** medidas de informação e comunicação do setor saúde foram implementadas por nove UFs, predominando as relacionadas a emissão de Boletim Epidemiológico em seis e com as medidas de promoção em saúde visando a educação e sensibilização da população em apenas quatro.

Quadro 15: Medidas de Informação e Comunicação – setor saúde

MEDIDAS SETOR SAÚDE		QUADRO 15: MEDIDAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO – "SETOR SAÚDE"																										% DE UFs QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA			
		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	PR	RS	RJ	RN	RR	SC	SP	SE	TO		TOCMA		
informação e comunicação	BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO	1					1	1			1		1																1	6	21
	PROMOÇÃO EM SAÚDE, VISANDO A EDUCAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO				1	1			1															1					1	4	
	SUBTOTAL	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	12	

Mapa 11: Medidas de Informação e Comunicação – setor saúde



O **Mapa 11** ilustra a quantidade de medidas de informação e comunicação adotadas por cada estado, demonstrando que apenas o CE adotou as duas medidas identificadas nos decretos para esta categoria. Vale observar que a grande maioria das UFs não adotou nenhuma medida desta categoria.

Nos documentos da OMS relacionados a atualização estratégica para enfrentamento da COVID-19¹² como de ações para a preparação, prontidão e resposta para a pandemia⁴³, o tema das informações e comunicação tem destaque especial. Nestes documentos dois aspectos emergem: primeiro a batalha contra informações enganosas, ambíguas e falsas, o que exige a produção de informações sobre a realidade do país, bem como as decisões sobre as medidas terem sempre como base informações científicas atualizadas; segundo, a relação entre estratégias de comunicação e educação ativas envolvendo o engajamento público como fundamentais para as medidas que tem como objetivo interromper a transmissão, como o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e a contenção da transmissão comunitária.

4.3. Medidas de Atenção à Saúde

Dentre as medidas para enfrentamento da Pandemia, encontra-se o desafio de tanto preparar todo o sistema de saúde para os cuidados e atenção aos pacientes com COVID-19, sem deixar de cuidar e dar atenção aos outros problemas e necessidades de saúde que não deixam de ocorrer, como as doenças crônicas e acidentes, por exemplo. Considerando os desafios que a pandemia coloca para os serviços de saúde, no dia 13 de março o Governo Federal publicou a Medida Provisória 924 de 13 de março de 2020,

abrindo um crédito extraordinário de mais de 5 bilhões de reais, com foco na Atenção Especializada e na Atenção Primária em Saúde.

Conforme pode-se verificar no **Quadro 16**, três estados incluíram medidas para garantir a continuidade de serviços, evitando aglomerações nos estabelecimentos de saúde, e apenas um adotou medidas para garantir o acesso a medicamentos de uso contínuo.

Quadro 16: Medidas da Atenção Primária – setor saúde

MEDICAMENTO SAÚDE		QUADRO 16: MEDIDAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – "SETOR SAÚDE"																										N. DE UN. QUE ADOPTARAM ESTA MEDIDA
		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PE	PI	PR	RN	RR	RO	RS	SC	SP	TO	TOTAL		
Atenção Primária	MEDIDAS PARA GARANTIR SERVIÇOS ENTENDIDOS								1		1			1												4	11	
	MEDIDAS PARA GARANTIR O ACESSO A MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO														1											1	4	
TOTAL		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		

As medidas e ações de saúde relacionadas à Atenção Primária são as que se encontram no âmbito individual e coletivo, que abrange ações, de acordo com os preceitos do SUS, de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ao analisarmos as medidas presentes nos decretos estaduais, é possível identificar medidas transversais com outros setores, tais como a imunização para os grupos vulneráveis, e a regulação entre os centros de referências da Assistência Social – abrigos e instituições de longa permanência. Assim, chama a atenção que somente três estados tenham incluído medidas relacionadas à Atenção Primária, conforme podemos verificar no **Mapa 12**.

Mapa 12: Medidas da Atenção Primária – setor saúde



No sistema de saúde brasileiro a Atenção Básica, incorporada na Atenção Primária, é um segmento estratégico na territorialização da saúde através da adoção de protocolos de agendamento e triagem rápida para consultas em ambulatorios de especialidades, além de ampliação do prazo de prescrições de uso contínuo, visando uma diminuição do fluxo nas unidades de atenção primária e garantindo a manutenção do tratamento de pessoas com condições crônicas de saúde, atuando como uma porta de entrada ao sistema. Nessa perspectiva, em março o MS publicou o *“Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde”* ⁴⁹.

Sem deixar de reconhecer a importância da Atenção Primária em Saúde (APS), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) enviou ao MS recomendações por meio do Ofício nº19/2020, de 1 de abril⁵⁰, chamando atenção sobre os riscos implicados na implementação do Protocolo, tendo em vista os riscos ocupacionais e a sobrecarga dos profissionais alocados na APS, sendo essencial a garantia de condições de trabalho e de atendimento que preservem a saúde dos profissionais e que ao mesmo tempo garantam acompanhamento e atendimento da população exposta.

No **Quadro 17**, das medidas identificadas na categoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, quase 1/3 dos estados adotou aquelas destinadas a agilizar o tratamento de pacientes com COVID-19 e 18% adotaram medidas para organização de visitas a pacientes para evitar aglomeração e contágio nos ambientes de urgência e emergência, seguindo a mesma direção das medidas que tem como objetivo conter a transmissão.

Quadro 17: Medidas da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – setor saúde

MEDIDAS SETOR SAÚDE		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO	TOTAL	% DE UFs QUE ADOTARAM ESTA MEDIDA
ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	MEDIDAS PARA AGILIZAR O TRATAMENTO DE PACIENTES COM COVID-19	1	1			1	1	1	1								1		1							1	1		10	37
	MEDIDAS DE ORGANIZAÇÃO DE VISITAS A PACIENTES PARA EVITAR AGLOMERAÇÃO E CONTÁGIO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA									1	1		1			1				1									5	18
	SUBTOTAL	1	1	0	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	15	

Ao analisarmos o conjunto de medidas instituídas nos estados é possível identificar medidas que organizam os fluxos de atendimento de maneira a garantir atendimento rápido e direcionamento de demandas para os serviços de atenção hospitalar.

