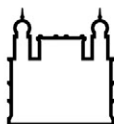


ORIENTAÇÕES PARA GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA:

Abordagem Integrada Atenção Primária e Vigilância em Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

CEPEDES CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM
EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE



ORIENTAÇÕES PARA GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA:

Abordagem Integrada Atenção Primária e Vigilância em Saúde

REALIZAÇÃO

Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Ministério da Saúde (MS)

FINANCIAMENTO

Programa Fiocruz de Fomento à Inovação “Inova Fiocruz”
Edital Emergência em Saúde Pública – Encomendas estratégicas. Nº 01/2022

COORDENAÇÃO

Carlos Machado de Freitas (Cepedes/ Fiocruz)

AUTORES

Carlos Machado de Freitas
Vânia Rocha
Tais Ariza Alpino
Thamiris Cristina Carqueija Mello

COLABORAÇÃO

Maria Cristina Mitsuko Peres



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

CEPEDES CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM
EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE

Rio de Janeiro, 2023

Copyright © 2023 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz.
ISBN 978 65 89501 48 0
Formato digital

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons
Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**PROJETO GRÁFICO
E DIAGRAMAÇÃO**

▪ Adriana Marinho | Fernanda Barata Ribeiro
Pólem Comunicação

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O69o Orientações para gestão de risco de desastres e emergências em
saúde pública: abordagem integrada atenção primária e vigilância
em saúde / Carlos Machado de Freitas ... [et al.]. – Rio de Janeiro
: MS, Fiocruz, ENSP, CEPEDDES, 2023.
116 p. : il. color.

ISBN: 978-65-89501-48-0

Inclui Bibliografia.

Site: <https://drive.google.com/file/d/13sIGf1WSO8VGY1VGG4I2NvZ2Wq7tiYcV/view?usp=sharing>

1. Desastres. 2. Gestão de Riscos. 3. Saúde Pública.
4. Emergências em Desastres. 5. Atenção Primária à Saúde.
6. Vigilância em Saúde Pública. I. Freitas, Carlos Machado de.
II. Rocha, Vânia. III. Alpino, Tais Ariza. IV. Mello, Thamiris Cristina
Carqueija. V. Título.

CDD – 23.ed. – 363.348

**FOTOS
CAPA**

- **Acima esquerda** | Revista Radis
- **Acima direita** | Secretaria Municipal de Saúde (SMS- RJ)
- **Abaixo esquerda** | Conexão Saúde - Redes da Maré
- **Abaixo direita** | Raquel Portugal - Fiocruz Imagens

**FOTOS
ABERTURAS**

- **CAP 1** | Edu Kapps - Secretaria Municipal de Saúde (SMS - RJ)
- **CAP 2** | Revista Radis
- **CAP 3** | Secretaria Municipal de Saúde de Anísio de Abreu
- **CAP 4** | Secretaria Municipal de Saúde (SMS - RJ)
- **CAP 5** | CEPEDDES/Fundação Oswaldo Cruz

PÚBLICO DESTINADO

Este documento tem como público prioritário gestores das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais dos serviços de saúde, sobretudo os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Vigilância em Saúde (VS), representantes dos diversos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal) e das Organizações Sociais e Comunitárias.

PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

- **Antônio Luiz Firmo**
Sanitarista de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental do Núcleo Regional de Saúde Sul, Secretaria de Saúde da Bahia - BA
- **Débora Cristina Figueiredo Mascarenhas Malta**
Vigilância em Saúde Ambiental do Núcleo Regional de Saúde Sul, Secretaria de Saúde da Bahia - BA
- **Divaldo De Stefani**
Coordenador de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, Tamboara - PR
- **Elane do Nascimento Matos**
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica, Itacaré - BA
- **Ericka Helena Costa Martins**
Sanitarista de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental do Núcleo Regional de Saúde Sul, Secretaria de Saúde da Bahia - BA
- **Everton Pereira**
Coordenador do Conexão Saúde da Maré, Rio de Janeiro - RJ
- **Fabiano Gonçalves Guimarães**
Médico de Família e Comunidade do Centro de Saúde São Bernardo, Belo Horizonte - BH
- **Fernanda Ribeiro Dias**
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica em Saúde, Brumadinho - MG
- **Gleudson Santana Souza**
Coordenador de Vigilância em Saúde Ambiental, Ilhéus - BA

■ **Jussira de Oliveira Matos**

Enfermeira Responsável pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS do Núcleo Regional de Saúde Sul, Secretaria de Saúde da Bahia - BA

■ **Kelly Santos de Menezes**

Vigilância em Saúde Ambiental do Núcleo Regional de Saúde Sul - Secretaria de Saúde da Bahia - BA

■ **Maria Eduarda Vieira Madruga**

Coordenadora de Vigilância Sanitária e Ambiental, Itacaré - BA

■ **Mariane Lousada Domingues**

Coordenadora de Atenção Primária da Saúde, Brumadinho - MG

■ **Thargira Rorato**

Técnica em Vigilância em Saúde do Trabalhador do Núcleo Regional de Saúde Sul, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - BA

■ **Vanusa Borges Faxina**

Técnica de Vigilância Epidemiológica, Tamboara - PR

PARTICIPANTES DA OFICINA E REVISORES

■ **Adelyne Maria Mendes Pereira**

Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - DAPS/ENSP/Fiocruz

■ **Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas**

Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

■ **Bernadete Perez Coelho**

Professora da Área Acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

■ **Camila Cunha Maia Nogueira Nunes**

Assessora Técnica da Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CGCIEVS - Ministério da Saúde

■ **Camila Rodrigues Barbosa Nemer**

Professora Adjunta da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

■ **Carlos Machado de Freitas**

Coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - CEPEDS/Fiocruz

- **Débora Noal**
Consultora sênior para Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública
- **Edenilo Baltazar Barreira Filho**
Coordenador Geral de Vigilância das Emergências em Saúde Pública - Ministério da Saúde
- **Eduardo Hage Carmo**
Pesquisador da Fiocruz Brasília e Médico Sanitarista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal
- **Eliane Lima e Silva**
Pesquisadora do Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde - LAGAS, do Departamento de Geografia da Universidade de Brasília - UnB
- **Everton Pereira da Silva**
Coordenador do Eixo de Direito à Saúde da Redes da Maré - Maré - Rio de Janeiro
- **Fernando Campos Avendanho**
Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
- **Guilherme Franco Neto**
Coordenação de Ambiente da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - VPAAPS/Fiocruz
- **Imeide Pinheiro dos Santos**
Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB e Fiscal de Controle Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - SMS/BA
- **Lilian Gonçalves**
Coordenadora de Acesso e Equidade/Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade do Departamento de Saúde da Família e Comunidade - Secretaria de Atenção Primária à Saúde - DESCO/SAPS/Ministério da Saúde
- **Lizia das Chagas Ferreira**
Centro de Operações Emergenciais em Saúde - COES - Secretaria Municipal de Saúde de Brumadinho - SMS/MG
- **Maria Cristina Mitsuko Peres**
Pesquisadora colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - CEPEDES/Fiocruz e Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - RJ
- **Michele Rocha El Kadri**
Pesquisadora em Saúde Pública. Instituto Leônidas & Maria Deane - Fiocruz Amazônia
- **Rodrigo Lins Frutuoso**
Oficial Nacional de Preparação e Resposta às Emergências e Desastres e Regulamento Sanitário Internacional da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS

■ **Tais de Moura Ariza Alpino**

Pesquisadora colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - CEPEDDES/Fiocruz

■ **Thamiris Cristina Carqueija Mello**

Pesquisadora colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - CEPEDDES/Fiocruz

■ **Vânia Rocha**

Pesquisadora colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - CEPEDDES/Fiocruz

■ **Viviane Aparecida Bruno Inácio**

Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

SIGLAS

- Agentes Comunitários Saúde **(ACS)**
- Agentes de Combate a Endemias **(ACE)**
- Atenção Básica **(AB)**
- Atenção Primária à Saúde **(APS)**
- Centro de Atenção Psicossocial **(CAPs)**
- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde **(CIEVS)**
- Centros Municipais de Saúde **(CMS)**
- Classificação Internacional de Doenças **(CID)**
- Comitê operacional de emergência do setor saúde **(COE-Saúde)**
- Comitê Operativo de Emergência **(COE)**
- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional **(ESPII)**
- Emergência em Saúde Pública **(ESP)**
- Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional- **ESPIN**
- Equipamento de Proteção Individual **(EPI)**
- Estratégia da Saúde da Família **(ESF)**
- Estratégia de Cooperação com o País **(ECP)**
- Gestão de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde **(GRDE)**
- Grupo de Trabalho **(GT)**
- Ministério da Saúde **(MS)**
- Núcleo de Atenção à Saúde da Família **(NASF)**
- Organização das Nações Unidas **(ONU)**
- Organização Pan-Americana da Saúde **(OPAS)**
- Organizações não governamentais **(ONGs)**
- Plano Plurianual **(PPA)**
- Política Nacional de Atenção Básica **(PNAB)**
- Programa Saúde na Escola **(PSE)**
- Regulamento Sanitário Internacional **(RSI)**
- Secretaria Especial de Saúde Indígena **(SESAI)**
- Secretaria Estadual de Saúde **(SES)**

- Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)
- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Vigilância em Saúde (VS)
- World Health Organization (WHO)

LISTAS quadros e figuras

LISTA DE FIGURAS

- **FIGURA 1** | Processos fundamentais e componentes para GRDE em saúde..... **35**
- **FIGURA 2** | Fluxo de dados e informações entre serviços de saúde **69**
- **FIGURA 3** | Eixos de atuação com principais arranjos e dispositivos identificados na experiência **82**

LISTA DE QUADROS

- **QUADRO 1** | Processos-chave e arranjos da APS e VS durante a GRDE em saúde..... **96**
- **QUADRO 2** | Processos da Gestão de Risco de Desastres e Emergência em Saúde Pública: ações e lições para o setor saúde (APS e VS) **101**
- **QUADRO 3** | Cursos sobre atuação da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde na Covid-19 **107**
- **QUADRO 4** | Seminários sobre experiências de integração APS e VS no enfrentamento à Covid-19..... **109**
- **QUADRO 5** | Palestras sobre Atenção Primária à Saúde no contexto da Covid-19 **110**
- **QUADRO 6** | Webinários sobre Atenção Primária e Vigilância em Saúde na Covid-19 **111**
- **QUADRO 7** | Debates sobre Atenção Primária e Vigilância em Saúde no contexto da Covid-19 **112**
- **QUADRO 8** | Materiais complementares sobre Gestão de Risco de Desastres e Emergências em Saúde Pública..... **113**

SUMÁRIO EXECUTIVO

APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo subsidiar a adoção de estratégias e ações do setor saúde, a partir de diferentes experiências, arranjos, dispositivos e inovações como parte integrante de processos que estruturam a Gestão de Riscos de Desastres e Emergências no âmbito da Saúde. Este documento reforça a importância da integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS) em nível local e comunitário, de modo articulado e sistêmico com políticas, estratégias e ações na esfera municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

É destinado a gestores das três esferas de gestão do SUS, profissionais dos serviços de saúde, sobretudo os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Vigilância em Saúde, representantes dos diversos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal) e das Organizações Sociais e Comunitárias.

Foi elaborado a partir de um amplo estudo financiado pelo Programa Inova da Fundação Oswaldo Cruz. Foram selecionadas experiências das cinco regiões do país e municípios de diferentes portes (5 mil, 10 mil, 40 mil, 700 mil e 2,3 milhões de habitantes), além de uma comunidade com 140 mil habitantes, representando as distintas realidades encontradas nos SUS. Como parte da metodologia de elaboração, foi realizada uma oficina de trabalho presencial que contou com profissionais de saúde inseridos em diferentes áreas, representando instituições de gestão, ensino, pesquisa, organismo internacional de cooperação técnica em saúde, conselhos de saúde e sociedade organizada.

Está organizado em cinco capítulos que se complementam, entretanto, podem ser lidos e apropriados de forma independente. Espera-se que a leitura possa estimular as equipes de saúde de todo o território nacional a encontrar seus próprios arranjos e dispositivos, bem como buscar inovações de acordo com suas necessidades e potencialidades para o enfrentamento de futuros desastres e emergências em saúde.

CAPÍTULO 1 | ABORDAGENS INTEGRADAS PARA GRDE EM SAÚDE

A Gestão de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde (GRDE em Saúde) compreende um conjunto de funções e componentes que são baseados na gestão multissetorial de emergências e desastres, nas capacidades de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), na estruturação dos sistemas de saúde e em boas práticas realizadas em regiões, países e comunidades. Sendo focada no setor saúde, mas levando em consideração a articulação com os mais diversos setores que contribuem para redução dos riscos e consequências para a saúde (WHO, 2019).

A capacidade do setor saúde de alcançar melhores resultados depende de fatores relacionados à forma de planejar e agir durante a GRDE em Saúde. Dentre os problemas identificados pelas lições aprendidas estão: a fragmentação no planejamento e execução de ações, a insuficiente interação entre os diferentes setores que compõem o sistema de saúde, a ênfase somente na resposta e a ausência de ações específicas para as fases de reabilitação e recuperação, além da sobreposição de ameaças. Tais situações reforçam a necessidade de preparação das equipes e investimentos em GRDE em Saúde para lidar com demandas simultâneas produzidas por diferentes riscos em eventos futuros.

Além disso, é preciso considerar os desafios enfrentados em relação aos efeitos das Mudanças Climáticas, que ampliam a frequência e intensidade de eventos extremos com forte impacto na saúde, contribuindo para o aumento da incidência de doenças transmissíveis e infecciosas e a ocorrência de Emergências complexas, que exigem ações redobradas de vigilância, sobretudo em países que possuem extensas fronteiras como o Brasil.

1.1 PROCESSOS FUNDAMENTAIS PARA GESTÃO DE RISCO

A gestão de risco contribui para que os serviços de saúde possam planejar e implementar estratégias para a redução da exposição e da vulnerabilidade, bem como para o aprimoramento das capacidades de preparação e resposta, buscando reduzir o risco de agravos ou adoecimento de determinada população diante de possíveis eventos ou processos adversos. A gestão deve envolver um conjunto de processos e ações que têm como finalidade prevenir, reduzir e controlar ao máximo os fatores de risco presentes na localidade para diminuir o impacto dos desastres e das emergências na saúde (Freitas et al, 2021).

Estas ações se enquadram em cinco processos fundamentais (Narváez, 2009):

- Preparar as respostas;
- Responder aos desastres e reabilitar as condições de vida;
- Recuperar, reabilitar e reconstruir;
- Prevenir riscos futuros;
- Reduzir riscos existentes.

1.2 INTEGRAÇÃO APS E VS PARA GRDE EM SAÚDE

Dentre as funções essenciais da saúde pública, preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), encontra-se o desenvolvimento de políticas e ações para a prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação para redução de riscos. Para cumprir esta função, o Sistema Único de Saúde, o SUS, deve estar preparado para atuar em todas as etapas da gestão de risco. Neste sentido, o fortalecimento da integração da Atenção Primária em Saúde e da Vigilância em Saúde formam uma rede necessária para a GRDE em Saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), como organizadora da rede de atenção à saúde nos territórios afetados, é fundamental em todo o processo. A atuação da Vigilância em Saúde é primordial na estruturação de fluxos de dados e informações que possibilitem avaliações rápidas dos riscos na esfera local e, em alguns casos, em tempo oportuno. Destaca-se que, para que o fortalecimento da integração entre a APS e VC para GRDE em saúde é preciso investir na intensificação de fluxo de informações que ofereçam suporte para todas as etapas de gestão de risco, no aprimoramento da qualidade de informação na esfera territorial e comunitário, além de estratégias que valorizem as capacidades de participação e mobilização comunitária.

CAPÍTULO 2 | COMPONENTES DA GRDE EM SAÚDE

Neste documento orientador, abordamos dez componentes apresentados pela Organização Mundial da Saúde em 2019 e adaptados à realidade dos serviços de saúde do Brasil, a partir de exemplos vivenciados pelas equipes, em diferentes regiões do país. Os exemplos, além de aproximar os componentes à realidade do SUS, ajudam a compreender as possibilidades e limites da GRDE em Saúde em distintos territórios brasileiros.

2.1 POLÍTICAS, LEGISLAÇÃO E ESTRATÉGIAS

As políticas e a legislação, em diferentes níveis, definem papéis e responsabilidades do poder público junto à GRDE em Saúde e podem orientar a função de outros atores em diferentes fases do processo de gestão. É fundamental que as estratégias e planos delineados pelos serviços de saúde estejam alinhados às políticas existentes e à legislação vigente para garantir a assistência necessária à toda população, especialmente à afetada. É necessário ainda previsão de recursos para este fim, ou seja, as estratégias e planos para GRDE em saúde devem compor o planejamento e orçamento da saúde.

As políticas e as legislações específicas sobre saúde durante a gestão devem delinear ainda as funções e responsabilidades de todas as partes interessadas como o setor público, a iniciativa privada, o terceiro setor e a sociedade civil organizada. Além disso, é importante identificar as lacunas do ponto de vista legal e de políticas para propor avanços neste sentido.

EXEMPLO

A importância de políticas estabelecidas e de legislação específica durante a pandemia da Covid-19 no Brasil

2.2 PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO

Estabelecer um planejamento e formas de coordenação no âmbito dos serviços é essencial para todas as fases da gestão de risco, uma vez que precisamos nos preparar para além da resposta imediata e assim avançarmos em medidas considerando todo o processo de gestão de risco. Para tanto, o planejamento tem como objetivo sistematizar as ações próprias de cada serviço de saúde envolvido na GRDE em Saúde. Um bom plano deve proporcionar a interlocução entre as áreas, promovendo a integralidade no cuidado à saúde, bem como prever ações intersetoriais para garantir uma gestão eficaz. Deve ainda incorporar as diferentes esferas de atuação do SUS (municipal, estadual e federal), cada qual com suas atribuições, além da sociedade organizada e das comunidades que podem sofrer maior nível de exposição durante um desastre ou emergência em saúde.

O envolvimento da esfera municipal e o olhar com foco na dinâmica do território durante o planejamento é de extrema importância. A população local deve ser considerada informante chave e ter uma participação efetiva desde a fase de planejamento até a recuperação.

EXEMPLO 1

O protagonismo dos povos indígenas da Amazônia durante a pandemia da Covid-19

EXEMPLO 2

Planos regionais e ações junto a municípios para mitigação de danos provocados pelo derramamento de petróleo cru

2.3 RECURSOS HUMANOS

Manter equipes de saúde preparadas para atuar em todas as fases da GRDE em Saúde requer planejamento, ajustes na rotina de trabalho, formação, capacitação e treinamentos de todo pessoal envolvido, bem como para profissionais de diferentes níveis de formação e voluntários. Além disso, a preparação destas equipes deve prever capacitações específicas que contribuam para manter a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

2.3.1 Planejamento e ajustes na rotina de trabalho

O planejamento de equipes consiste em levantar a capacidade de recursos humanos em todos os serviços de saúde e manter estes dados atualizados para facilitar a reorganização de pessoal e de equipes ou ainda justificar a contratação de novos profissionais, quando necessário. Os ajustes na rotina contribuem para redistribuir a carga de trabalho no sentido de suprir demanda reprimida, garantir o direito a folgas semanais e a pausas no expediente diário dos trabalhadores envolvidos e não deixar a população desassistida de nenhum serviço de rotina durante os momentos mais críticos de um desastre ou emergência em saúde.

EXEMPLO

Vacinação de rotina na área rural durante a pandemia da Covid-19

2.3.2 Formação, capacitação e treinamentos

As iniciativas relacionadas à formação, capacitação e treinamentos integram um conjunto de medidas educacionais destinadas ao preparo dos trabalhadores dos serviços de saúde e de voluntários para exercerem suas funções no contexto de uma ESP. O preparo do ponto de vista técnico, associado à valorização profissional no ambiente de trabalho, podem contribuir para amenizar fatores de risco de adoecimento entre profissionais de saúde. Destaca-se a importância do cuidado com a saúde de todos os trabalhadores envolvidos na GRDE em saúde.

EXEMPLO

Capacitação em saúde mental e atenção psicossocial

2.4 RECURSOS FINANCEIROS

O setor saúde deve prever nos orçamentos municipal, estadual e federal recursos para implementação e suporte das ações de saúde pública para todas as etapas do processo de GRDE em Saúde. Uma forma de garantir esses recursos é a inserção de ações de gestão tanto nos planos plurianuais como nas agendas estratégicas das secretarias de saúde de estados e municípios. Além de prever recursos no orçamento da saúde nas três esferas de governo, os sistemas de financiamento precisam oferecer mecanismos de flexibilização, dentro de bases legais, para uso destes recursos para momentos críticos.

EXEMPLO

Indicadores contribuem para direcionar os recursos destinado à saúde

2.5 INFORMAÇÕES E GESTÃO DO CONHECIMENTO

Em situações de desastres e emergências em saúde, a cultura de intercâmbio de informações e conhecimento propicia a gestores, profissionais de saúde e população em geral obter informações de forma rápida e segura em todas as fases da gestão de risco e, sobretudo, nos momentos críticos. Por isso, a coleta, análise e disseminação de informações devem ser harmonizadas entre os setores relevantes, bem como implementados mecanismos para garantir que “a informação certa chegue às pessoas certas no tempo certo” (OPAS, 2020). Na perspectiva da GRDE de Saúde isso inclui avaliação de riscos, vigilância, alerta precoce, gestão da informação, orientações técnicas baseadas em evidências e pesquisas.

EXEMPLO

Lições aprendidas diante da pandemia e recomendações para o enfrentamento de situações futuras

2.6 COMUNICAÇÕES DE RISCO

A Comunicação de risco pode ser compreendida como troca de informação, aconselhamento e pareceres entre peritos ou funcionários e pessoas que enfrentam uma ameaça (perigo) para sua sobrevivência, a saúde ou o bem-estar econômico ou social (OPAS, 2018). Para uma comunicação de risco eficiente é preciso selecionar o que comunicar, para que público e em que momento. Os responsáveis pela sua coordenação sejam profissionais, setores e/ou instituições devem estar atentos a uma série de recomendações, tendo clareza sobre o problema a ser enfrentado de acordo com o momento da emergência. Para tanto, deve-se considerar os diferentes públicos que pretendem alcançar Além disso, é fundamental atentar para o aumento da disseminação de notícias falsas (*fake news*).

EXEMPLO

Mobilização e comunicação durante a pandemia da Covid-19

2.7 INFRAESTRUTURA DE SAÚDE E LOGÍSTICA

Tornar a infraestrutura das unidades de saúde preparadas para o enfrentamento de desastres e ESP tem sido uma preocupação constante em diferentes regiões do país. Além disso, deve-se considerar a presença de unidades de saúde em áreas de risco de inundações, deslizamentos e de outras ameaças naturais e tecnológicas que impedem ou criam dificuldades de atendimento em momentos que a população mais precisa. Nos momentos críticos, alguns serviços básicos são interrompidos. A logística envolve formas alternativas de abastecimento, armazenamento e provisão de recursos básicos para atendimento, incluindo medicamentos e suprimentos, bem como sistemas confiáveis de transporte e comunicação.

EXEMPLO

Lições aprendidas sobre infraestrutura e logística na Gestão de Risco da Covid-19

2.8 SAÚDE E SERVIÇOS RELACIONADOS

O SUS deve atuar em todas as etapas da GRDE em saúde a partir de ações coordenadas e integradas em um processo único de cuidado para toda a população afetada, considerando as diferentes temporalidades e alcance espacial. A integração entre a APS e a VS pode assegurar a integralidade da atenção é um ponto fundamental para o processo de gestão de risco em saúde.

Nesse processo, o Vigidesastres e a Rede CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - exercem papel estratégico na detecção de casos e na identificação de rumores que possam envolver risco à saúde pública, que devem ser avaliados, trazendo elementos para a preparação, o alerta e a prospecção de cenários de incerteza, que contribuem para a tomada de decisão.

Ressalta-se que a depender da emergência em saúde pública, erviços prestados pelas Rede de Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, os diferentes componentes da Vigilância em Saúde, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública, os Institutos de Pesquisa, dentre outros, também devem estar envolvidos no processo de gestão de risco.

EXEMPLO

Síndrome Congênita do Vírus Zika

2.9 CAPACIDADES COMUNITÁRIAS

O envolvimento da comunidade na identificação de ameaças e na avaliação dos riscos em um desastre ou emergência em saúde contribui para direcionar as ações em saúde às necessidades específicas de cada território. Este envolvimento deve ser considerado em todas as fases da GRDE em Saúde da preparação à recuperação.

Além disso, o papel de profissionais de saúde que conhecem bem o território onde atuam ou ainda os que residem na comunidade, como os Agentes Comunitários Saúde (ACS) e os Agentes de Combate a Endemias (ACE), é central no planejamento e execução dos cuidados primários à saúde e na elaboração de um sistema de vigilância de base comunitária, que envolve a participação da população na detecção, notificação, resposta e monitoramento de eventos de saúde na comunidade. No entanto, é importante ressaltar a responsabilidade do Estado do Estado por meio da atuação dos serviços públicos em todas as fases do processo de GRDE em Saúde.

EXEMPLO

Proatividade e confiança entre profissionais de saúde e comunidade

2.10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar riscos e avaliar o processo de GRDE de Saúde em relação aos objetivos e metas a serem cumpridas em todas as fases permite identificar lições aprendidas e incorporar novos processos para aprimoramento no enfrentamento em futuras ESP. O monitoramento deve ser integrado aos sistemas existentes no setor de saúde e pode ser complementado por avaliações intermitentes, especialmente de preparação, como por exemplo a realização de exercícios simulados, e atividades de resposta e recuperação.

EXEMPLO

Plano de monitoramento intensivo da população idosa e de portadores de doenças crônicas durante a pandemia da Covid-19

CAPÍTULO 3 | PROCESSOS-CHAVE PARA INTEGRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA GRDE EM SAÚDE

Considerando o processo de GRDE em Saúde, a integração da Atenção Primária à Saúde com a Vigilância em Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance das necessidades da população diante de desastres e de ESP. Atenção Primária em Saúde (APS), como ordenadora da rede de assistência e serviço capaz de realizar análise de situação de saúde no âmbito territorial, é fundamental em todas as fases do processo, assim como a Vigilância em Saúde (VS) para estruturação de fluxos de dados e informações que possibilitem avaliações dos riscos na esfera local.

Para isso, é necessário o desenvolvimento de um processo de trabalho articulado, permanente e de acordo com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores, mas que o conhecimento, funções e ações sejam compartilhadas.

A partir de diferentes experiências realizadas por equipes de saúde no contexto da gestão da pandemia ou ainda em desastres que antecederam ou que ocorreram posteriormente à fase mais crítica da Covid-19, identificamos e apresentamos cinco processos-chave que contribuirão para uma maior integração entre APS e VS durante a GRDE em Saúde.

- Capacidades de adaptação dos serviços no nível local, considerando o envolvimento do sistema de saúde na esfera municipal, em particular APS e VS
- Mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde considerando os diferentes cenários em momentos distintos, a partir do papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde na esfera regional e municipal
- Desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades, que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento a partir de atuação participativa nas ações de vigilância, controle, informação e comunicação em diálogo com a APS
- Coordenação integrada, envolvendo o sistema de saúde do município e as ações intersetoriais articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração municipal
- Estratégias de divulgação e transparência das informações de vigilância em saúde integradas a estratégias de comunicação em saúde para a população envolvendo desde as relacionadas aos cuidados em saúde às de prevenção, como distanciamento físico e social.

Para melhor aprofundamento das questões envolvidas aos processos-chave, são apresentadas no documento orientador experiências valorosas de equipes do SUS, a partir de arranjos, dispositivos e inovações identificados para aprimorar a integração APS e VS frente aos diversos cenários de risco vivenciados antes, durante e após a pandemia por COVID-19.

CAPÍTULO 4 | PROCESSOS DA GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES E EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: AÇÕES E LIÇÕES PARA O SETOR SAÚDE (APS E VS)

A abordagem integrada para o processo de GRDE em Saúde trouxe como foco a importância do trabalho articulado, com o compartilhamento do conhecimento, funções e ações, como da APS e VS. Esta integração e compartilhamento, são fundamentais para a construção da integralidade na atenção e para o alcance das necessidades da população diante dos desastres e emergências em saúde pública.

A explanação dos cinco processos-chave com respectivos exemplos de experiências brasileiras, que contribuíram para uma maior integração entre APS e VS durante a GRDE de Saúde, demonstra a diversidade e sobreposição de diferentes cenários de desastres e emergência de saúde pública, em momentos distintos, assim como, diferentes realidades, demandas e necessidades de cada território brasileiro (esfera municipal e estadual). Portanto, este capítulo apresenta uma sistematização dos processos fundamentais da Gestão de Risco de Desastres e Emergências em Saúde e os principais arranjos do setor saúde (APS E VS), respectivamente, obtidos por meio das experiências, ações e lições aprendidas.

CAPÍTULO 5 | EXEMPLOS DE EXPERIÊNCIAS, DEBATES, CURSOS, SEMINÁRIOS E WEBINÁRIOS SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte da metodologia de elaboração deste documento orientador foi realizado o levantamento, sistematização e análise de experiências bem-sucedidas, debates, cursos, seminários e webinários no YouTube que contribuem para o entendimento da integração da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde em desastres e emergências em saúde mais recentes no país. Tais informações foram disponibilizadas em um quadro contendo indicação de vídeos, cursos, seminários, webinários e debates, com respectivos títulos, descrição, canal institucional pelo qual foi transmitido e o link para acesso.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
CAPÍTULO 1	
Abordagens Integradas para o GRDE de Saúde	25
1.1 Processos fundamentais para gestão de risco	29
1.2 Integração APS e VS para GRDE em Saúde	31
CAPÍTULO 2	
Componentes da GRDE em Saúde	35
2.1 Políticas, legislação e estratégias	36
2.2 Planejamento e coordenação	37
2.3 Recursos humanos	42
2.3.1 Planejamento e ajustes na rotina de trabalho	42
2.3.2 Formação, capacitação e treinamentos	43
2.4 Recursos financeiros	45
2.5 Informações e gestão do conhecimento	46
2.6 Comunicações de risco	50
2.7 Infraestrutura de saúde e logística	51
2.8 Saúde e serviços relacionados	53
2.9 Capacidades comunitárias	57
2.10 Monitoramento e avaliação	59
CAPÍTULO 3	
Processos-chave para Integração Atenção Primária e Vigilância em Saúde na GRDE em Saúde	63
3.1 Capacidades de adaptação dos serviços em nível local, considerando o envolvimento do sistema de saúde na esfera municipal, em particular APS e VS	65
3.2 Mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde considerando os diferentes cenários em momentos distintos, a partir do papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde na esfera regional e municipal	72

3.3 Desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento a partir da participação da comunidade nas ações de vigilância, controle, informação e comunicação em diálogo com a APS	78
3.4 Coordenação integrada, envolvendo o sistema de saúde do município e as ações intersetoriais articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração municipal	84
3.5 Estratégias de divulgação e transparência das informações de vigilância em saúde integradas a estratégias de comunicação em saúde para a população envolvendo desde as relacionadas aos cuidados em saúde às de prevenção, como distanciamento físico e social	90

CAPÍTULO 4

Processos da Gestão de Risco de Desastres Emergência em Saúde Pública: ações e lições para o setor saúde (APS e VS)	100
---	------------

CAPÍTULO 5

Exemplos de experiências, debates, seminários, cursos e webinários sobre Atenção Primária e Vigilância em Saúde em Emergências em Saúde Pública	107
---	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
---	------------



APRESENTAÇÃO

O documento *Orientações para Gestão de Risco de Desastres e Emergências em Saúde Pública: abordagem integrada Atenção Primária e Vigilância em Saúde* tem como objetivo subsidiar a adoção de estratégias e ações do setor saúde, a partir de diferentes experiências, seus arranjos, dispositivos e inovações como parte integrante de processos que estruturam a Gestão de Riscos de Desastres e Emergências no âmbito da Saúde.