Mapa 13: Medidas da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – setor saúde



Considerando a grande demanda e o risco de colapso nos sistemas de saúde, torna-se essencial que esses fluxos de atendimento sejam bem estabelecidos para que tanto a capacidade de atendimento da rede local seja adequada, quanto para que os atendimentos sejam feitos de maneira oportuna e hábil. Pode se considerar que a intenção destas medidas aponte para esta direção, mas como ilustrado no **Mapa 13**, foram poucos os estados que incluíram medidas desta categoria, tendo apenas o RJ e GO adotado ambas as medidas 5 identificadas.

Por fim, como pode se ver no **Quadro 18**, medidas específicas para exumação, necrópsia, cremação e manejo de cadáver, foram adotadas por sete estados.

Quadro 18: Medidas de Manejo de Cadáver – setor saúde

MEDIDAS SETOR SAÚDE		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO	TOTAL	% DE UFs QUE ADOTARAM ESTA MEDIDA
MANEJO DE CADÁVER	DIRETRIZES ESPECÍFICAS PARA EXUMAÇÃO, NECRÓPSIA, CREMAÇÃO E MANEJO DE CADÁVER	1	1			1	1	1																1		1		7	26

No estudo realizado por Martinez e col. “*Estimativas do impacto da Covid-19 na mortalidade no Brasil*”⁵¹, os autores calcularam óbitos esperados no Brasil tendo como referência as taxas de letalidade de casos na China e na Itália, assumindo taxas de infecção em cenários de 25% e 50% na população total, adotando dados demográficos nacionais e estaduais de acordo com a composição etária. As estimativas oscilaram entre 600 mil e 2 milhões de óbitos.

Mapa 14: Medidas de Manejo de Cadáver – setor saúde



O **Mapa 14** nos ilustra que apenas o AC, AL, BA, CE, ES, SC e SE adotaram esta medida para o enfrentamento do COVID-19.

Atualmente, segundo a OMS¹² a letalidade bruta causada pela COVID-19 é, em média, maior que 3%, a depender do país analisado, aumentando para cerca de 15% em pacientes com mais de 80 anos de idade.

Nesse sentido é esperado que o aumento do número de casos de óbitos na população em um curto espaço de tempo, especialmente em idosos e nos grupos que apresentam fatores de risco adicionais a saúde, como as comorbidades. O manejo dos cadáveres se tornou uma grande preocupação, em razão da incapacidade dos serviços locais para atender à demanda e do risco de transmissão de doenças que eles representam.

Segundo o Boletim Epidemiológico nº 13 do MS ⁵², publicado em 20 de abril, os cinco estados que apresentam maior coeficiente de mortalidade por COVID-19 eram AM (n=45), PE (n=24), RJ (n=24), SP (n=23) e CE (n=22). Em 26 de abril o total de óbitos no país era de 4.200, sendo que destes os cinco estados com maior número foram SP com 1.700, RJ com 645, CE com 327, PE com 415 e AM com 304. Com exceção do CE, nenhuma das UFs com os maiores coeficientes de mortalidade e número absoluto de óbitos incluiu o manejo de cadáveres entre seus primeiros decretos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No dia 25 de março, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou uma “*Nota de Posicionamento sobre a pandemia de COVID-19 e medidas de isolamento social*”. Conforme registrado no documento do CONASEMS⁵³:

“O discurso do presidente da república, nesta terça-feira, (24), absolutamente não representa os municípios brasileiros, como já se pronunciaram entidades de prefeitos. As declarações presidenciais colocam prefeitos e governadores como tomadores de decisões exageradas, ao passo que todas as medidas foram tomadas seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), além de colocar em risco a saúde de toda a população brasileira.

Além disso, o pronunciamento do Presidente da República desconsidera os imensos esforços da sociedade civil em manter distanciamento social, fechar estabelecimentos comerciais e serviços desacelerando a economia, tudo em defesa da vida, que é o bem maior de uma nação.”

(...)

“Os espaços de governança do SUS precisam de estabilidade e planejamento para o aprimoramento da relação interfederativa no seu desempenho para enfrentar esta pandemia. Estes espaços devem ampliar seu papel na organização, monitoramento e articulação para garantia da integralidade regional, com equidade e respeito aos princípios do SUS.”

Esta nota evidencia um contexto e nível de conflitos políticos durante a Pandemia, com a Presidência da República protagonizando discursos e ações incongruentes com o recomendado pela OMS e o próprio MS dentro do governo, e, ao mesmo tempo, produzindo muita instabilidade política, social e econômica. Tais níveis de incongruências e instabilidades resultaram no pedido de demissão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, em 16 de abril.

A congruência nas medidas e ações dos governos, bem como a estabilidade política dentro dos princípios de uma sociedade democrática constituem pré-requisitos para a gestão e a governança no contexto de uma Pandemia como a que estamos vivendo. Ambas não vem sendo oferecidas pela Presidência da República, incapaz de liderar a governança para a resposta a Pandemia com base nas evidências científicas e na experiência de outros países no enfrentando dos riscos e impactos da Covid-19.

Um exemplo vem da União Europeia, que possui 27 estados membros e uma população de 493 milhões de pessoas. Considerando esta realidade bem mais diversa que a de nosso país (diferentes modelos de democracia, situação econômica, diversidade social e cultural, por exemplo) e com mais do que o dobro da população, tomamos como referência o documento do Conselho Europeu para Governança Democrática e COVID-19⁵⁴ para refletir e propor caminhos para a nossa realidade. Uma realidade que, dentro dos princípios democráticos, exige que as iniciativas para as medidas e ações, como decretos por exemplo, considerem desde o início as necessidades de coordenação e cooperação vertical e horizontal entre os diferentes

níveis de governo e setores envolvidos na resposta, a participação ativa da sociedade civil, assim como o papel e a responsabilidade das autoridades locais no combate às emergências e na garantia da prestação de serviços essenciais, como bem expresso na nota do CONASEMS. Acreditamos que se o caminho que combina governança democrática, evidências científicas e experiências de outros países tivesse sido adotado como critério para a proteção da saúde da população, situações dramáticas como as vivenciadas na Itália, Espanha, França poderiam ter sido evitadas na Europa, bem como nos EUA e Reino Unido.