Este documento orientador soma-se aos esforços empreendidos por diferentes instituições para reduzir a escassez de guias e materiais didáticos com foco na articulação entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS) em nível local e comunitário, de modo articulado e sistêmico com políticas, estratégias e ações na esfera municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi elaborado a partir de um amplo estudo financiado pelo Programa Inova da Fundação Oswaldo Cruz, envolvendo uma metodologia composta por busca e sistematização de literatura científica, documentos institucionais, nacionais e internacionais; identificação e seleção de experiências e entrevistas sobre a atuação da APS e VS no âmbito da pandemia da Covid-19 e outros tipos de emergências em saúde e desastres; levantamento, sistematização, análise e seleção de apresentações de experiências e webinários sobre o tema, indicados ao final do documento.

Dentre os documentos institucionais nacionais que o embasaram, destacamos o Relatório *“APS Forte no SUS: no combate à pandemia, Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde na resposta à pandemia de Covid-19”*, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) em 2021, que contribuiu efetivamente para escolha de parte das experiências aqui relatadas, e o *“Guia Política Nacional de Atenção Básica: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde”*, publicado pelo MS em 2018.

No âmbito internacional, destacamos como referência o documento orientador *“Estrutura de gestão de risco de desastres e Emergências de Saúde”*, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2019, do qual extraímos a base conceitual para uma abordagem integrada e adaptamos parte das recomendações indicadas nos componentes da gestão de risco às necessidades do sistema de saúde brasileiro, ilustrando com exemplos encontrados em diferentes regiões do país.

As experiências relatadas foram obtidas por meio de entrevistas com profissionais de diferentes formações e áreas de atuação dos serviços de saúde, bem como a partir de consultas em documentos institucionais. Foram selecionados municípios de diferentes portes (5 mil, 10 mil, 40 mil, 700 mil e 2,3 milhões de habitantes), além de uma comunidade com 140 mil habitantes, representando as distintas realidades encontradas nos SUS. É importante ressaltar que selecionamos experiências bem-sucedidas sobre a gestão da Covid-19 e de desastres anteriores ou posteriores à pandemia, mas isto não significa que toda a gestão de risco realizada pelo município citado serve como modelo, pois há pontos fortes e fragilidades em cada experiência analisada.

Procuramos destacar os arranjos que tornaram a experiência positiva, bem como alguns dispositivos facilitadores utilizados como, por exemplo, aplicativos, teleconsultas, etc e inovações no processo de trabalho das equipes para gerenciar o risco para a saúde das populações em diferentes momentos, cenários, escalas territoriais e regiões do país.

A integração APS e VS foi o critério prioritário para a escolhas das experiências, entretanto, procuramos destacar ainda temas relevantes para a gestão de risco no âmbito da saúde como: a capacidade de adaptação dos serviços na esfera local, as mudanças quantitativas e qualitativas, considerando os diferentes cenários de risco, o papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde no nível regional e local, o desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas em pessoas e comunidades, ações intersetoriais articuladas na administração municipal, divulgação e transparência das informações e estratégias de comunicação em saúde para a população.

Como parte da metodologia de elaboração, foi realizada uma oficina de trabalho presencial que contou com profissionais de saúde inseridos em diferentes áreas, representando Universidades, Organização Pan-Americana da Saúde, Secretarias de Vigilância em Saúde e Ambiente e Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A realização da oficina, como parte da estratégia metodológica, foi fundamental para o processo de elaboração, pois permitiu o diálogo sobre as experiências encontradas e suas realidades no âmbito dos serviços e das políticas que regem o SUS, tornando o documento mais prático e adaptável a diferentes contextos.



O documento está organizado em cinco capítulos. No capítulo 1, apresentamos abordagens e conceitos para compreender a Gestão de Riscos de Desastres e Emergências no âmbito da saúde e reforçamos a importância da integração APS e VS ao longo da gestão. No capítulo 2, apresentamos os componentes essenciais para gestão, adaptados à realidade brasileira, acrescidos de exemplos. No capítulo 3, apresentamos cinco processos-chave para a integração APS e VS, bem como os arranjos e dispositivos identificados a partir de experiências concretas do SUS. No capítulo 4, apresentamos uma síntese desses arranjos e dispositivos associados a processos fundamentais para gestão de risco. No capítulo 5, indicamos vídeos selecionados de cursos, seminários, webinários e debates como material complementar. Embora os capítulos se complementem, podem ser lidos e apropriados de forma independente.

Por fim, pretendemos estimular as equipes de saúde de todo o território nacional a encontrar seus próprios arranjos e dispositivos, assim como buscar inovações de acordo com suas necessidades e potencialidades para o enfrentamento de futuros desastres e emergências em saúde, utilizando as recomendações apresentadas como algo adaptável e uma referência inicial para novas experiências positivas.





CAPÍTULO 1



1

Abordagens Integradas para o GRDE de Saúde

A Gestão de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde (GRDE em saúde) compreende um conjunto de funções e componentes que são baseados na gestão multissetorial de emergências e desastres, nas capacidades para implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005), na estruturação dos sistemas de saúde e em boas práticas realizadas em regiões, países e comunidades. A GRDE em saúde é centrada no setor saúde, mas observando a necessidade de colaboração com outros setores que contribuem para redução dos riscos e consequências para a saúde (WHO, 2019).

Em 2019, antes da pandemia da Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento orientador ***Estrutura de gestão de risco de desastres e Emergências de Saúde*** recomendando abordagens integradas, ou seja, estratégias que combinam identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação, monitoramento de riscos, doenças e agravos nas situações de riscos cotidianas, assim como em **desastres** e emergências em saúde (WHO, 2019).

As abordagens integradas exigem do sistema de saúde a realização de análises da situação de saúde que incorporem a perspectiva de avaliação de riscos e devem considerar os diferentes cenários de **exposição** da população aos tipos de perigos ou **ameaças**. As ameaças podem envolver desde agentes patogênicos (coronavírus, por exemplo), produtos químicos ou materiais radioativos, até processos relacionados às mudanças climáticas – ondas de calor e frio, inundações, secas, chuvas fortes e deslizamentos de terra – ou de armazenamento, contenção e produção – como barragens, por exemplo.

Desastres: Para que um evento se constitua em um desastre, é necessário a combinação de ameaças (naturais e/ou tecnológicas) com exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente capacidade de respostas (medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais do risco)

Exposição: A exposição é um conceito-chave para compreender a ocorrência e impactos da ESP, pois é o que permite estabelecer as possíveis inter-relações entre a população ou determinados grupos populacionais (crianças, idosos, mulheres etc.) e eventos/ processo ambientais alteradas por eventos físicos ou por degradação ambiental, transmissão e infecção por agentes biológicos ou contaminação por agentes químicos ou radionucleares. A exposição ocorre em contextos espaciais (país, estado, município, bairro, setor censitário, assentamento rural, distrito sanitário etc.) e temporais (dias, semanas, meses, anos) específicos a depender do tipo de desastre ou emergência em saúde pública envolvido.

Ameaças: As ameaças envolvem os eventos ou processos detonadores, os quais podem ser gerados pela dinâmica da natureza (meteorológicos, hidrológicos, climatológicos, biológicos, geofísicos/geológicos e extraterrestres) e/ou da sociedade (degradação ambiental, mudanças climáticas ou ameaças tecnológicas como os acidentes químicos e radionucleares). Podem ser individuais, combinadas ou sequenciais em suas origens e efeitos. Com os processos de alterações ambientais que vem sendo realizados desde a Revolução Industrial, vem se tornando cada vez mais difícil e complexo separar o que é da dinâmica da natureza e o que é da dinâmica da sociedade

Fontes: Narváez, Lavell e Ortega (2009) e Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres (Páginas 18 e 19).



A análise de situação de saúde, que permite compreender e monitorar como estavam as condições de saúde da população nos territórios antes, durante e depois dos desastres e emergências em saúde pública, deve levar em conta as condições de **vulnerabilidade** (considerando os diferentes grupos sociais e populacionais, bem como territórios) e as capacidades institucionais de redução de **riscos** (o que inclui desde o sistema de saúde na esfera local, municipal, região de saúde, estadual e federal, além das diversas outras instituições que possuem responsabilidades sobre os diferentes tipos de riscos, bem como capacidades de participação e mobilização comunitária) (Freitas, 2023).

Vulnerabilidade: As condições de vulnerabilidade correspondem a expressões particulares de processos sociais, políticos, econômicos, biológicos e ambientais da sociedade, que podem influenciar tanto as condições de vida de diferentes grupos da população em determinados lugares, contribuindo para o aumento dos riscos de desastres e emergências em saúde pública e seus impactos. Como também podem influenciar e diminuir as capacidades de respostas do setor saúde para esses riscos, gerando situações vulneráveis de saúde.

Riscos: Os desastres e emergências em saúde pública são a concretização latente de risco, que pode ser compreendido por meio de uma equação de risco.

Risco = ameaça x (exposição x vulnerabilidade)/ capacidade de resposta.

Fontes: Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres - Páginas 21

Guia de Preparação para Resposta à Emergência em Saúde Pública por Seca e Estiagem - Páginas 28 e 29

A capacidade do setor saúde de alcançar melhores resultados depende ainda de fatores relacionados à forma de planejar e agir durante a GRDE em saúde. As lições aprendidas a partir da avaliação de experiências indicam que dentre os problemas identificados estão o fato das ações serem ainda planejadas e executadas de forma fragmentada, sem ou com insuficiente interação entre os diferentes setores que compõem o sistema de saúde e com ênfase na resposta, deixando lacunas em outras etapas importantes como a recuperação e a reabilitação.

No entanto, experiências recentes têm demonstrado esforços em superar o problema da fragmentação, promovendo a intersetorialidade em todas as etapas e até mesmo a transversalidade necessária à gestão. Alguns exemplos de integração na gestão tornaram-se evidentes por ocasião do rompimento da barragem de rejeitos de mineração em Brumadinho - MG e no caso da Síndrome Congênita do Vírus Zika (microcefalia associada ao vírus Zika). No entanto, trata-se de um processo que vem produzindo avanços e retrocessos, refletindo ainda fragilidades e dificuldades institucionais presentes nas três esferas de gestão do SUS.

A sobreposição de ameaças é outro desafio que os setores responsáveis pela GRDE em saúde precisam estar preparados para gerir todo o processo de gestão, pois esta é uma realidade enfrentada por diferentes contextos no mundo e no Brasil. Durante a pandemia da Covid-19, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), ocorreram desastres com sérios impactos como as chuvas intensas no norte de Minas Gerais e sul da Bahia, entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, e na cidade de Petrópolis - RJ, em fevereiro de 2022.



Alguns dos desastres ocorridos durante a pandemia resultaram em pessoas necessitando de abrigos e cuidados exatamente quando as recomendações eram de distanciamento físico e social e boa parte dos esforços de vigilância e atenção em saúde concentrados na Covid-19.



Fonte: Atlas Digital de Desastres no Brasil

Situações como estas acabam sobrecarregando o sistema de saúde local, provocando desestruturação dos serviços na medida em que são demandados para ações em um novo evento quando ainda estão se recuperando ou respondendo ao outro que ainda estava em curso. Isso reforça a necessidade de preparação dos serviços e de suas equipes, bem como de investimentos em GRDE em saúde para lidar com demandas simultâneas produzidas por diferentes riscos em eventos futuros.

É preciso considerar ainda os desafios enfrentados em relação aos efeitos das Mudanças Climáticas, que ampliam a frequência e intensidade de eventos extremos com forte impacto na saúde, contribuindo para o aumento da incidência de doenças transmissíveis e infecciosas com potencial de tornarem-se surtos e epidemias, demandando cada vez mais uma abordagem proativa e prospectiva, com o contínuo preparo dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS.

Neste contexto destaca-se também a ocorrência de **Emergências complexas** em diferentes países, o que tem aumentado a preocupação das autoridades governamentais e de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU). São marcadas por crises humanitárias em países ou regiões, em geral desencadeadas por conflitos políticos e/ou religiosos, detonando uma ruptura institucional que afeta a capacidade de governabilidade. À crise somam-se desastres de origem natural, como secas, inundações, ciclones e terremotos, que acirram as vulnerabilidades historicamente constituídas, agravando os efeitos na saúde.



As migrações em massa provenientes destas situações aumentam o fluxo e o alcance de pessoas a diferentes regiões, exigindo ações redobradas de vigilância, sobretudo em países que possuem extensas fronteiras como o Brasil.

Ao considerar que os riscos à saúde produzidos estão diretamente relacionados à exposição dos territórios e de pessoas, às vulnerabilidades e à capacidade de resposta, uma abordagem integrada para a GRDE em saúde deve focar nos diferentes riscos envolvidos em **Desastres e Emergência em Saúde Pública (ESP)**.

Emergência complexa: Como utilizada pela ONU, a expressão se refere a uma crise humanitária multifacetada num país, região ou sociedade, marcada pela total ou considerável quebra da autoridade, em consequência de conflito interno ou externo, e que requer uma resposta internacional multissetorial que vai além do mandato ou da capacidade de uma só agência das Nações Unidas. Numa emergência complexa, o contexto político e de segurança dificulta o acesso à população e a prestação de assistência de maneira imparcial.

Desastres e Emergência em Saúde Pública (ESP): O Ministério da Saúde, por intermédio da **Portaria n. 2.952, de 14 de dezembro de 2011** regulamentada pela **Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017**, considera Emergência em Saúde Pública “uma situação em que o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública é demandado em virtude da ocorrência de determinadas situações epidemiológicas, desastres e/ou desassistência à população”.

Cada tipologia de desastre, situação epidemiológica ou caso de desassistência, exige ações específicas, no entanto há padrões e características comuns que devem ser considerados durante a GRDE em saúde. Esses eventos ocorrem em contextos sociais, políticos e econômicos similares, que reproduzem nos territórios afetados padrões relativamente comuns de efeitos na saúde. Deste modo, os serviços de saúde devem estar atentos às singularidades, mas também aos padrões de riscos à saúde que se repetem nestes eventos (Freitas, 2023).

Portanto, além da multiplicidade de aspectos relacionados aos serviços de saúde a serem considerados, é fundamental olhar para as diferentes realidades socioambientais que compõem o cenário brasileiro e as especificidades existentes em cada território atendidos pelo SUS durante a GRDE em saúde.

A necessidade de reforçar a coordenação, a coerência e a integração entre sistemas de gestão de desastres e riscos à saúde, inclusive na esfera local, é uma demanda apresentada no documento **“Political declaration of the high-level meeting on the midterm review of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030”**, que avalia os avanços do Marco de Sendai, adotado pelos Estados membros das Nações Unidas em 2015, reafirmando o papel do setor saúde local na gestão de riscos.



Em síntese, é recomendado uma abordagem integrada para GRDE em saúde que considere:

- ▶ Diferentes tipos de riscos (multiriscos)
- ▶ Eventuais momentos de sobreposição de ameaças (epidemias, chuvas intensas, seca, desastres tecnológicos, por exemplo)
- ▶ Envolvimento de equipes multidisciplinares no planejamento e na execução
- ▶ Perspectiva intersetorial e o cuidado integral à saúde
- ▶ Identificação de singularidades e de padrões nos efeitos na saúde
- ▶ As particularidades de cada território de atuação do SUS
- ▶ Abordagem centrada nas pessoas e comunidades
- ▶ Planos que considerem todos os processos fundamentais para gestão de risco (preparação, resposta, recuperação, reabilitação e reconstrução, prevenção de riscos futuros e redução dos riscos existentes)

1.1 PROCESSOS FUNDAMENTAIS PARA GESTÃO DE RISCO

A gestão de risco contribui para que os serviços de saúde possam planejar e implementar estratégias para a redução da exposição e da vulnerabilidade, bem como para o aprimoramento das capacidades de preparação e resposta, buscando reduzir o risco de agravos ou adoecimento de determinada população diante de possíveis eventos ou processos adversos. A gestão deve envolver um conjunto de processos e ações que têm como finalidade prevenir, reduzir e controlar ao máximo os fatores de risco presentes nos territórios para diminuir o impacto dos desastres e das emergências na saúde (Freitas et al, 2021).



Estas ações se enquadram em cinco processos fundamentais (Narváez, 2009):

1 PREPARAR AS RESPOSTAS:

A preparação envolve o desenvolvimento de capacidades, instrumentos e mecanismos que permitem antecipadamente assegurar uma resposta adequada e efetiva às emergências em saúde pública. São elementos importantes a estruturação de sistemas de detecção e identificação de ameaças/ perigos; alertas precoces; monitoramento e avaliação dos riscos de desastres e emergências em saúde pública; repasse imediato das informações essenciais disponíveis para a proteção das populações possivelmente afetadas e ameaçadas pelos desastres e emergências em saúde pública.

2 RESPONDER AOS DESASTRES E REABILITAR AS CONDIÇÕES DE VIDA:

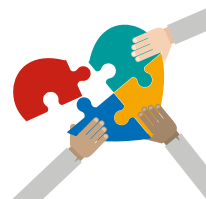
Compreende as ações que serão executadas após a ocorrência de um desastre e de uma emergência em saúde pública, mas que foram preparadas antecipadamente e têm por objetivo salvar vidas, reduzir o sofrimento humano, o impacto das doenças e diminuir as perdas materiais.

3 RECUPERAR, REABILITAR E RECONSTRUIR:

São ações que devem ser realizadas com o objetivo de transformar os cenários de riscos de desastres e/ou emergências em saúde pública, de modo a desenvolver e aplicar medidas para reduzir o risco de desastres e emergências futuras, aplicando o princípio de reconstruir de modo melhor e mais seguro.

4 PREVENIR RISCOS FUTUROS:

A prevenção de riscos futuros é o principal processo específico da redução de riscos de desastres e emergências em saúde pública. Requer um enfoque integral com relação aos potenciais danos e à origem de todas ou cada um dos desastres ou das emergências em saúde pública possíveis na realidade do país.



A prevenção de riscos futuros deve ser realizada simultaneamente com políticas e ações de saúde para mitigar os fatores de riscos já existentes em áreas e populações que se encontram em condições de vulnerabilidade na atualidade, de modo a limitar o impacto adverso das ameaças expressas em situações ou eventos.

**BOX
2**

A produção de conhecimento perpassa todos os processos fundamentais, a partir de lições aprendidas, para aprimoramento da gestão de risco.

1.2 INTEGRAÇÃO APS E VS PARA GRDE EM SAÚDE

O envolvimento de todos os serviços de saúde e a atuação dos diferentes níveis de atenção são de igual importância e necessários para um processo de gestão de riscos eficiente. Entretanto, neste documento, ressaltamos a importância da atuação em conjunto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Vigilância em Saúde (VS) na Gestão de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde, pois durante a pandemia da Covid-19 ficou evidente a necessidade de reforçar essa integração.

Dentre as funções essenciais da saúde pública, preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2002, encontrava-se o desenvolvimento de políticas e ações para a prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação para redução de riscos. Para cumprir esta função, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar preparado não somente para realizar as primeiras respostas, mas para atuar em todas essas etapas da gestão de risco. Deste modo, é preciso que todos os serviços de saúde reconheçam essa função, bem como os riscos à saúde decorrentes dos desastres e das emergências em saúde.

SMS-RJ



A **Atenção Primária à Saúde (APS)**, como organizadora da rede da atenção à saúde nos territórios em situações de riscos e afetados, é fundamental em todo o processo, pois é neste âmbito que ocorre a assistência e acompanhamento da saúde da população, bem como na identificação dos impactos subsequentes aos desastres e/ou emergências em saúde (surto, epidemias, intoxicações, exposição à rejeitos, desnutrição, agravos de doenças preexistentes, incluindo saúde mental são alguns exemplos).

A **Atenção Básica (AB)**, como modelo de assistência de APS, no Brasil, possui bastante capilaridade, atendendo territórios muito diversos mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelos seus profissionais cotidianamente. O olhar focado no território para identificar riscos e mitigar danos é fundamental, deste modo, a atenção colhe dados no território para programar e realizar suas ações.

A **Vigilância em Saúde (VS)** é importante na GRDE em saúde para a estruturação de fluxos de dados e informações que possibilitem avaliações rápidas dos riscos na esfera local e, em alguns casos, em tempo oportuno. Para isso, são necessários investimentos e ampliação de recursos tecnológicos (internet, celulares, etc), estruturação da rede de laboratórios, combinadas a propostas inovadoras de monitoramento que utilizem sistemas e/ou plataformas de detecção digital de doenças e vigilância participativa, ou seja, que integra dados coletados pelas comunidades organizadas e que podem auxiliar neste processo (Freitas e Cunha, 2023).

Atenção Primária à Saúde (APS): A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>

Atenção Básica (AB): A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Vigilância em Saúde (VS): Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>



O fortalecimento de integração APS e VS forma a rede necessária para a GRDE em saúde, pois a vigilância com todos os seus componentes (Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador) organiza e disponibiliza as informações para embasar as decisões no âmbito da atenção, subsidiando as ações de prevenção e promoção da saúde, bem como permitem o acompanhamento dos processos de recuperação e reabilitação da saúde nos territórios.

Em vários municípios brasileiros, a ausência ou insuficiência de um trabalho integrado entre atenção e vigilância é uma realidade, causando dificuldades tanto para determinar o processo saúde-doença no território, como para o controle das principais doenças e agravos. O princípio da integralidade da atenção na esfera local também é prejudicado quando a integração não é realizada em sua plenitude, ficando evidente durante a pandemia da Covid-19.

No entanto, diversos esforços têm sido empreendidos no sentido de apresentar estratégias de integração relacionadas à organização no território e ao processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica (AB) com o objetivo de possibilitar uma nova prática de vigilância e atenção básica com foco no cuidado ao indivíduo, a família e considerando o ambiente que os rodeia (Brasil, 2018). O **Guia Política Nacional de Atenção Básica: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**, publicado pelo Ministério da Saúde em 2018 faz parte desses esforços.

Avançar na integração APS e VS, investir na intensificação de fluxos de informações que ofereçam suporte para o processo de gestão de risco, aprimorar a qualidade da informação na esfera territorial e comunitário, além de desenvolver estratégias que valorizem as capacidades de participação e mobilização comunitária são alguns desafios da GRDE em saúde para as quais este documento orientador pretende contribuir, a partir de referenciais teóricos e exemplos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BOX 3

A forma de organização do SUS e seus **princípios básicos** são elementos favoráveis à GRDE em saúde no Brasil, pois permitem a realização de uma coordenação integrada e a elaboração de políticas sobre o tema envolvendo as três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), o planejamento e execução de ações intersetoriais, a atenção e cuidado integral, bem como ações voltadas à equidade em situações de desastres e emergências em saúde, no sentido de reduzir o sofrimento da população em relação aos impactos sanitário, social e econômico.

Fonte: Guia de Preparação e Resposta do setor saúde aos desastres (páginas 26 a 29).



CAPÍTULO 2



2

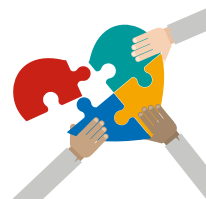
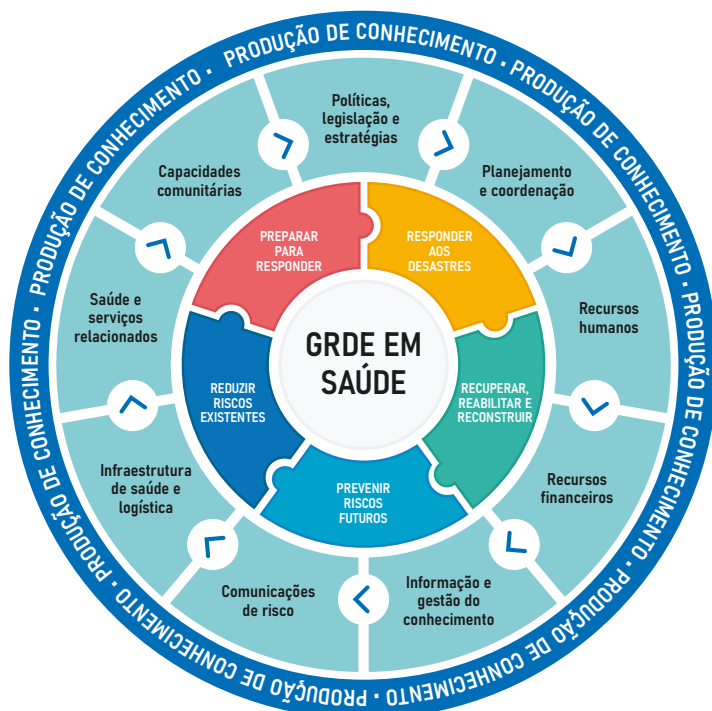
Componentes da GRDE em Saúde

A GRDE em saúde abrange uma série de funções que devem ser assumidas pelos serviços de saúde, mas que envolvem também outros setores. O setor saúde, ao reconhecer seu papel diante de eventos como desastres e ESP, contribui para reduzir coletivamente o risco à saúde, bem como para mitigar outras consequências danosas. Para isso, é necessária uma coordenação eficaz dessas funções para o sucesso da GRDE em saúde.

No documento *Estrutura de gestão de risco de desastres e Emergências de Saúde (OMS, 2019)*, usado como referência, algumas destas funções que devem ser exercidas pelos serviços de saúde de forma coordenada, foram agrupadas em dez componentes e podem ser consultadas na íntegra no **Anexo 2** do documento da OMS.

Neste documento orientador, abordamos esses dez componentes apresentados adaptados à realidade dos serviços de saúde do Brasil, a partir de exemplos vivenciados pelas equipes, em diferentes regiões do país. Os exemplos, além de aproximar os componentes à realidade do SUS, ajudam a compreender as possibilidades e limites da GRDE em saúde em distintos territórios brasileiros. Estes componentes devem fazer parte dos processos fundamentais de gestão de risco, integrando-se de forma transversal em todas as etapas.

FIGURA 1 | Processos fundamentais e componentes para GRDE em saúde



2.1 POLÍTICAS, LEGISLAÇÃO E ESTRATÉGIAS

As políticas e a legislação, em diferentes níveis, definem papéis e responsabilidades do poder público junto à GRDE em saúde e podem orientar a função de outros atores em diferentes fases do processo de gestão.

Neste sentido, é fundamental que as estratégias e planos delineados pelos serviços de saúde estejam alinhados às políticas existentes e à legislação vigente para garantir a assistência necessária à toda população, especialmente à afetada.

As estratégias e planos para a GRDE em saúde devem compor tanto o planejamento estrutural como o orçamento anual, com previsão de recursos para este fim. Além disso, precisam estar integradas aos programas nacionais, regionais e locais de saúde.

O embasamento em políticas públicas é essencial neste processo, pois oferece respaldo legal aos gestores na tomada de decisão em momentos de crise. Existem leis, por exemplo, que amparam a contratação emergencial, compra de insumos e equipamentos.

Um dos principais problemas enfrentados por municípios de diferentes regiões do Brasil em relação à gestão de riscos é a descontinuidade das estratégias e programas implementados para dar suporte em momentos de resposta. Ao pautar estas ações em políticas públicas e na legislação, seja nacional, estadual ou municipal, os gestores sentem-se amparados em suas decisões, além de oferecer maior possibilidade de continuidade das ações quando ocorrem mudanças de gestores.

Ao mesmo tempo que oferece respaldo, este embasamento compromete os serviços de saúde e seus gestores a cumprirem seus papéis durante a GRDE em saúde. Deste modo, as políticas e a legislação específica sobre saúde durante a gestão devem delinear as funções e responsabilidades de todas as partes interessadas como o setor público, a iniciativa privada, o terceiro setor e a sociedade civil organizada.

É importante ressaltar que o Brasil, como signatário do **Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005)**, possui responsabilidade diante da comunidade internacional em planejar, coordenar, realizar a vigilância e o alerta precoce, preparar e executar a resposta e a recuperação de forma multidisciplinar e intersetorial, por meio de todos os serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Deste modo, faz-se necessário realizar um levantamento das políticas e a legislação sobre o tema ou correlatas antes de estabelecer planos e estratégias de GRDE em saúde na esfera municipal, estadual e nacional. É preciso considerar neste levantamento as políticas que estão de forma direta ou indireta relacionadas ao processo de gestão.



Além disso, é importante ainda identificar as lacunas do ponto de vista legal e de políticas para propor avanços neste sentido, pois apesar das conquistas dos últimos anos, é preciso subsidiar, propor e cobrar dos legisladores um arcabouço legal robusto para a GRDE em saúde, incluindo mecanismos de proteção social para que a população tenha condições de cumprir determinadas medidas sanitárias.

EXEMPLO

A importância de políticas estabelecidas e de legislação específica durante a pandemia da Covid-19 no Brasil

Ao contrário de países com acesso restrito e cobertura parcial de atenção à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública que estabelece acesso universal aos cidadãos, foi fundamental para garantir o direito dos usuários a serviços de assistência às pessoas infectadas, de vigilância à saúde para o controle da situação sanitária em diferentes momentos, de vacinação em massa, entre outras ações de saúde pública durante a pandemia da Covid-19.

A legislação, que prevê a definição dos papéis das esferas nacional, estadual e municipal, contribuiu para reduzir divergências entre decisões de governantes nos três níveis de atuação do SUS. Os gestores municipais e estaduais tiveram autonomia e respaldo legal para tomar decisões importantes no sentido de conter a disseminação do vírus como, por exemplo, o uso de máscaras em determinados locais e períodos e a liberação de acordo com os índices de cada momento epidêmico, ou ainda, orientar a determinação de abertura ou fechamento do comércio e outros estabelecimentos, a partir de critérios técnicos.