É não só desejável, mas absolutamente possível e necessário que o enfrentamento da COVID-19 seja norteado pelos princípios fundamentais da democracia e em conformidade com os padrões de boa governança, que envolve desde os que permeiam a gestão em sociedades democráticas (responsividade com eficiência e eficácia; transparência nas decisões e gestão, sustentabilidade e orientação a longo prazo, gestão financeira com prestação de contas para a sociedade), como também os que fortalecem os valores de uma democracia (participação e representação, direitos humanos, diversidade cultural e coesão social, conduta ética)⁵⁴. E, em nossa realidade, estes princípios devem considerar tanto a heterogeneidade e desigualdade social existente entre os estados e regiões do país (demandando mais ainda coordenação e cooperação vertical e horizontal entre os diferentes níveis de governo e setores envolvidos na resposta), como também as especificidades e vulnerabilidades de grandes contingentes populacionais em seus territórios e contextos (demandando ampliar a participação ativa da sociedade civil nas decisões e ações envolvendo as autoridades locais)

Temos 27 Unidades da Federação que enfrentam o desafio de responder à pandemia por COVID-19, com diferenças nas políticas de cada governo estadual e do DF, que se reproduzem também no nível municipal. No país e em cada UF, a resposta à COVID-19 exige o envolvimento, medidas e ações de todos os níveis de governo e de diferentes setores, além da Saúde Pública nas secretarias e estaduais e municipais de saúde, sendo um bom exemplo disto a mobilização dos governadores da Região Nordeste no sentido de organizar de modo colaborativo a resposta à Pandemia nos seus estados. Exige também uma ampla participação da sociedade que vem se mobilizando, a exemplo de iniciativas como as dos movimentos de favelas cariocas que produziu o *“Plano de Ação Covid nas Favelas do Rio de Janeiro: uma catástrofe a ser evitada”*, com ato e entrega aos gestores estaduais e municipais de saúde e de outros setores, sendo o resultando de um amplo leque de iniciativas de movimentos sociais nas periferias e favelas do país⁵⁵.

A gestão de riscos e a governança necessária para o enfrentamento desta Pandemia, para que não se transforme em uma catástrofe e crise humanitária, deve ter como eixo organizador das medidas e ações o projeto de nação presente na Constituição Federal de 1988, que tem seus compromissos pautados na cidadania e na dignidade humana como fundamentos do Estado Democrático de Direito. Este compromisso tem como objetivos fundamentais uma *“sociedade justa e solidária”* e *“um desenvolvimento nacional combinado com erradicação da pobreza, redução das desigualdades sociais e promoção do bem de todos”*. É deste compromisso e objetivos que nasce e se estrutura o SUS, como sistema de saúde de acesso para todos pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Essa não é a primeira nem será a última Pandemia, e temos cada vez mais claros os caminhos para lidar com esses desafios sem deixar de se guiar pelos compromissos, valores e princípios de uma sociedade justa, solidária e democrática que devem orientar a gestão e a governança para enfrentamento da COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812 (acessado em 18/Mar/2020).
- 2- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Terminology. UNDRR, 2020. Disponível em: <https://www.undrr.org/terminology> (acessado em 18/Mar/2020).
- 3- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Prevention saves lives! Covid-19 key messages and communication campaign. UNDRR, 2020. Disponível em: <http://www.irdrinternational.org/2020/04/10/undrr-initial-covid-19-engagement-strategy-and-communication-campaign/> (acessado em 1/Abr/2020).
- 4- Lucchini RG, Dana H, Sushma A e col. Comparative assessment of major international disasters: the need for exposure assessment, systematic emergency preparedness, and lifetime health care. BMC Public Health 2017; 7 jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219808/>
- 5- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. UNDRR, 2015. Disponível em: <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
- 6- Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
- 7- World Health Organization. International Health Regulations (2005) - Third edition. WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>
- 8- De Marchi B, Ravetz J. Risk management and governance: a post-normal science approach. 1999. *Futures* 31: 743–757.
- 9- Polato A, Muraro C. 1 mês de coronavírus no Brasil: compare a situação do país com China, Itália, EUA e Coreia do Sul no mesmo período da epidemia. G1. 2020; 23 mar. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/26/1-mes-de-coronavirus-no-brasil-compare-a-situacao-do-pais-com-china-italia-eua-e-coreia-do-sul-no-mesmo-periodo-da-epidemia.ghtml> (acessado em 1/Abr/2020).
- 10- Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos V e col. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health* 2020; 18 mar. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104264/>
- 11- Cornwall e col. The United States leads in coronavirus cases, but not pandemic response. *Science News Staff* 2020; 1 abr. Disponível em:

<https://www.sciencemag.org/news/2020/04/united-states-leads-coronavirus-cases-not-pandemic-response> (acessado em 1/Abr/2020).

12- World Health Organization. Covid-19 Strategy Update. WHO: Geneva 2020a; 14 abr. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-strategy-update---14-april-2020>

13- Flahault A. Covid-19 cacophony: is there any orchestra conductor? The Lancet 2020; 18 mar. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30491-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30491-8/fulltext)

14- Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D e col. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? The Lancet 2020; 21 mar. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext)

15- ECDC. Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update. ECDC: Stockholm, 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>

16- Koo JR e, Cook AR, Park M e col. Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: a modelling study. The Lancet Infectious Diseases 2020; 23 mar. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30162-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30162-6/fulltext#%20)

17- Bonduki N. Reduzindo a frota de ônibus, prefeitura agravou o risco de contaminação durante a semana crítica da pandemia. Folha de São Paulo 2020; 6 abr. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/nabil-bonduki/2020/04/reduzindo-a-frota-de-onibus-prefeitura-agravou-o-risco-de-contaminacao-durante-a-semana-critica-da-pandemia.shtml>

18- Teixeira M. Em derrota a Bolsonaro, Moraes decide que estados têm autonomia para impor isolamento social - Presidente vinha ameaçando editar medida para romper com decisão de estados e municípios. Folha de São Paulo; 8 abr 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/em-derrota-a-bolsonaro-moraes-decide-que-estados-tem-autonomia-para-impor-isolamento-social.shtml>

19- Madeiro C, Uchinaka F. Como estamos de isolamento? Dados fornecidos pela geolocalização de celulares mostram queda no número de pessoas em quarentena. UOL / Tilt 2020; 9 abr. Disponível em: <https://www.uol.com.br/tilt/reportagens-especiais/indice-de-isolamento-o-que-revelam-os-dados-de-celular-sobre-a-quarentena/#como-estamos-de-isolamento>

20- Google. COVID-19 Community Mobility Report. Google, 2020. Disponível em: <https://www.google.com/covid19/mobility/>

21- Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). Nota Pública da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC/MPF Acerca da Possibilidade de Transição do Regime de “Distanciamento Social Ampliado (DSA)” Para o “Distanciamento Social Seletivo (DSS)” - COVID-19. PFDC 2020; 11 abr. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pfdc/noticias/gestores-que-afrouxarem-distanciamento-social-sem-sistema-de-saude-preparado-para-pico-da-pandemia-podem-responder-por-improbabilidade-aponta-pfdc>

- 22- Brandão M. Governo do DF determina fechamento do comércio até 5 de abril - Estabelecimentos de saúde, supermercados e padarias ficam abertos. Agência Brasil 2020; 19 mar. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/governo-do-df-determina-fechamento-do-comercio-ate-5-de-abril>
- 23- Carvalho I. Ameaça de Doria e Witzel de prisão para manter quarentena é criticada por juristas - Para membro da OAB-SP, o medo do coronavírus "não pode ser o vetor para que se acabe com as liberdades". Brasil de Fato 2020; 16 abr. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/16/ameaca-de-doria-e-witzel-de-prisao-para-manter-quarentena-e-criticada-por-juristas>
- 24- Pagnan R. Polícia de SP é acionada a cada 1 minuto por conta de comércio aberto - PM atende mais de 1.100 ocorrências por dia no estado, em média, sobre locais que não cumprem decreto. Folha de São Paulo 2020; 15 abr. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/policia-de-sp-e-acionada-a-cada-1-minuto-por-conta-de-comercio-aberto.shtml>
- 25- World Health Organization. Technical brief - Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19. WHO: Geneva, 2020; 19 mar. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-covid-19>
- 26- Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento. Painel de Informações Sobre Saneamento. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/> (acessado em 10/Abr/2020).
- 27- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Favelas resistem e propõem desafios para urbanização. Agência IBGE Notícias 2018; 20 fev. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20080-favelas-resistem-e-propoem-desafios-para-urbanizacao>
- 28- Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. IPEA, 2016; out. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819
- 29- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. Agência IBGE Notícias 2019a; 6 nov. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>
- 30- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego cai para 11,8% com informalidade atingindo maior nível da série histórica. Agência IBGE Notícias 2019b; 27 set. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>
- 31- Rache B, Nunes L, Rocha R e col. Como Conter a Curva no Brasil? Onde a Epidemiologia e a Economia se Encontram. Nota Técnica n.4. IEPS 2020; 30 mar. Disponível em: <https://www.joserobertoafonso.com.br/como-conter-a-curva-no-brasil-rache-et-al/>

- 32- Letizing J. How COVID-19 is throttling vital migration flows. World Economic Forum 2020; 8 abr. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/covid-19-is-throttling-vital-migration-flows/>
- 33- Santirso J. Coreia do Sul: contra o coronavírus, tecnologia - As inovações do país asiático garantem a sua bem-sucedida campanha contra a epidemia de Covid-19. El País 2020; 15 mar. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-15/coreia-do-sul-contra-o-coronavirus-tecnologia.html>
- 34- Rodrigues RRN, Grisotti M. Comunicando sobre Zika: recomendações de prevenção em contextos de incertezas. Interface (Botucatu). 2019; 12 set. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100286&script=sci_abstract&tIng=pt
- 35- Parodi E e col. Special Report: Italy and South Korea virus outbreaks reveal disparity in deaths and tactics. Reuters World News. 2020;12 mar. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-response-specialre/special-report-italy-and-south-korea-virus-outbreaks-reveal-disparity-in-deaths-and-tactics-idUSKBN20Z27P>
- 36- Lazerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. Lancet Glob Health. 2020; 18 mar. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104294/>
- 37- Coronavírus: 4 fatores que explicam o impacto da covid-19 nos EUA, país com maior número de infectados e mortos. BBC News Brasil. 2020; 14 abr. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52280762>
- 38- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 1 - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Brasília: MS / Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020; 03 fev. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
- 39- World Health Organization. Strengthening the health system response to COVID-19 - Recommendations for the WHO European Region Policy brief (1 April 2020). WHO. Regional Office for Europe. 2020. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/436350/strengthening-health-system-response-COVID-19.pdf?ua=1
- 40- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 7 - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Brasília: MS / Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020; 06 abr. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06---BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>
- 41- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 42- Wilder-Smith A, Freedman DO. 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, 2020, 1–4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107565/>
- 43- World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: WHO. 2020a; 22 mar. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
- 44- Incêndios atingem mais de dez hospitais no país apenas em 2019. Época. 2019; 13 set. Disponível em: <https://epoca.globo.com/rio/incendios-atingem-mais-de-dez-hospitais-no-pais-apenas-em-2019-23945484>
- 45- Corrêa D. Morre 22ª vítima de incêndio no Hospital Badim, no Rio. Agência Brasil. 2019; 02 dez. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-12/morre-22a-vitima-de-incendio-no-hospital-badim-no-rio>
- 46- Zanini F, Nogueira I. Estados mais afetados, como SP e RJ, são menos transparentes em gastos com pandemia. Folha de São Paulo. 2020; 21 abr. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/estados-mais-afetados-como-sp-e-rj-sao-menos-transparentes-em-gastos-com-pandemia.shtml>
- 47- Resende T, Caram B. Gasto do governo federal com prevenção de desastres é o menor em 11 anos - Menos de um terço dos recursos previstos foi usado em 2019; para 2020, corte será mais amplo. Folha de São Paulo 2020; 29 jan. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/01/gasto-do-governo-com-prevencao-de-desastres-e-o-menor-em-11-anos.shtml>
- 48- Batista A e col. Projeção de casos de infecção por COVID-19 no Brasil até 30 de março de 2020 - Nota Técnica 4 – 21/03/2020. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). 2020; 21 mar. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/NT4_NOIS_PUCRIO.pdf
- 49- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2020; 20 mar. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>
- 50- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ofício nº19/2020. A V. Ex.ª Sr. Luiz Henrique Mandetta Ministério da Saúde Assunto: Sugestões para o Manual de Manejo Clínico da COVID-19. Abrasco. 2020; 01 Abr. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Carta-ao-MS-01-04-2020-2.pdf>
- 51- Martinez R. e col. Estimativas do impacto da Covid-19 na mortalidade no Brasil. ABRASCO. 2020; 30 de mar. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/estimativas-do-impacto-da-covid-19-na-mortalidade-no-brasil/46151/>