É importante ressaltar que medidas sanitárias são eficientes quando a população afetada tem condições de cumpri-las. Durante a pandemia da Covid-19 no Brasil houve momentos em que foi decretado, como medida preventiva, distanciamento físico e social. No entanto, dependendo da atividade laboral e considerando o grande número de trabalhadores informais como, vendedores ambulantes, entregadores e motoristas de aplicativos, a medida significava ficar sem nenhuma fonte de renda. Portanto, medidas sanitárias devem ser acompanhadas de leis que garantam proteção social, possibilitando a todos o cuidado necessário durante uma ESP.

2.2 PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO

As lições aprendidas com os desastres e as emergências em saúde vivenciada nos últimos anos no Brasil têm revelado a necessidade de melhorias nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, para enfrentamentos futuros. A primeira lição indica que precisamos nos preparar para além da resposta imediata e avançarmos em medidas para todas as fases da gestão de risco. Para tanto, é preciso estabelecer um planejamento e formas de coordenação no âmbito dos serviços.



O planejamento tem como objetivo sistematizar as ações próprias de cada serviço de saúde envolvido na GRDE em saúde. Um bom plano deve proporcionar a interlocução entre as áreas, promovendo a integralidade no cuidado à saúde, bem como prever ações intersetoriais para garantir uma gestão eficaz. Deve ainda incorporar as diferentes esferas de atuação do SUS (municipal, estadual e federal), cada qual com suas atribuições, além da sociedade organizada e das comunidades que podem sofrer maior nível de exposição durante um desastre ou emergência em saúde.

O envolvimento da esfera municipal e o olhar com foco na dinâmica do território durante o planejamento é de extrema importância, pois muitas vezes é no âmbito comunitário que ocorre o alerta e são iniciadas as primeiras ações a uma situação que pode se tornar uma eventual ESP.

A população local deve ser considerada informante chave e ter uma participação efetiva desde a fase de planejamento até a recuperação. Portanto, além do planejamento das equipes de saúde locais, as atividades na comunidade, incluindo as ações de vigilância e cuidado à saúde podem envolver a participação das comunidades no seu planejamento e execução. A articulação e o fortalecimento do papel dos profissionais de saúde locais, da sociedade civil e das lideranças comunitárias são centrais na GRDE em saúde.

EXEMPLO

O protagonismo dos povos indígenas da Amazônia durante a pandemia da Covid-19

Os povos indígenas foram considerados grupos de risco com a chegada da Covid-19 no Brasil, com indicação de receber atenção redobrada pelas autoridades sanitárias. Entretanto, muitos territórios indígenas sofreram e ainda sofrem com a invasão provocada pela grilagem de terra, garimpo e exploração de madeira ilegais, dentre outros problemas complexos que prejudicaram o isolamento, aumentando o risco de infecção dessas populações.

Preocupada com o avanço do coronavírus em terras indígenas, uma organização regional, criada por lideranças indígenas em 1989, elaborou o **“Plano de Ação Emergencial de Combate ao Avanço do Coronavírus e de Tratamento entre os Povos Indígenas da Amazônia Brasileira”**.

Este plano tornou-se uma importante ferramenta de mobilização e coordenação de ações conjuntas entre lideranças indígenas, parceiros, apoiadores e autoridades. Estruturado em quatro eixos - Comunicação; Gestão e Governança; Emergências de Assistência e Cuidados Básicos; e Soberania Alimentar e Medicina Indígena - o plano contribuiu para reduzir o risco de exposição ao vírus da Covid-19 e mitigar as vulnerabilidades biológica, social e política historicamente enfrentada pelos povos indígenas.





COIAB/ CIR

Os esforços coletivos impediram que a doença se alastrasse de forma devastadora nos territórios indígenas, tornando o plano um instrumento fundamental para evitar que mais vidas indígenas fossem perdidas. Com o lema “Não são números, são vidas!”, a organização manteve uma força tarefa para complementar as informações divulgadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, minimizando os problemas de subnotificação de casos confirmados e óbitos dentre a população indígena de 22 distritos sanitários, nos nove estados que compõem a Amazônia Legal.

Como elaborar planos de GRDE em saúde?

O primeiro passo é definir em que âmbito o plano deve ser colocado em prática. Planos nacionais são pautados em diretrizes gerais que orientam as ações do setor de saúde estaduais/regionais e municipais locais/comunitárias. Incluem aqueles desenvolvidos para apoiar a implementação nacional do RSI (2005) e do Marco de Sendai e, em geral, têm caráter multidisciplinar e intersetorial.

Os planos na esfera estadual, em geral, são elaborados conforme o tipo de ameaça. Os estados da federação que possuem estruturas de vigilância em saúde organizada em setores regionalizados, por exemplo, podem estabelecer planos de GRDE para o território de abrangência em que atua e de acordo com as diferentes ameaças e vulnerabilidades que enfrentam.



No âmbito municipal, os planos são fundamentais para iniciar a resposta, no entanto, não podem perder de vista as demais fases da gestão, como recuperação e reabilitação, produzindo a integração dos diferentes setores no sentido de promover o cuidado integral à saúde.

Os planos elaborados podem ser aprimorados durante o processo de gestão, pois mesmo um bom planejamento pode deixar de prever situações novas ou ainda riscos não previsíveis. É importante ressaltar que os planos são dinâmicos e precisam ser atualizados periodicamente. Superada a fase aguda da ESP, as lições aprendidas contribuem para o aperfeiçoamento dos planos e a busca por resiliência do setor ou serviço de saúde.

Como envolver todos estes atores e executar as ações de forma coordenada?

A definição de papéis e envolvimento de diferentes atores é outro ponto importante durante o planejamento. Estratégias específicas do setor saúde devem ser estabelecidas para garantir a coordenação adequada para todo o SUS e intersetorialmente.

Secretaria do Meio Ambiente (SEMA-BA) 2019



Na ocorrência de um desastre ou emergência em saúde, é estabelecido o Comitê Operativo de Emergência (COE), que pode ter outra denominação, dependendo do estado ou município, para momentos de crise no qual a tomada de decisão deve ser rápida e precisa. O COE funciona, na maioria das vezes, somente durante a fase de resposta, com a participação de representantes de todas as áreas técnicas necessárias à resposta de um evento. Após a fase crítica, é desativado, no entanto, é importante manter alguma articulação intersetorial nas fases de recuperação e reabilitação para que todos os setores continuem envolvidos na redução do risco, com perspectiva de preparar os serviços de saúde para eventos futuros.

Neste sentido, gestores alocados em funções estratégicas da GRDE em saúde, como diferentes áreas da Vigilância em saúde e da Atenção Primária, devem estar atentos a reabilitação e recuperação e não perder de vista a necessidade de preparação para futuros eventos. É sob os gestores que recaem os principais problemas e desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde durante uma ESP, portanto manter a continuidade das ações específicas em cada fase da gestão deve ser encarado por estes profissionais como uma prioridade e oportunidade de aprimorar os serviços com vistas para enfrentamentos futuros.

Os profissionais de saúde devem participar ativamente da elaboração dos planos, pois compreendem os processos de trabalho de toda a rede de atenção à saúde do território e a articulação entre as diferentes áreas para produzir melhores resultados, com possibilidade de manter contato direto ou indireto com todas as equipes de saúde e com a comunidade atendida, em diferentes etapas da GRDE em saúde.

EXEMPLO

Planos regionais e ações junto a municípios para mitigação de danos provocados pelo derramamento de petróleo cru

Gestores alocados na área de Vigilância em Saúde em um estado da região Nordeste, localizada em áreas de risco de origem natural e tecnológica, vinham realizando desde 2018 capacitações para profissionais de saúde atuarem em suas regiões em caso de desastres como inundações bruscas, deslizamentos, seca, estiagens e acidentes tecnológicos.

As capacitações resultaram na elaboração de planos de preparação e resposta para estes eventos. Em 2019, quando surgiram as primeiras manchas de petróleo cru no litoral norte do estado, os profissionais colocaram em prática um plano regional elaborado em conjunto com os profissionais de saúde do município. As manchas atingiram uma vasta extensão da área litorânea ao sul do estado, afetando 22 locais com 213 fragmentos de óleo.

Além de agir na resposta imediata, à Vigilância em Saúde do estado, articulada com equipes dos municípios, deram continuidade das ações nas fases de reabilitação e recuperação como a elaboração de fluxos e critérios para adoção das medidas de vigilância e atenção à saúde da



população exposta, para o manejo clínico e assistência para eventos desta natureza; estratégias de mobilização nos níveis local e regional para educação permanente; avaliação e monitoramento de efeitos e impactos à saúde a médio e longo prazo, após exposição, com o uso de ferramentas apropriadas e orientações para caracterizar o tipo de exposição.

Posteriormente, o estado e os municípios afetados criaram um **protocolo** com orientações para as equipes técnicas e gerenciais dos serviços de saúde nos âmbitos municipal, regional e estadual, do Sistema Único de Saúde (SUS) agirem em eventos futuros.

2.3 RECURSOS HUMANOS

Manter equipes de saúde preparadas para atuar em todas as fases da GRDE em saúde requer planejamento, ajustes na rotina de trabalho, formação, capacitação e treinamentos de todo pessoal envolvido, bem como para profissionais de diferentes níveis de formação e voluntários. Além disso, a preparação destas equipes deve prever capacitações específicas que contribuam para manter a saúde dos **trabalhadores dos serviços de saúde**.

Trabalhadores dos serviços de saúde: Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, biólogos etc.), quanto os trabalhadores da saúde, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros, entre outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, prestando serviços na assistência ou na vigilância à saúde.

2.3.1 Planejamento e ajustes na rotina de trabalho



Revista Radis

O planejamento de equipes consiste em levantar a capacidade de recursos humanos em todos os serviços de saúde e manter estes dados atualizados para facilitar a reorganização de pessoal e de equipes ou ainda justificar a contratação de novos profissionais, quando necessário.

Os ajustes na rotina contribuem para redistribuir a carga de trabalho no sentido de suprir demanda reprimida, garantir o direito a folgas semanais e a pausas no expediente diário dos trabalhadores envolvidos e não deixar a população desassistida de nenhum serviço de rotina durante os momentos mais críticos de um desastre ou emergência em saúde.



Entretanto, é importante ressaltar a necessidade de melhorias relacionadas às condições de trabalho cotidianas dos trabalhadores dos serviços de saúde. Estes profissionais exercem suas funções em meio a condições nem sempre adequadas, com sobrecarga de trabalho, jornadas prolongadas, escassez ou ausência de intervalos durante os turnos, capacidade técnica limitada, carência ou inadequação de equipamentos de segurança e precarização de vínculos, que dificultam a permanência do trabalhador por muito tempo atuando em um mesmo território.

EXEMPLO

Vacinação de rotina na área rural durante a pandemia da Covid-19

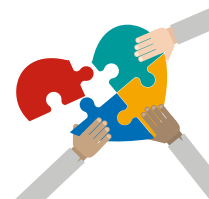
Uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona rural de um estado da região Nordeste conseguiu manter a cobertura vacinal de rotina durante os primeiros meses da pandemia da Covid-19, mesmo com uma equipe reduzida e sem ter uma sala de vacinação fixa. Com pequenos ajustes na rotina dos serviços, a equipe formada por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica e cinco agentes comunitários de saúde, manteve um dos serviços essenciais para a saúde pública.

As estratégias utilizadas foram manter de forma permanente a oferta de vacina para todos os usuários (crianças, idosos e adultos) que procuravam a UBS, ações de educação e saúde, estimulando a vacinação, busca ativa de crianças com vacinas atrasadas, sobretudo as indicadas no primeiro ano de vida, ações de vacinação na comunidade para as pessoas que tinham medo de ir até a UBS em virtude da Covid-19 e manutenção das campanhas de rotina, como a vacinação da gripe, por exemplo.

Este exemplo demonstra como as atividades de rotina não foram afetadas durante a fase mais crítica de isolamento social em virtude da reorganização dos recursos humanos disponíveis e por meio de ajustes na rotina da equipe da UBS.

2.3.2 Formação, capacitação e treinamentos

A formação é um investimento em longo prazo e requer a criação e fomento de políticas educacionais específicas para atuar em ESP em todos os níveis (médio/técnico, graduação e pós-graduação). A formação de recursos humanos para GRDE em saúde abrange áreas técnicas como planejamento para emergências em saúde pública, gestão de incidentes, epidemiologia, diagnósticos laboratoriais, gestão da informação, avaliação de riscos e de necessidades, logística, comunicação de risco e prestação de serviços de saúde, dentre outras.



As capacitações são ações educativas continuadas, essenciais para o êxito dos serviços de saúde em todas as fases de gestão. Podem ser realizadas de acordo com demandas do território como as destinadas ao enfrentamento de cenários de seca, estiagens, inundações, epidemias e endemias que assolam determinadas regiões. Estes eventos podem promover mudanças nos quadros epidemiológicos ou intensificar situações preexistentes durante um ESP, exigindo, portanto, novos conhecimentos e inovação nas formas de atuação.

Os treinamentos visam preparar os profissionais de saúde para situações específicas, como por exemplo, para uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI), para agir com segurança em momentos críticos, para emprego de teleatendimento quando necessário e na realização de exercícios simulados para emergências em saúde pública.

A **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** oferece respaldo legal para ações educativas do SUS. Esta política incentiva a articulação da teoria com as práticas dos serviços de saúde e integrando ensino-serviço-comunidade e pode ser um recurso valioso para a GRDE em saúde. As parcerias com universidades, institutos de pesquisa são estratégias fundamentais, bem como a atuação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública, das Escolas de Governo e do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

As ações voltadas à melhoria dos recursos humanos tornam as equipes de saúde mais bem preparadas para o exercício de suas funções durante a GRDE em saúde. O preparo do ponto de vista técnico, associado à valorização profissional no ambiente de trabalho, podem contribuir para amenizar fatores de risco de adoecimento entre profissionais de saúde. Assim como é importante o cuidado com a saúde desses trabalhadores durante e após o evento.

EXEMPLO

Capacitação em saúde mental e atenção psicossocial

Um projeto relacionado aos cuidados com a saúde mental de trabalhadores da saúde foi implementado durante o início da resposta à pandemia da Covid-19 em uma cidade Centro-oeste brasileiro com 23 mil habitantes. A iniciativa contou com a parceria de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz - Brasília, que realizaram capacitações virtuais para os profissionais de saúde, incluído equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e Atenção Básica (AB), para que pudessem prestar os primeiros cuidados psicossociais. Após a capacitação, o grupo capacitado deu continuidade aos trabalhos, que se estendeu aos usuários da rede SUS e envolveu estagiários, estudantes de psicologia de uma universidade próxima, fortalecendo o quadro de profissionais aptos para oferecer os cuidados necessários durante a fase mais crítica da pandemia.



O projeto seguiu três linhas de ação: o fortalecimento do laço comunitário a partir das demandas da comunidade; a comunicação em saúde por meio de vídeos, cartazes e podcast em saúde mental; e o apoio para a qualificação dos profissionais da APS para acolher a demanda de saúde mental e cuidados psicossociais gerados pela Covid-19.

Este exemplo demonstra a importância da formação e da capacitação para melhor preparo das equipes, mas também revela que investimentos neste sentido podem ampliar a capacidade de atendimento, pois tanto profissionais de saúde como a população usuária do SUS foram beneficiados pela iniciativa.

2.4 RECURSOS FINANCEIROS

O setor saúde deve prever nos orçamentos municipal, estadual e federal recursos para implementação e suporte das ações de saúde pública para todas as etapas do processo de GRDE em saúde. Uma forma de garantir esses recursos é a inserção de ações de gestão tanto nos planos plurianuais como nas agendas estratégicas das secretarias de saúde de estados e municípios.