- 52- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 13 - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Brasília: MS / Secretaria de Vigilância em Saúde 2020; 20 abr. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf>
- 53- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota de Posicionamento sobre a pandemia de COVID-19 e medidas de isolamento social. Brasília: CONASEMS, 25 mar 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/nota-posicionamento-sobre-a-pandemia-de-covid-19-e-medidas-de-isolamento-social/>
- 54- Council of Europe. Democratic Governance and COVID-19. Disponível em: <https://www.coe.int/en/web/good-governance/covid-19-response>
- 55- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Movimentos de favelas organizam plano de ação e reivindicam compromisso público no Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/movimentos-autonomos-das-favelas-organizam-plano-de-acao-e-reivindicam-compromisso-publico-no-rio-de-janeiro/47584/>

ANEXOS

ANEXO 1 – MEDIDAS LEGAIS ADOTADAS PELO GOVERNO FEDERAL				
Dia	Mês	TIPO DE DOCUMENTO LEGAL	FONTE	DESCRIÇÃO
3	2	Portaria 188	Ministério da Saúde	Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
5	2	Portaria 79	INMETRO	Aprova condições extraordinárias para realização das atividades de avaliação da conformidade em países afetados pela epidemia do coronavírus (COVID-19).
6	2	Lei 13.979	Presidência	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
10	2	MP 921	Presidência	Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Defesa, no valor de R\$ 11.287.803,00, para os fins que especifica.
12	2	Portaria 356	Ministério da Saúde	Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
13	3	Instrução Normativa 19	Ministério da Economia	Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
13	3	Resolução 346	Anvisa	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a certificação de boas práticas de fabricação para fins de registro e alterações pós-registro de insumo farmacêutico ativo, medicamento e produtos para saúde em virtude da emergência de saúde pública internacional do novo Coronavírus.
13	3	Resolução 453	ANS	Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2020, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus.
13	3	Instrução Normativa 20	Ministério da Economia	Altera a Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)
13	3	MP 924	Presidência	Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica.
16	3	Decreto 10.277	Presidência	Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19.

16	3	Portaria 395	Ministério da Economia	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19.
17	3	Instrução Normativa 21	Ministério da Economia	Altera a Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
17	3	Resolução 4782	Banco Central	Estabelece, por tempo determinado, em função de eventuais impactos da Covid-19 na economia, critérios temporários para a caracterização das reestruturações de operações de crédito, para fins de gerenciamento de risco de crédito
17	3	Resolução 4783	Banco Central	Estabelece, por prazos determinados, percentuais a serem aplicados ao montante RWA, para fins de apuração da parcela ACPConservação de que trata a Resolução nº 4.193, de 1º de março de 2013.
17	3	Portaria 373	INSS	Estabelece orientações quanto às medidas protetivas, no âmbito do INSS, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus (COVID 19).
17	3	Portaria 5	Ministério da Justiça	Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.
18	3	Portaria 7	Ministério da Justiça	Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, no âmbito do Sistema Prisional.
18	3	Resolução 152	Ministério da Economia	Prorroga o prazo para pagamento dos tributos federais no âmbito do Simples Nacional.
18	3	Resolução 1.338	Conselho Nacional de Previdência Social	Fixação de teto máximo de juros ao mês, para as operações de empréstimo consignado em benefício previdenciário, e dá outras providências.
18	3	Resolução 17	Camãra do Comércio Exterior	Concede redução temporária da alíquota do Imposto de Importação ao amparo do artigo 50, alínea d, do Tratado de Montevideu de 1980, internalizado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 16 de novembro de 1981, tendo por objetivo facilitar o combate à pandemia do Corona Vírus / Covid-19.
18	3	Resolução 347	Anvisa	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a exposição à venda de preparações antissépticas ou sanitizantes oficiais, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2.
18	3	Resolução 348	Anvisa	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de registro de medicamentos, produtos biológicos e produtos para diagnóstico in vitro e mudança pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus.
18	3	Portaria 120	Presidência	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

19	3	Portaria 125	Presidência	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
19	3	Portaria 126	Presidência	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
19	3	PL 791	Executivo Nacional	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para instituir o Comitê Nacional de Órgãos de Justiça e Controle para prevenir ou terminar litígios, inclusive os judiciais, relacionados ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da covid19.
19	3	MP 925	Presidência	Dispõe sobre medidas emergenciais para a aviação civil brasileira em razão da pandemia da covid-19.
19	3	Resolução 776	Anvisa	Deferir as petições relacionadas à Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde
19	3	Resolução 777	Anvisa	Deferir as petições relacionadas à Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde
19	3	Resolução 851	CODEFAT	Dispõe sobre a Programação Anual da Aplicação dos Depósitos Especiais do FAT PDE, para o exercício de 2020.
19	3	Portaria 432	Ministério da Saúde	Institui a Força-Tarefa no âmbito do Ministério da Saúde para atuação especializada nas demandas provenientes do Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes do Comitê Federal de Assistência Emergencial.
20	3	Deliberação 185	CONTRAN	Dispõe sobre a ampliação e a interrupção de prazos de processos e de procedimentos afetos aos órgãos e entidades do Sistema Nacional de Trânsito e às entidades públicas e privadas prestadoras de serviços relacionados ao trânsito.
20	3	Portaria 454	Ministério da Saúde	Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).
20	3	Portaria 683	Ministério dos Direitos Humanos	Dispõe sobre a instituição de comitê técnico para elaboração de iniciativas de promoção e defesa dos Direitos Humanos, considerando a situação de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).
20	3	Decreto 6	Legislativo Nacional	Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem no 93, de 18 de março de 2020.
20	3	Resolução 349	Anvisa	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de regularização de equipamentos de proteção individual, de equipamentos médicos do tipo ventilador pulmonar e de outros dispositivos médicos identificados como estratégicos pela Anvisa, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus e dá outras providências.
20	3	Resolução 351	Anvisa	Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências.
20	3	Resolução 352	Anvisa	Dispõe sobre a autorização prévia para fins de exportação de cloroquina e hidroxiclороquina e de produtos sujeitos à vigilância sanitária destinados ao combate da Covid-19.

20	3	Decreto 10.282	Presidência	Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
20	3	Decreto 10.283	Presidência	Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps
20	3	Decreto 10.284	Presidência	Dispõe sobre a dilação do prazo de vencimento das tarifas de navegação aérea, durante o período de enfrentamento da pandemia da covid-19.
20	3	Decreto 10.285	Presidência	Reduz temporariamente as alíquotas do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI incidentes sobre os produtos que menciona.
20	3	MP 926	Presidência	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.
22	3	MP 927	Presidência	Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências.
22	3	Decreto 10.288	Presidência	Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir as atividades e os serviços relacionados à imprensa como essenciais.
22	3	Portaria 132	Presidência	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
23	3	Reolução 356	Anvisa	Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2.
23	3	Portaria 133	Presidência	Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.
23	3	MP 928	Presidência	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, e revoga o art. 18 da Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020.
24	3	Decreto 10.289	Presidência	Altera o Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, para instituir o Centro de Coordenação de Operações, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid19.