O Plano Plurianual (PPA), previsto no art. 165, I da Constituição Federal, é o principal instrumento de planejamento público para orientação estratégica, estabelecimento de prioridades e metas, podendo prever despesas de capital e custeio destinadas à gestão de risco para diferentes setores, incluindo a saúde. As agendas estratégicas podem ser organizadas de acordo com demandas específicas, sobretudo em estados e municípios com histórico de eventos (CONASS, 2021). Para saber mais, consulte o *Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS*.

Além de prever recursos no orçamento da saúde nas três esferas de governo, os sistemas de financiamento precisam oferecer mecanismos de flexibilização, dentro de bases legais, para uso destes recursos para momentos críticos. Embora parte dos riscos sejam passíveis de previsão, os cenários durante uma pandemia, por exemplo, são altamente mutáveis e exigem agilidade na disposição de recursos em determinados momentos.

EXEMPLO

Indicadores contribuem para direcionar os recursos destinado à saúde

Na saúde, faz-se necessário o uso de indicadores para avaliar a situação de saúde e respaldar a tomada de decisão relacionada à aplicação dos recursos. A OPAS e o Ministério da Saúde lançaram em 2018 a publicação *“Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos”* com objetivo de auxiliar os Estados Membros da Região das Américas a selecionar, gerenciar, interpretar e usar os indicadores de saúde visando facilitar o progresso no monitoramento e na análise de situações e tendências em saúde para gerenciar recursos com base em evidências.



Considerando que a maior parte das ações de prevenção de riscos à saúde em desastres e emergências em saúde não estão desvinculadas das demandas de rotina do SUS, incluir **indicadores específicos** para este fim pode ter um saldo positivo na qualidade dos serviços de saúde e na otimização de recursos durante a GRDE em saúde.

2.5 INFORMAÇÕES E GESTÃO DO CONHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde tem incentivado todos os países a despender esforços para criar uma cultura de intercâmbio de informações que sirva como suporte à gestão em saúde. Nessa perspectiva, é importante que a coleta, análise e disseminação de informações sejam harmonizadas entre os setores relevantes, bem como implementados mecanismos para garantir que “a informação certa chegue às pessoas certas no tempo certo” (OPAS, 2020).

Em situações de desastres e emergências em saúde, esta iniciativa propicia a gestores, profissionais de saúde e população em geral obter informações de forma rápida e segura em todas as fases da gestão de risco e, sobretudo, nos momentos críticos. Na perspectiva da GRDE em saúde isso inclui avaliação de riscos, vigilância, alerta precoce, gestão da informação, orientações técnicas baseadas em evidências e pesquisas.

Para saber mais

Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005)

Anexo 2: Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências em saúde pública de importância internacional. (página 62).

Herramienta estratégica para la evaluación de riesgos: Conjunto integral de herramientas para la evaluación multiamenaza del riesgo de emergencias de salud (OPAS).

Anexo 2: Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional do Regulamento Sanitário Internacional

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de coleta de dados e monitoramento pelos serviços de saúde. O objetivo dos sistemas de informações é obter dados para análise e compreensão da situação de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nas esferas municipal, estadual e federal. Estes sistemas são fundamentais para GRDE em saúde, entretanto, as lições aprendidas têm apontado a necessidade de aprimoramento no sentido de agilizar tanto o registro de dados como a disponibilidade em momentos críticos, suprir ausência ou insuficiência de determinados tipos de dados, como atendimentos, doenças, agravos e óbitos consequentes de desastres, bem como aperfeiçoar os registros no território.



**BOX
4**

Além dos dados referentes à saúde, disponíveis nos sistemas de informação, a GRDE em saúde necessita dados e informações disponibilizados por outras áreas como, por exemplo, dados de monitoramento hidrológico e meteorológicos, mapeamento geológico de risco, situação de vulnerabilidade social, dentre outros. Alguns estados e municípios possuem dispositivos próprios capazes de disponibilizar em uma única plataforma, dados necessários a diferentes tipologias de desastres ou emergências em saúde. **Acesse o link e veja o exemplo.**

Decretos
Alertas
Kits
Áreas de risco
Risco populacional
Queimadas
Links importantes

Alertas por UF

UF	Número de alertas
SP	1,3 Mil
MG	1,1 Mil
RJ	0,8 Mil
SC	0,6 Mil
ES	0,4 Mil
PE	0,2 Mil
BA	0,2 Mil
AL	0,1 Mil
AM	0,1 Mil
PR	0,1 Mil
RS	0,1 Mil
MA	0,1 Mil
PA	0,1 Mil
PB	0,0 Mil
CE	0,0 Mil
RN	0,0 Mil
PI	0,0 Mil
MS	0,0 Mil
MT	0,0 Mil
AC	0,0 Mil
TO	0,0 Mil
AP	0,0 Mil
GO	0,0 Mil
RR	0,0 Mil
SE	0,0 Mil
RO	0,0 Mil

Alertas por Status

5658 Total de alertas	150 Alertas vigentes	5508 Alertas cessados
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Alertas por Nível

4859 Moderado	751 Alto	48 Muito alto
-------------------------	--------------------	-------------------------

Alertas por desastres e UF

● Enxurrada ● Enxurrada ● Inundação ● Inundação ● Movimento de Massa ● Risco Hidrológico

Alertas Vigentes

UF	Mun	Nível	Dia	Mês	Número	Desastres
AM	Manaus	Moderado	6	janeiro	100-2023	Movimento
AM	Manaus	Moderado	8	setembro	2384-2022	Movimento
AM	Manaus	Moderado	15	outubro	2455-2022	Movimento
AM	Manaus	Moderado	15	outubro	2456.1-2022	Inundação
AM	Manaus	Moderado	15	outubro	2456-2022	Enxurrada
AM	Manaus	Moderado	17	dezembro	3215-2022	Movimento
AM	Manaus	Moderado	26	dezembro	3413-2022	Movimento
AM	Manaus	Moderado	27	dezembro	3422.1-2022	Enxurrada

Diariamente o CEND encaminha para o VIGIDESASTRES alertas sobre riscos de desastres, ou o cessar dos alertas vigentes. O VIGIDESASTRES nacional encaminha aos Estados todos os alertas altos ou muito alto, por e-mail. Os alertas são encaminhados com o objetivo de aumentar a vigilância sobre os eventos, além de acionar os planos de contingência caso necessário.

Média de dias vigentes do alerta por UF

Período:

Desastres:

Status:

Região. UF. M...:

15/02/2023
Atualização

15:00
Horário da atualização

Cenad
Fonte

De 2021 a 2023

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Um grande desafio para um país como o Brasil, que possui extensa fronteira territorial com outros países da América do Sul, é a obtenção de dados em conjunto para produzir informações e compartilhar decisões. Os desafios relacionados à vigilância de fronteiras vêm exigindo o fortalecimento de redes de colaboração para atuar no cotidiano dos serviços de saúde e com atenção especial durante o processo de gestão de ESP de importância nacional e internacional.



A partir da análise da resposta à pandemia da Covid-19 no Brasil nos primeiros seis meses, realizada por Freitas e Cunha (2021), identificamos exemplos de limites na perspectiva da vigilância em saúde.

EXEMPLO

Lições aprendidas diante da pandemia e recomendações para o enfrentamento de situações futuras

Avaliação dos riscos

Desde o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, foi fundamental o registros sobre casos, óbitos e recuperados, combinados com indicadores como taxas de incidência, mortalidade e letalidade, expressos em acumulados, semanas epidemiológicas ou médias móveis, apresentados em diversos painéis, sistematizados e analisados, subsidiando parte do debate e decisões sobre as medidas de saúde pública para o enfrentamento da pandemia, tornando-se dinâmica a avaliação dos riscos durante diferentes fases da GRDE em saúde. Estes registros foram realizados no âmbito municipal, estadual e federal, no entanto, dados específicos sobre o território tornariam a avaliação de risco mais precisa, sobretudo em municípios de grande porte ou em regiões com características socioeconômicas e ambientais singulares.

Vigilância em saúde

As ESP exigem que a vigilância seja tratada a partir de uma abordagem integral e como parte de uma gestão prospectiva dos riscos, em lugar de abordagens setoriais e de gestão reativa sobre os danos e consequências que são frequentes em abordagens focadas apenas nas respostas. Deste modo, a pandemia da Covid-19 demonstrou que não se pode dissociar o que se deseja conhecer acerca da ESP, o que envolve desde a coleta de dados até a análise e disseminação das informações; do que se deseja fazer em relação a esta, o que envolve planejamento e a implementação de medidas de saúde pública. Além disso, ao considerar a perspectiva sistêmica e a integralidade da saúde é fundamental que a vigilância em saúde considere todos os setores e ações envolvidos durante uma ESP, como a Vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e da saúde do trabalhador. A articulação e o trabalho conjunto das vigilâncias são fundamentais para a gestão do conhecimento e de informações durante uma ESP.

Alerta precoce

É preciso reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce que exige maior integração entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde, considerando que no território são notificados os casos e são iniciadas as primeiras respostas. Há necessidade ainda, desde o alerta, de criar e avaliar protocolos com abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e nas comunidades que vivenciam a ESP e seus impactos na saúde.



Gestão da informação

Não basta organizar e disponibilizar as informações. O modo de perceber a realidade e de organizar os dados e fatos relacionados com a ESP tem implicações, embora nem sempre visíveis e consideradas, nos aspectos das políticas públicas e de justiça social. Quem se deve proteger de determinados riscos? Quais as implicações (econômicas e políticas) dessa decisão? Quais alternativas existem para populações não priorizadas naquele momento? Estas são algumas questões para exemplificar como a forma de gerir a informação pode surtir certos resultados em detrimento de outros.

Orientações técnicas baseadas em evidências

A integração da Atenção Primária e a Vigilância em Saúde é fundamental na produção de informação para a ação. Na Vigilância em Saúde, por exemplo podemos citar a adoção de medidas de saúde pública, como de distanciamento físico e social mais restritivas para reduzir a curva epidêmica ou para os processos graduais, a retomada dos serviços não essenciais e das atividades econômicas e sociais durante a resposta à COVID-19. O acompanhamento realizado nos territórios pela Atenção Primária permite que casos considerados leves sejam monitorados e encaminhados para os cuidados assistenciais quando necessário, reduzindo a sobrecarga nos hospitais e evitando que alguns chegassem a necessitar de leitos de UTI. A coleta, a consolidação e a análise de dados devem fornecer informações sobre o impacto nas condições de vida e saúde na população e seus diferentes resultados (taxas, incidência, mortalidade e letalidade) sobre determinados grupos populacionais (por raça/cor, etnia e classe social) ou territórios (locais e bairros, por níveis de pobreza), por exemplo. Estas informações propiciam a gestores, profissionais de saúde e população em geral obter informações de forma rápida e segura em todas as fases da gestão de risco.

Pesquisa

Durante a Covid-19, a pesquisa científica confirmou determinadas evidências de forma rápida e outras ao longo do desenvolvimento da ESP, gerando informações e conhecimentos para pautar as práticas preventivas, formas de tratamento, produção de vacinas e outras medidas inovadoras para gestão de riscos, que foram além da área da saúde. A integração com instituições de ensino e pesquisa foi fundamental e para isso, os gestores tiveram que identificar parceiros mais próximos. Estes conhecimentos precisam chegar de forma compreensível a diferentes públicos como pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, todos os tipos de mídia, comunidades e pessoas. Para tanto, é fundamental definir estratégias de disseminação da informação para diferentes públicos.



2.6 COMUNICAÇÕES DE RISCO

A comunicação de risco é um componente importante da resposta aos desastres e emergências em saúde e está prevista no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), pois as pessoas têm o direito de ser informadas sobre os riscos e de como se proteger.

A Comunicação de risco pode ser compreendida como troca de informação, aconselhamento e pareceres entre peritos ou funcionários e pessoas que enfrentam uma ameaça (perigo) para sua sobrevivência, a saúde ou o bem-estar econômico ou social (OPAS, 2018).

Para uma comunicação de risco eficiente é preciso selecionar o que comunicar, para que público e em que momento. Os responsáveis pela sua coordenação sejam profissionais, setores e/ou instituições devem estar atentos a uma série de recomendações. A primeira delas é ter clareza sobre a questão ou o problema a ser enfrentado de acordo com o momento da emergência.

Os responsáveis pela comunicação de risco devem estar atentos aos diferentes públicos que pretendem alcançar. A quem a comunicação deve estar direcionada neste momento? Estas são orientações importantes para conseguir resultados mais eficientes. Em alguns momentos as informações são comuns a diferentes públicos e podem ser realizadas ao mesmo tempo (mídia, profissionais de saúde e de outras áreas envolvidos na resposta, empresários, população em geral). Em outros, há necessidade de escolher informações e linguagens específicas para cada um desses públicos e criar canais de escuta para o retorno dessa população.

É importante enfatizar que a comunicação de risco deve estar embasada em fontes de informações seguras, evitar ruídos e combater *fake news*. Em momentos de crise o risco de distorção, espontânea ou mesmo intencional, do que está acontecendo, torna-se maior.

EXEMPLO

Mobilização e comunicação durante a pandemia da Covid-19

A **mobilização** e engajamento comunitário para produção e fornecimento de conteúdo informativo foram as estratégias que uma das maiores favelas, localizada no Sudeste do país, encontrou para fortalecer a comunicação durante a pandemia da Covid-19.

A comunicação foi organizada por um Grupo de Trabalho (GT), formado por profissionais de saúde, representantes das instituições parceiras e lideranças comunitárias. Um planejamento estratégico de comunicação foi elaborado para atualizações em momentos chave e de acordo com as necessidades impostas em diferentes momentos da pandemia, orientando as ações das equipes, e produzindo mensagens específicas para cada público (institucional/parceiros, poder público, pesquisadores e imprensa).



Foram utilizadas múltiplas formas e locais de disseminação para cada tipo de informação, com apoio de atores específicos e utilizando o potencial comunitário como: redes sociais, boletins, cartilhas, lambe-lambe, carro de som, rádio e jornais comunitários, rappers, influencers, lideranças e profissionais de saúde.

Conexão Saúde – Redes da Maré



Ações de combate à desinformação e às *fake news* foram pensadas estrategicamente, dentre estas uma personagem foi criada especificamente para este fim - a Dra. Ana, médica, negra, moradora da comunidade e profissional do SUS, que protagonizou mais de 20 edições de *cards* com respostas a dúvidas sobre a doença, abordando temas como sintomas, tratamentos e vacinação. Outra estratégia dessa vertente de trabalho foi a produção de uma série de vídeos gravados com um influenciador e morador abordando situações reais da favela com orientações objetivas sobre a pandemia.

ASCOM - Prefeitura de Brumadinho



2.7 INFRAESTRUTURA DE SAÚDE E LOGÍSTICA

Tornar a infraestrutura das unidades de saúde preparadas para o enfrentamento de um ESP tem sido uma preocupação constante em diferentes regiões do país. É comum a queixa de profissionais de saúde e gestores sobre condições precárias dos ambientes de trabalho, sejam hospitais, unidades básicas, ambulatoriais, laboratórios, etc.



Além disso, deve-se considerar a presença de unidades de saúde em áreas de risco de inundações, deslizamentos e de outras ameaças naturais e tecnológicas que impedem ou criam dificuldades de atendimento em momentos que a população mais precisa. Portanto são necessárias avaliações prévias de riscos em instalações de saúde, que devem estar contempladas nos planos de contingência, bem como avaliações posteriores a um evento, no sentido de reconstruir estruturas mais resistentes e resilientes aos impactos.

Pensar os desastres e as emergências em saúde como ameaças reais e atuais e não somente como possibilidades remotas, é também um motivo para melhoria das condições da infraestrutura dos ambientes do setor saúde. Sendo assim, toda reforma promovida nas instalações deve estar ancorada em projetos de sustentabilidade e redução dos riscos e impactos ambientais e climáticos no setor saúde.

Nos momentos críticos, alguns serviços básicos, como fornecimento de água e energia, por exemplo, são interrompidos. A logística envolve formas alternativas de abastecimento, armazenamento e provisão de recursos básicos para atendimento, incluindo medicamentos e suprimentos, bem como sistemas confiáveis de transporte e comunicação.

Dentre as fases mais difíceis da resposta à Covid-19, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como máscaras, provimento de medicamentos básicos e a possibilidade de faltar seringas e agulhas para a vacinação foram motivos de grande preocupação entre gestores. As ESP provocadas por situações epidemiológicas, como a Covid-19, bem como situações envolvendo desastres, exigem provisão de insumos básicos e para enfrentar e lidar com cenários críticos.

BOX
5

Para saber mais:

O documento *STAR-H: Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud da OPAS*, apresenta a metodologia STAR-H que auxilia os profissionais e responsáveis pela gestão de emergências sanitárias e riscos de desastres a detectar e avaliar riscos das unidades e estabelecimentos de saúde, como parte do planejamento estratégico para melhorar a preparação das instalações. Esta metodologia foi projetada para uso em unidades de saúde de qualquer tamanho e capacidade.



Um município do Sudeste do Brasil com aproximadamente 41 mil habitantes enfrentou em 2019 impactos de um desastre provocado pelo rompimento de uma barragem de mineração. A extensão desse desastre ocorrido mostra a relevância de se mensurar os impactos para a população do entorno, que inclui a contaminação do ambiente e os desfechos desfavoráveis sobre a saúde física e mental, além de outros aspectos relevantes para a economia local. Em março de 2020, como uma sobreposição de riscos, surgem no município os primeiros casos suspeitos de Covid-19, fazendo as equipes de saúde local, que ainda estavam na fase de recuperação do rompimento da barragem, responderem a uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Os gestores alocados em diferentes setores da saúde, pautados na experiência do desastre tomaram as providências necessárias para manter a infraestrutura dos serviços de saúde, dentre as medidas foi montado um hospital de campanha com equipe específica para atendimento dos casos suspeitos de Covid-19. Com isso, as unidades de saúde puderam seguir a rotina da Atenção Primária, que já envolvia o atendimento de afetados pelo desastre do rompimento da barragem, e seguir a orientação de ter local específico para atendimentos de usuários com sintomas de Covid-19.

2.8 SAÚDE E SERVIÇOS RELACIONADOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um importante papel como área de prestação de serviços e de pesquisa em relação às ESP. Como prestação de serviços, cabe ao SUS atuar em todas as etapas da GRDE em saúde a partir de ações específicas de cada área. Estas ações devem ser coordenadas e integradas em um processo único de cuidado para com a população afetada, sempre considerando a temporalidade dos impactos na saúde (impactos em curto, médio e longo prazos) e o alcance espacial (impactos locais, regionais, nacionais e globais).

Neste sentido, são envolvidos no processo de gestão de risco, de acordo com o tipo de ESP, os serviços prestados pelas Rede de Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, os diferentes componentes da Vigilância em Saúde, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública, os Institutos de Pesquisa, dentre outros.

Além disso, essa integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde, com todos os seus componentes, é condição essencial para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas antes, durante e depois das ESP, na ótica da integralidade da atenção à saúde.



O Vigidesastres e a Rede CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - exercem papel estratégico na detecção de casos e na identificação de rumores que possam envolver risco à saúde pública, que devem ser avaliados, contribuindo assim a preparação, o alerta e a prospecção de cenários de incerteza, que contribuem para a tomada de decisão.

EXEMPLO

Síndrome Congênita do Vírus Zika

Ministério da Saúde

Orientações às gestantes sobre os casos de microcefalia

- Façam corretamente o pré-natal e realizem todos os exames recomendados pelo médico.
- Não consumam bebidas alcoólicas ou qualquer tipo de drogas.
- Evitem contato com pessoas com febre, manchas vermelhas pelo corpo ou infecções.
- Não utilizem medicamentos sem a orientação médica.
- Adotem medidas que possam reduzir a presença de mosquitos transmissores de doenças, com a eliminação de criadouros (retirar recipientes que tenham água parada e cobrir adequadamente locais de armazenamento de água).
- Protejam-se de mosquitos. Mantenham portas e janelas fechadas ou teladas, usem calça e camisa de manga comprida e utilizem repelentes indicados para gestantes.

#saude nas redes | blog.saude.gov.br | SUS | [/minsaude](https://www.facebook.com/minsaude)

SÁBADO DA FAXINA
NÃO DE FOLOJA PARA O MOSQUITO DA DENGUE

A Síndrome Congênita do Vírus Zika no Brasil foi um evento rápido, intenso e desafiador que tornou visível tanto as capacidades como as fragilidades do SUS em atender os diferentes impactos e demandas que as ESP exigem.

Dentre as capacidades do SUS, está a rápida notificação do aumento de ocorrência de partos de recém-nascidos vivos com microcefalia no país, especialmente em cidades do Nordeste. Estes casos foram detectados por obstetras e pediatras da rede SUS local, o que permitiu iniciar as investigações

de suas possíveis causas. Há ainda conquistas relacionadas à pesquisa básica, clínica e epidemiológica, lideradas por grupos de pesquisa de instituições vinculadas aos SUS e a formulação de políticas públicas de apoio às mães e crianças nascidas com Síndrome Congênita do Vírus Zika.

As fragilidades estão relacionadas principalmente à coleta de dados epidemiológicos e territoriais confiáveis e de promover o cuidado integral à saúde em longo prazo para as crianças acometidas pela síndrome e suas famílias e à distribuição da oferta dos serviços de saúde planejados para o acompanhamento.



É difícil afirmar certamente quando um evento como esse tem início, mas sabe-se que a partir de julho de 2014 foram registrados casos de doença exantemática, atribuída em 2015 ao vírus Zika. O fato de apresentar sintomas muito parecidos com outras doenças virais transmitidas por mosquitos, como dengue e Chikungunya, a circulação do Zika vírus no Brasil só foi possível de ser detectada e diagnosticada após um surto no estado da Bahia em abril de 2015.

O que ainda não havia sido detectado neste momento era o potencial de causar malformações durante a gestação de bebês de mães que tiveram exposição ao vírus durante a gravidez. A partir de agosto de 2015 as notificações de um tipo bastante característico de microcefalia realizadas pela Vigilância em Saúde de alguns estados do Nordeste à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, chamou a atenção de especialistas. Exames de imagem associados a relatos de quadro de exantema durante a gestação levaram especialistas a levantar a hipótese de uma possível relação entre o aumento de casos de microcefalia e a ocorrência de vírus Zika, confirmada posteriormente.

Os sistemas de Vigilância em Saúde adotados no Brasil, a atuação da Rede CIEVS e a cultura estabelecida da notificação pela Atenção Primária, a partir de critérios específicos definidos, foram fundamentais para que fossem detectados os primeiros casos e realizado o alerta precoce a todos os estados do país.

Em novembro de 2015 o Ministério da Saúde declarou o evento uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN. Por limitar as condições de vida de uma criança e devido a gravidade das consequências, em fevereiro de 2016 a OMS decretou a microcefalia associada ao Zika vírus uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII.

A partir disso, muitas ações foram realizadas, mesmo diante das incertezas características de cenários epidemiológicos desconhecidos. Houve um relevante empenho dos profissionais da Atenção Primária à saúde no enfrentamento à epidemia do vírus Zika. Com a publicação da Portaria GM/MS no 2.121, de 18 de dezembro de 2015 (Brasil, 2015), foram definidas as atribuições específicas para membros das equipes de Atenção Básica de todo o território nacional, sobretudo em relação aos exames pré-natal e ao acompanhamento das crianças diagnosticadas com a malformação.

A corrida pela produção de pesquisa básica e aplicada sobre o tema está em vigor, porém existem desafios importantes, em particular para testes diagnósticos e vacinas. Para tanto, foi criada a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (Renezika), em que instituições de pesquisa de vários países abriram-se à cooperação, governos mobilizaram recursos, revistas científicas aceleraram a publicação de artigos relacionados à emergência e deixaram seus conteúdos abertos para acesso via internet de forma gratuita.





Em relação à comunicação, as ações foram centradas em informações para o combate do mosquito transmissor (*Aedes aegypti*), além de informações e medidas de prevenção da doença, como uso diário de repelentes de longa duração, sobretudo em gestantes. Mulheres em idade reprodutiva foram aconselhadas a adiar planos de gravidez.

O percurso da GRDE em saúde foi repleto de dúvidas, algumas sanadas, entretanto, limitações, desafios e questões para a saúde pública ainda permanecem. Se o alerta e as primeiras respostas ao evento obtiveram satisfatório desempenho, as demais fases de GRDE em saúde, como a recuperação e reabilitação, apresentam limitações até os dias de hoje.

As limitações incluem o próprio diagnóstico da doença, ou seja, muitas crianças nascidas com a malformação, apesar de apresentarem características bastante visíveis, não puderam ser enquadradas como tal, pois os critérios como o perímetro cefálico sofreram modificações, o que limitou o número de famílias a terem direito à assistência social e a determinados serviços e cuidados de saúde oferecidos pelo governo.

A dificuldade das gestantes em relatar as possíveis exposições ao vírus incluindo sinais e sintomas durante a gestação, a falta de oportunidade para o diagnóstico laboratorial, a indisponibilidade dos resultados dos exames de imagem e testes para todos os casos foram também limitações encontradas pelos serviços de saúde naquele momento.

Em alguns estados, mesmo após a Zika reconhecida como epidemia, foi mantido o registro como sendo notificação de dengue, distorcendo as futuras análises feitas pela Vigilância em Saúde e pela comunidade científica sobre estas arboviroses.



A microcefalia associada ao Zika vírus apresentou aos serviços de saúde necessidades desconhecidas e inesperadas, distintas até mesmo dos casos de microcefalia já conhecidos. O cuidado em relação à criança acometida é complexo, deve estar presente durante toda a sua vida e estende-se à família, que precisa de apoio. Neste sentido, toda a Rede de Atenção à Saúde local deve estar preparada, incluindo especialmente cuidados neurológicos e psicomotores da criança e psicossociais da família. Para tanto, dados territoriais precisam ser disponibilizados para que serviços sejam centrados na família e na comunidade.

Além disso, o estímulo ao desenvolvimento cognitivo da criança deve ser constante, exigindo associação dos cuidados com a saúde aos educacionais, bem como o apoio socioeconômico, considerando que a maioria das famílias acometidas foram de baixa renda, pretas ou pardas, moradoras de territórios vulneráveis da região Nordeste do país. Esta tem sido a luta de muitas organizações de mães e familiares, que surgiram a partir de 2015, mesmo com o direito a um benefício assistencial garantido por lei.

Estudos mais atuais associam a epidemia da Zika, com a microcefalia e com determinantes sociais de saúde, como acesso à água de qualidade e consumo adequado de alimentos proteicos. Ou seja, para além de um “problema de mosquitos”, é preciso considerar fatores sociais como determinantes para a incidência e distribuição da Zika. E estes, por sua vez, devem estar inseridos nas fases da GRDE em saúde, especialmente na de prevenir e reduzir riscos futuros.

2.9 CAPACIDADES COMUNITÁRIAS

O envolvimento das comunidades na identificação de ameaças e na avaliação dos riscos em um desastre ou emergência em saúde contribuem para direcionar as ações em saúde às necessidades específicas de cada território. Este envolvimento deve ser considerado em todas as fases da GRDE em saúde da preparação à recuperação.

BOX
6

Para saber mais:

O documento *Estratégia de Cooperação com o País (ECP) 2022-2027*, é uma parceria da cooperação técnica da OPAS/OMS com o governo brasileiro, como uma oportunidade de reforçar compromissos e alianças para o enfrentamento dos desafios ainda existentes no campo da saúde pública. Uma das cinco estratégias tem o objetivo de reforçar a importância da comunidade nas fases de prevenção, preparação, resposta oportuna e recuperação dos desastres e das emergências em saúde pública.



Na fase de prevenção, a comunidade pode se envolver em atividades de apoio aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) para identificação de riscos à saúde com potencial de disseminação e possibilidade de tornar-se uma ESP, como a detecção de casos de sarampo, por exemplo

O papel de profissionais de saúde que conhecem bem o território onde atuam ou ainda os que residem na comunidade, como os Agentes Comunitários Saúde e os Agentes de Combate a Endemias, são centrais no planejamento e execução dos cuidados primários à saúde e na elaboração de um sistema de vigilância de base comunitária, que envolve a participação da população na detecção, notificação, resposta e monitoramento de eventos de saúde na comunidade.

A participação da sociedade civil e do setor privado permite uma construção democrática da gestão, bem como o compartilhamento de responsabilidades. Para ter efetividade, cada ator deve ser considerado sujeito do processo. No entanto, é importante ressaltar que a participação não exime, tampouco substitui, o Estado da sua responsabilidade diante a gestão, por meio da atuação dos serviços públicos em todas as fases do processo de GRDE em saúde.

EXEMPLO

Proatividade e confiança entre profissionais de saúde e comunidade



Secretaria Municipal de Saúde de Anísio de Abreu



Sair da zona de conforto e melhorar os serviços de saúde foi a atitude de usuários e equipes de Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da Covid-19 em um município do interior do Nordeste, com aproximadamente 10 mil habitantes. O envolvimento de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate a Endemias foi fundamental para ações de busca ativa de usuários sintomáticos, testagem rápida e isolamento domiciliar durante as fases mais críticas da pandemia.

Embora o medo de uma doença nova que vitimou muitas pessoas mundo afora estivesse presente, a comunidade foi receptiva à forma de trabalho das equipes de saúde. Com estratégias de educação em saúde e sob o lema “O combate à Covid-19 depende da responsabilidade de todos”, os usuários foram incentivados pelas equipes de saúde a mobilizar a participação popular no combate à doença, enfatizando medidas profiláticas acessíveis e ajudando a identificar os casos gripais, que eram encaminhados em tempo hábil para a testagem rápida. Esta iniciativa seguiu três pilares: acolhimento, segurança e responsabilidade e resultou no envolvimento proativo e fortalecedor de laços de confiança e espírito de equipe entre profissionais e comunidade.

2.10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar riscos e avaliar o processo de GRDE em saúde em relação aos objetivos e metas a serem cumpridas em todas as fases permite identificar lições aprendidas e incorporar novos processos para aprimoramento no enfrentamento em futuras ESP.

O monitoramento deve ser integrado aos sistemas existentes no setor de saúde. São necessários indicadores padronizados para monitorar riscos, capacidades e implementação de programas. O monitoramento contínuo pode ser complementado por avaliações intermitentes, especialmente de preparação, como por exemplo a realização de exercícios simulados, e atividades de resposta e recuperação.



EXEMPLO

Plano de monitoramento intensivo da população idosa e de portadores de doenças crônicas durante a pandemia da Covid-19

Em um estado da região Norte do país, o crescente número de casos de Covid-19 em idosos e portadores de doenças crônicas levou a Vigilância Epidemiológica do estado, junto a Secretaria Municipal de Saúde de 12 municípios, a elaborar um plano de monitoramento destes grupos.