ANEXO 2 – DECRETOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DISTRITO FEDERAL				
Dia	Mês	TIPO DE DOCUMENTO LEGAL	UF	DESCRIÇÃO
13	3	DECRETO 69501	AL	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do covid 19 (coronavírus), e dá outras providências.
13	3	DECRETO 40512	DF	Cria o Grupo Executivo para o desenvolvimento de ações de prevenção e mitigação ao COVID-19 e à Dengue, adota medidas de contenção e enfrentamento de ambas as enfermidades no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências.
13	3	DECRETO 9633	GO	Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV).
13	3	DECRETO 46970	RJ	Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), do regime de trabalho de servidor público e contratado, e dá outras providências.
14	3	DECRETO 40519	DF	Dispõe sobre a vigilância epidemiológica e a necessária comunicação, por hospitais e laboratórios, às autoridades sanitárias do Distrito Federal, dos laboratórios que realizam os exames clínicos para a descoberta do COVID-19, no âmbito do Distrito Federal.
14	3	DECRETO 40520	DF	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências.
14	3	DECRETO 48809	PE	Regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.
14	3	DECRETO 29512	RN	Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Poder Executivo Estadual.
14	3	DECRETO 29513	RN	Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, o disposto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, e dá outras providências.
14	3	DECRETO 64862	SP	Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual.
15	3	DECRETO 47886	MG	Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19), institui o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19 - Comitê Extraordinário COVID-19 e dá outras providências.
16	3	DECRETO 33510	CE	Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus.

16	3	DECRETO 15391	MS	Dispõe sobre as medidas temporárias a serem adotadas, no âmbito da Administração Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, para a prevenção do contágio da doença COVID-19 e enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (SARS-CoV-2), no território sul-mato-grossense.
16	3	DECRETO 407	MT	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (2019-nCoV) a serem adotados pelo Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências.
16	3	DECRETO 6066	TO	Dispõe sobre jornada diária de trabalho nos órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Poder Executivo, e adota outras providências.
16	3	DECRETO 4593-R	ES	Decreta o estado de emergência em saúde pública no Estado do Espírito Santo e estabelece medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (COVID-19) e dá outras providências.
16	3	DECRETO 35660	MA	Dispõe sobre os procedimentos e regras para fins de prevenção da transmissão da COVID-19, institui o Comitê Estadual de Prevenção e Combate à COVID-19 e dá outras providências.
16	3	DECRETO 35662	MA	Dispõe sobre a suspensão, por 15 dias, das aulas presenciais nas unidades de ensino da rede estadual de educação, do Instituto Estadual de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão - IEMA, da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA e da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão - UEMASUL, nas instituições de ensino das redes municipais e nas escolas e instituições de ensino superior da rede privada localizadas no Estado do Maranhão.
16	3	DECRETO 4230	PR	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
16	3	DECRETO 24871	RO	Decreta situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Estado e dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus, COVID-19, do regime de trabalho do servidor público e contratado do Poder Executivo, e dá outras providências.
16	3	DECRETO 507	SC	Dispõe sobre medidas de prevenção e combate ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta e estabelece outras providências.
17	3	DECRETO 509	SC	Dá continuidade à adoção progressiva de medidas de prevenção e combate ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta e estabelece outras providências.
17	3	DECRETO 1375	AP	Decretação da situação anormal caracterizada como Situação de Emergência em todo território do Estado do Amapá, visando à prevenção, mitigação, preparação e resposta ao risco de Desastre Natural - Biológico - Epidemia - Doença infecciosa viral causada pelo novo Coronavírus - COVID-19, com Codificação COBRADE no 1.5.1.1.0 e dá outras providências.
17	3	DECRETO 1377	AP	Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Poder Executivo do Estado do Amapá.

17	3	DECRETO 19529	BA	Regulamenta, no Estado da Bahia, as medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.
17	3	DECRETO 48810	PE	Altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.
17	3	DECRETO 9637	GO	Altera o Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020
17	3	DECRETO 55118	RS	Estabelece medidas complementares de prevenção ao contágio pelo COVID-19 (novo Coronavírus) no âmbito do Estado.
17	3	DECRETO 515	SC	Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências.
17	3	DECRETO 64864	SP	Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências correlatas.
17	3	DECRETO 4597-R	ES	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19) na área da educação, e dá outras providências.
17	3	DECRETO 5465	AC	Dispõe sobre medidas temporárias a serem adotadas, no âmbito do Estado do Acre, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da doença COVID-19, causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2.
17	3	DECRETO 46973	RJ	Rep. - Reconhece a situação de emergência na saúde pública do Estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19); e dá outras providências.
17	3	DECRETO 4258	PR	Altera dispositivos do Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
17	3	DECRETO 40560	SE	Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Sergipe, em razão da disseminação do vírus COVID-19 (novo coronavírus) e regulamenta as medidas para enfrentamento da crise de saúde pública de importância internacional, nos termos da Lei (Federal) nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.
18	3	DECRETO 609	PA	Rep. - Dispõe sobre as medidas de enfrentamento, no âmbito do Estado do Pará, à pandemia do corona vírus COVID-19.
18	3	DECRETO 4262	PR	Determina à Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho - SEJUF, por meio do PROCON/PR, para que execute fiscalização de práticas abusivas quanto aos preços de produtos sanitários e de profilaxia, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
18	3	DECRETO 29524	RN	"Dispõe sobre medidas temporárias para o enfrentamento da Situação de Emergência em Saúde Pública provocada pelo novo
18	3	DECRETO 6071	TO	Coronavírus (COVID-19)."
18	3	DECRETO 48822	PE	Determina ação preventiva para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 (novo Coronavírus).

18	3	DECRETO 4260	PR	Altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.
18	3	DECRETO 4261	PR	Rep. - Suspende os deslocamentos e viagens a trabalho de servidores estaduais civis e militares da Administração Direta, Autárquica e Fundacional e aqueles contratados em caráter temporário, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
18	3	DECRETO 4262	PR	Estabelece critérios para a habilitação de laboratórios interessados no Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
18	3	DECRETO 4263	PR	Determina à Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho - SEJUF, por meio do PROCON/PR, para que execute fiscalização de práticas abusivas quanto aos preços de produtos sanitários e de profilaxia, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
18	3	DECRETO 4599-R	ES	Regulamenta o art. 12 do Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, instituindo um plano de monitoramento de fronteiras e divisas, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
19	3	DECRETO 4600-R	ES	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19) em diferentes áreas, e dá outras providências.
19	3	DECRETO 19549	BA	Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19), e dá outras providências.
19	3	DECRETO 4601-R	ES	"Declara Situação de Emergência em todo o território baiano, afetado por Doença Infecciosa Viral - COBRADE 1.5.1.1.0, conforme a Instrução Normativa do Ministério da Integração Nacional nº 02, de 20 de dezembro de 2016, para fins de prevenção e enfrentamento à
19	3	DECRETO 521	SC	COVID-19, e dá outras providências."
19	3	DECRETO 4302	PR	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19) de prevenção e de redução de circulação e aglomeração de pessoas nos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual e dá outras providências.
19	3	DECRETO 40539	DF	"Acresce os arts. 3º-A e 3º-B ao Decreto nº 515, de 2020, que declara situação de emergência em todo território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento da COVID-19, e estabelece outras
19	3	DECRETO 33519	CE	providências."
19	3	DECRETO 64865	SP	Altera o Decreto nº 4.230 de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de

				importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
19	3	DECRETO 46980	RJ	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus, e dá outras providências.
19	3	DECRETO 4298	PR	Intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus.
19	3	DECRETO 69530	AL	Acrescenta dispositivo ao Decreto nº 64.862, de 13 de março de 2020, que dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual.
19	3	DECRETO 40128	PB	Atualiza as medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (COVID-19) em decorrência da situação de emergência em saúde, e dá outras providências.
19	3	DECRETO 55128	RS	Institui o Regime Excepcional de Teletrabalho no âmbito da Administração Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, para a prevenção da transmissão e da proliferação da COVID-19 no território sul-mato-grossense.
20	3	DECRETO 4301	PR	Declara situação de emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE no 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19.
20	3	DECRETO 47890	MG	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID - 19 (Coronavírus), e dá outras providências.
20	3	DECRETO 55129	RS	Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações aos municípios e ao setor privado estadual.
20	3	DECRETO 15395	MS	Altera dispositivo do Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
20	3	DECRETO 15396	MS	"Dispõe sobre a prorrogação da vigência de convênios, parcerias e instrumentos congêneres e sobre a suspensão de prazos de processos administrativos no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Poder Executivo, em razão da SITUAÇÃO DE
20	3	DECRETO 4604-R	ES	EMERGÊNCIA em Saúde Pública no Estado."
20	3	DECRETO 29534	RN	Institui Gabinete de Crise para o Enfrentamento da Epidemia COVID-19, Conselho de Crise para o Enfrentamento da Epidemia COVID-19, Grupo Interinstitucional de Monitoramento das Ações de Prevenção e Mitigação dos efeitos do COVID-19 no Sistema Prisional do Estado do Rio Grande do Sul e Centro de Operação de Emergência - COVID-19 (COE COVID-19) do Estado do Rio Grande do Sul.
21	3	DECRETO 35677	MA	Declara, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, situação de emergência em razão da pandemia por Doenças Infecciosas Virais - COVID-19 (COBRADE 1.5.1.1.0), amplia as medidas de prevenção a serem adotadas no território sul-mato-grossense, e dá outras providências.
21	3	DECRETO 4317	PR	Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19), e dá outras providências.

21	3	DECRETO 4606-R	ES	Declara estado de calamidade pública, para os fins do art. 65 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19 (novo Coronavírus), e suas repercussões nas finanças públicas do Estado do Rio Grande do Norte, e dá outras providências.
21	3	DECRETO 42099	AM	Estabelece medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)
22	3	DECRETO 4318	PR	Este Decreto considera a suspensão dos serviços e atividades não essenciais e que não atendam as necessidades inadiáveis da população, ressaltando-se a não interferência nos serviços e atividades considerados essenciais.
22	3	DECRETO 35678	MA	Altera os Decretos nºs 4.597-R, de 16 de março de 2020, 4.599-R, de 17 de março de 2020 e 4.605-R, de 20 de março de 2020, e dá outras providências.
22	3	DECRETO 29548	RN	Dispõe sobre medidas complementares temporárias, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do novo coronavírus.
22	3	DECRETO 29549	RN	Altera o art. 2º do Decreto nº 4.317, de 21 de março de 2020.
22	3	DECRETO 4607-R	ES	Altera o Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020, que estabelece medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2).
22	3	DECRETO 1415	AP	Altera o Decreto nº 29.512, de 13 de março de 2020, para incluir novas medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Poder Executivo Estadual.
22	3	DECRETO 28635-E	RR	Dispõe sobre novas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus e estabelece outras providências.
23	3	DECRETO 40549	DF	Regulamenta o serviço de voluntário no âmbito da Administração Pública do Estado do Rio Grande do Norte previsto na Lei Federal nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 e dá outras providências.
23	3	DECRETO 40550	DF	Dispõe sobre a infringência as determinações constantes em Decretos e demais atos expedidos por autoridades estaduais que veiculam medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19), altera o Decreto nº 4.605-R, de 20 de março de 2020, e dá outras providências.
23	3	DECRETO 4319	PR	Altera o Decreto Estadual nº 1.414 de 19 março de 2020, que dispõe sobre restrições de funcionamento para o fim de combater a disseminação do novo Coronavírus (COVID-19) no território do Estado do Amapá.
23	3	DECRETO 4320	PR	Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado de Roraima para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (Coronavírus), e dá outras providências.
23	3	DECRETO 64881	SP	Altera o Decreto nº 18.955, de 22 de dezembro de 1997, que regulamenta o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS.

23	3	DECRETO 524	SC	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências.
23	3	DECRETO 525	SC	Declara o estado de calamidade pública, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
23	3	DECRETO 18902	PE	Altera dispositivos do Decreto nº 4.312, de 20 de março de 2020 e do Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020.
23	3	DECRETO 420	MT	Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares.
23	3	DECRETO 421	MT	Dispõe sobre a operacionalização e transparência de utilização dos recursos recebidos para fins de enfrentamento à emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19).
23	3	DECRETO 42100	AM	Determina a suspensão das atividades comerciais e de prestação de serviços, em complemento ao Decreto nº 18.901, de 19 de março de 2020, que determina as medidas excepcionais que especifica, voltadas para o enfrentamento da grave crise de saúde pública decorrente do Covid-19, e dá outras providências.
23	3	DECRETO 42101	AM	Declara Situação de Emergência no Estado de Mato Grosso decorrente de desastre natural classificado como grupo biológico/epidemias e tipo doenças infecciosas virais (COBRADE 1.5.1.1.0).
23	3	DECRETO 48838	PE	Dispõe sobre medidas complementares temporárias, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do novo coronavírus.
23	3	DECRETO 55135	RS	Modifica o Decreto nº 38.455, de 27 de julho de 2012, que dispõe sobre a sistemática de tributação referente ao ICMS para operações realizadas por estabelecimento comercial atacadista de produtos alimentícios, de limpeza, de higiene pessoal, de artigos de escritório e papelaria e de bebidas, relativamente à fruição do benefício de crédito presumido do imposto.
24	3	DECRETO 42105	AM	Altera e Revoga dispositivos do Decreto nº 419, de 20 de março de 2020, dispõe sobre atualização das medidas restritivas às atividades privadas para prevenção dos riscos de disseminação do Coronavírus (COVID-19) e dá outras providências.
24	3	DECRETO 4323	PR	Altera o Decreto nº 55.128, de 19 de março de 2020, que declara situação de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências, e altera o Decreto nº 55.129, de 19 de março de 2020, que institui Gabinete de Crise para o Enfrentamento da Epidemia COVID-19, Conselho de Crise para o Enfrentamento da Epidemia COVID-19, Grupo Interinstitucional de Monitoramento das Ações de Prevenção e Mitigação dos efeitos do COVID-19 no Sistema Prisional do Estado do Rio Grande do Sul e Centro de Operação de Emergência - COVID 19 (COE COVID19) do Estado do Rio Grande do Sul.
24	3	DECRETO 15399	MS	Dispõe sobre a suspensão dos prazos administrativos, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências.
24	3	DECRETO 33526	CE	Altera dispositivos do Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, do Decreto nº 4.312, de 20 de março de 2020 e do Decreto nº 4.317, de 21 de março de 2020.

24	3	DECRETO 40566	SE	Dispõe sobre a instalação de pontos de fiscalização sanitária, nas localidades do território sul-mato-grossense que menciona, para evitar a proliferação da doença COVID-19, decorrente do coronavírus (SARS-CoV-2), e dá outras providências.
24	3	DECRETO 40567	SE	Suspende e prorroga, por conta dos efeitos da pandemia do COVID-19 (Coronavírus), os prazos concernentes a atos e procedimentos da Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará e da Procuradoria do Estado do Ceará.
24	3	DECRETO 64884	SP	Altera, excepcionalmente, Legislação tributária estadual dispendo sobre o cumprimento de obrigações tributárias acessórias pelos contribuintes dos tributos estaduais no âmbito da Secretaria de Estado da Fazenda, em razão do enfrentamento da situação de emergência da saúde pública, decorrente do novo coronavírus.
24	3	DECRETO 46989	RJ	Atualiza, consolida e estabelece novas medidas de enfrentamento e prevenção à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus) no Estado de Sergipe, e dá outras providências.
24	3	DECRETO 29556	RN	Dispõe sobre o funcionamento da indústria de óleo e gás onshore, e dá outras providências.
25	3	DECRETO 42106	AM	Declara Estado de Calamidade Pública, para os fins do artigo 65 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19 (novo coronavírus), e suas repercussões nas finanças públicas do Estado do Amazonas, e dá outras providências.
25	3	DECRETO 35682	MA	Dispõe sobre a cobrança de tarifa de transporte coletivo intermunicipal de policiais civis e militares do Estado de São Paulo, no contexto da pandemia COVID-19 (Novo Coronavírus).
25	3	DECRETO 5552	AC	Dispõe sobre o funcionamento de pequenos estabelecimentos de venda de alimentos, bebidas, e dá outras providências.
25	3	DECRETO 55136	RS	Dispõe sobre novas medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências.
25	3	DECRETO 424	MT	Dispõe sobre os estabelecimentos comerciais e serviços considerados essenciais sem suspensão de funcionamento, e dá outras providências.
25	3	DECRETO 47896	MG	Estabelece protocolo clínico para síndromes respiratórias gripais em razão da progressão do quadro pandêmico de Coronavírus (SARS-COV-2/COVID-19).
25	3	DECRETO 47898	MG	Determina ao Departamento Estadual de Águas e Saneamento (DEPASA) a proibição de interrupção de serviços de abastecimento de água em razão da pandemia causada pela COVID-19.
25	3	DECRETO 5603	AC	Declara estado de calamidade pública no âmbito da Administração Pública Estadual, em razão dos impactos socioeconômicos e financeiros decorrentes da pandemia causada pelo agente Coronavírus (COVID-19).
25	3	DECRETO 425	MT	Dispõe sobre a suspensão de prazos, altera o Regulamento do ICMS - RICMS, aprovado pelo Decreto nº 43.080, de 13 de dezembro de 2002, e dá outras providências.
25	3	DECRETO 427	MT	Altera o Decreto nº 5.496, de 20 de março de 2020, que estabelece novas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da doença COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2.

26	3	DECRETO 9644	GO	Altera o Decreto nº 55.128, de 19 de março de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências.
26	3	DECRETO 29565	RN	Institui o Comitê Gestor das Ações de Recuperação Fiscal, Econômica e Financeira do Estado de Minas Gerais - Comitê Extraordinário FIN COVID-19, visando acompanhar e propor medidas de natureza fiscal, econômica e financeira em razão dos efeitos da pandemia da doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus - COVID-19.
26	3	DECRETO 47001	RJ	Consolida as medidas temporárias restritivas às atividades privadas para prevenção dos riscos de disseminação do Coronavírus (COVID-19) e dá outras providências.
26	3	DECRETO 47002	RJ	Introduz alterações no Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 2.212, de 20 de março de 2014, e dá outras providências.
26	3	DECRETO 55149	RS	Altera o Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020.
26	3	DECRETO 64887	SP	Institui a Força Tarefa Administrativa de Enfrentamento ao Coronavírus (COVID-19) e a Central de Recebimento e Distribuição de Doações e dá outras providências.
26	3	DECRETO 40141	PB	Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (Covid-19), em decorrência da situação de emergência em saúde, e dá outras providências.