Odair Leal/ Agência de Notícias do Acre

Ao analisar os números presentes nos sistemas de informação, constatou-se que estes eram os grupos com maior número de pessoas contaminadas pela Covid-19, sendo que 90% destes acabaram evoluindo para a forma grave da doença, necessitando de internações em leitos de enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com o tempo médio de ocupação de 20 a 30 dias. O número de óbitos também era elevado nesses grupos, atingindo de 80% a 90%.



O plano foi elaborado a partir de critérios clínicos, epidemiológicos e logísticos do estado em parceria com os municípios. O envolvimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) foi a peça-chave para realização do monitoramento presencial e remoto em cada microárea previamente mapeada.

As ações consistiram no acompanhamento diário desses grupos pelas equipes multidisciplinares da ESF, por meio de visitas domiciliares e/ou ligações por call center. A utilização de uma ficha específica, obtida no sistema de informação, foi o método escolhido para o acompanhamento dos casos para testagem rápida e tomada de decisão em tempo hábil após confirmação. Estratégias de educação em saúde foram desenvolvidas especificamente para estes grupos.

O plano continha uma meta objetiva, reduzir em 50% a incidência de contaminação, internações e óbitos das pessoas idosas e com condições crônicas. Até agosto de 2020, haviam sido monitorados em média 3.000 pacientes.

Dessa forma, por meio da estratificação de risco criada para esses pacientes, mediante o monitoramento presencial e remoto e a análise do banco de dados do sistema de informação, foi possível identificar pessoas com sintomas e evitar o agravamento da Covid-19 nesses grupos, impedindo internações e, conseqüentemente, possíveis óbitos.

Avaliações periódicas junto às equipes dos municípios envolvidos contribuíram para o aperfeiçoamento do plano, bem como para identificar lições aprendidas com esta experiência.



CAPÍTULO 3





Processos-chave para Integração Atenção Primária e Vigilância em Saúde na GRDE em Saúde

Os desastres e as emergências em saúde são situações complexas enfrentadas em diferentes serviços e níveis de atuação do SUS. Na perspectiva da GRDE em saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS), como ordenadora da rede de assistência e serviço capaz de realizar análise de situação de saúde no âmbito territorial, é fundamental em todas as fases do processo, assim como a Vigilância em Saúde (VS) para estruturação de fluxos de dados e informações que possibilitem o monitoramento e avaliações dos riscos na esfera local.

Neste sentido, considerando o processo de GRDE em saúde, a integração da Atenção Primária à Saúde com a Vigilância em Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance das necessidades da população diante da ESP. Para isso, é necessário o desenvolvimento de um processo de trabalho articulado, permanente e condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores, mas que o conhecimento, funções e ações sejam compartilhadas.

É importante ressaltar que mais de 73% dos municípios brasileiros têm cobertura da APS maior que 90%, sendo que em 53% destes a cobertura é de 100% (CEBES, 2023). Esta ampla cobertura revela grande potencial de acesso, cuidados e acompanhamento da população numa perspectiva de integralidade da saúde e das ações do setor saúde como parte da construção de uma robusta estrutura de Saúde Pública na GRDE em saúde.

Apesar desse potencial, a pandemia da Covid-19 revelou em muitas situações a ausência da integração necessária para ações oportunas e conjuntas que combinasse as avaliações do momento epidemiológico socialmente contextualizadas e no nível territorial, com estratégias de cuidado e proteção dos grupos sociais e populacionais mais vulneráveis e carentes de políticas e ações de proteção social e saúde.

Além disso, o processo de gestão de risco no Brasil, precisa avançar no sentido de incorporar em suas ações as questões relacionadas ao respeito à diferentes culturas como quilombolas, ribeirinhas, povos originários, adequando-se a políticas e programas sensíveis às pautas identitárias, contribuindo para promover a equidade em saúde.

A partir de diferentes experiências realizadas por equipes de saúde no contexto da gestão da pandemia ou ainda em desastres que antecederam ou que ocorreram posteriormente à fase mais crítica da Covid-19, identificamos e apresentamos cinco processos-chave que contribuirão para uma maior integração entre APS e VS durante a GRDE em saúde.



- 3.1)** Capacidades de adaptação dos serviços em nível local, considerando o envolvimento do sistema de saúde na esfera municipal, em particular APS e VS
- 3.2)** Mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde considerando os diferentes cenários em momentos distintos, a partir do papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde na esfera regional e municipal
- 3.3)** Desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades, que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento a partir de atuação participativa nas ações de vigilância, controle, informação e comunicação em diálogo com a APS
- 3.4)** Coordenação integrada, envolvendo o sistema de saúde do município e as ações intersetoriais articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração municipal
- 3.5)** Estratégias de divulgação e transparência das informações de vigilância em saúde integradas a estratégias de comunicação em saúde para a população envolvendo desde as relacionadas aos cuidados em saúde às de prevenção, como distanciamento físico e social.

Prefeitura Municipal de Belo Jardim



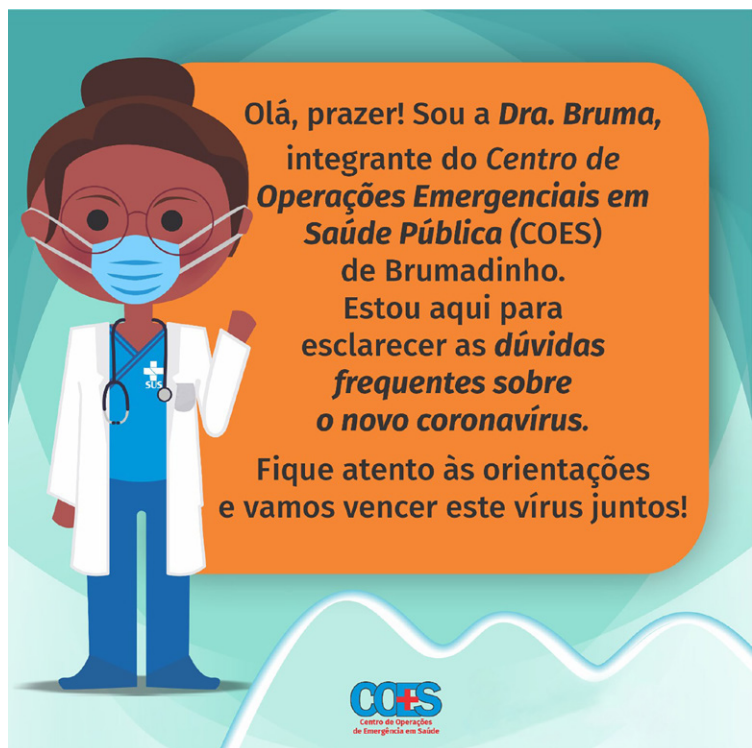
3.1 Capacidades de adaptação dos serviços em nível local, considerando o envolvimento do sistema de saúde na esfera municipal, em particular APS e VS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi reconhecido nacionalmente como um importante bem público durante a pandemia da Covid-19. Primeiro pelo seu caráter universal, que garante acesso aos serviços de saúde a toda população. Segundo, por promover o cuidado integral, envolvendo diferentes serviços como a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde e as Redes de Atenção à Saúde em distintas fases da gestão. Terceiro, por possuir a Estratégia Saúde da Família, pilar central da Atenção Primária à Saúde brasileira capaz de atender às necessidades do território, e o Programa Nacional de Imunizações, com vasta experiência, permitindo a vacinação em larga escala. A capilaridade dos serviços de saúde, que alcança áreas mais remotas do país, foi outra característica essencial que salvou muitas vidas durante o enfrentamento, mesmo com dificuldades e falhas ocorridas.

Durante a pandemia da Covid-19, as equipes de saúde de cada município ou território ainda desenvolveram estratégias, muitas delas inovadoras, para organizar e adaptar os serviços de saúde, visando o enfrentamento dos desafios postos para o SUS no nível local. O combate à pandemia, em alguns casos, ocorreu simultaneamente a resposta a desastres, surtos e epidemias, que acometeram municípios em diferentes fases da gestão.

A partir de uma experiência local, foram identificados arranjos adaptativos que podem auxiliar gestores, sobretudo no âmbito da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, no sentido de desenvolver ou aprimorar a GRDE em saúde em seus territórios.

Em janeiro de 2019 o rompimento de uma barragem com rejeitos de mineração provocou um desastre em um município de aproximadamente 41 mil habitantes do Sudeste do Brasil. O desastre levou a óbito 270 pessoas e afetou a saúde de outras centenas expostas diretamente aos rejeitos e de milhares de outras afetadas de diferentes modos pelo mesmo. O principal rio que corta o município recebeu a lama com rejeitos carregando-a para 18 outros municípios em uma extensão de 250 km. Estima-se que 3,5 mil pessoas e mil domicílios foram afetados ao longo do percurso da lama.



ASCOM - Prefeitura de Brumadinho



Um ano depois, em janeiro de 2020, a pandemia da Covid-19 era algo distante da realidade das equipes de saúde, ainda envolvidas na recuperação e reabilitação da população do município afetada pelo rompimento da barragem. Entretanto, profissionais de saúde de diferentes setores como Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Urgência e Emergências municípios da região foram convocados a participar de encontros e capacitações promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) no sentido de preparar as equipes para a chegada do vírus na região.

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica do município



A SES nos alertou sobre a forte tendência desse vírus chegar aqui e que a gente tinha que se preparar... todos estavam traumatizados com o rompimento da barragem, então como vai ser para essa população que teve contato com a água do rio, como seria essa busca (dessas pessoas), e a assistência, como vai ficar a cabeça do povo?



A chegada do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, na cidade de São Paulo, em 26 de fevereiro, foi o alerta para que a saúde do município acionasse a rede de intrasetorial local, via grupo WhatsApp. As inseguranças iniciais foram sendo substituídas pelo diálogo, que além de unir e fortalecer as equipes de saúde, contribuiu para agilizar a adaptação de fluxogramas de atendimento oriundo do Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades específicas do município.

Os primeiros casos suspeitos no município surgiram em 18 de março de 2020, com uma família que havia voltado da Europa com sintomas gripais. A suspeita foi descartada após testagem, mas serviu para colocar em prática o fluxo de atendimento estabelecido em fevereiro. O fluxo envolvia busca ativa de casos suspeitos por meio de visita domiciliar realizada por profissionais da Atenção Básica, utilizando Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados. Durante a visita era realizada a testagem, indicadas as orientações necessárias e solicitado o isolamento até o aguardo do resultado. Por ocasião da suspeita, a comunicação com a população da cidade foi intensificada, como informações sobre a importância do uso de máscara, cuidados com higiene das mãos, evitar aglomerações e outros cuidados preventivos.



Um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) foi criado. Esta iniciativa foi importante, sobretudo no início da pandemia. A população, ainda abalada pelo rompimento da barragem, encontrava-se insegura e amedrontada com a chegada de um nova ameaça. A busca ativa, a intensificação da comunicação e o trabalho intrasetorial da saúde local foram os arranjos encontrados para superar a dificuldade de lidar com o desconhecido.

**Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica do município**



... a gente viu que no começo (da pandemia) houve um abalo mental das pessoas, o terror de ficar isolado, medo da contaminação, de morrer... a gente teve que trabalhar com tudo isso, mas com muita orientação, com paciência e com a ajuda da rede (Rede de Atenção à Saúde, formada por profissionais de diferentes setores) conseguimos monitorar essas pessoas



Passado o abalo da população com a chegada dos primeiros casos, as Unidades de Saúde começaram a receber espontaneamente usuários com sintomas gripais. As unidades de Atenção Básica do município são compostas por estruturas de pequeno porte, o que dificultava criar no próprio espaço da unidade áreas específicas para atendimento de casos de sintomas gripais, como recomendado pelos protocolos do Ministério da Saúde. O atendimento desses casos era realizado, então, em um hospital de campanha, ativado em março de 2020. No entanto, na zona rural o atendimento era realizado nas unidades mais próximas, com a desinfecção do local após atendimento, devido à dificuldade de acesso dos moradores à área central e para evitar grandes deslocamentos, fator importante para reduzir a disseminação do vírus.

Foi criado ainda um núcleo formado com profissionais de saúde exclusivamente para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19. Todos os casos que apresentavam síndrome gripal e síndrome gripal aguda grave eram direcionados ao hospital de campanha. Os usuários eram testados e em caso positivo com sintomas leves, indicado o isolamento e acompanhamento por ACS. Os casos graves eram orientados quanto à medicação e internação. Com isso as unidades de Atenção Primária não precisaram interromper os serviços de rotina, mesmo assim ficaram sobrecarregadas em alguns momentos.



A rotina de atendimento sofreu alterações para melhor se adaptar a demandas, de acordo com as necessidades locais e de cada momento da pandemia. Com a redução do número de casos e a chegada das vacinas, o hospital de campanha foi desativado. Alguns casos eram encaminhados para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade, outros eram atendidos nas UBS.

A experiência do desastre relacionado ao rompimento da barragem, embora traumático para as equipes de saúde e para a população, contribuiu para que os serviços de saúde do município realizassem as adaptações necessárias para o enfrentamento da Covid-19 na esfera municipal e em nível comunitário. A saúde local fortaleceu a cultura de trabalho em equipe e de interação, formando uma Rede de Atenção à Saúde que tem como prática o diálogo intrasetorial. Deste modo, as ações e processos de tomada de decisão foram facilitadas por esta rede. Por ocasião do desastre foi montado um Comitê operacional de emergência do setor saúde (denominado COES pelos profissionais do município) que foi ativado durante a pandemia, estimulando o diálogo entre os setores que compõem a rede.

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica do município



.... o COES, que já existia na época do rompimento, facilitou o processo de elaboração e adaptação de fluxogramas, o que e como comunicar a população, como ter acesso à informação, como nos preparar para internações, testes, instalação do hospital campanha, tudo isso foi facilitado e agilizado... foi muito rápida a preparação para a resposta

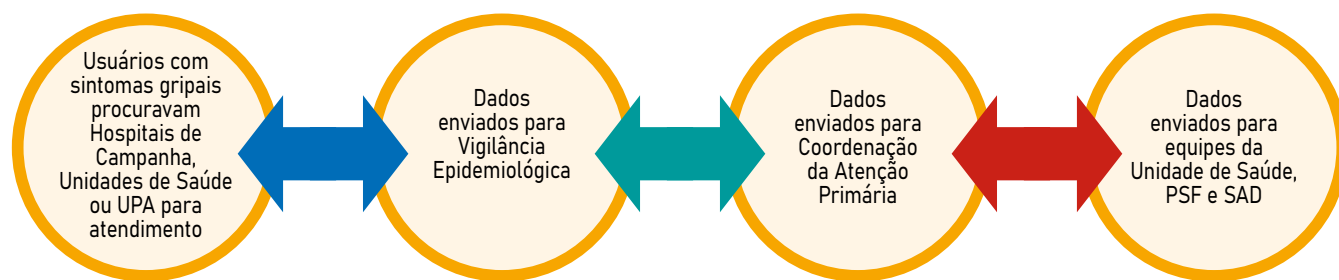


A emissão de Boletins Epidemiológicos diários foi a forma de comunicação utilizada desde os primeiros casos suspeitos. Além dos boletins diários, a comunicação também era feita por rádios locais, prioritariamente para alcançar a população rural, via carros de som e faixas colocadas na entrada das comunidades. Os boletins diários circulavam tanto para população, como entre todas as equipes de saúde. A troca de informações entre profissionais de saúde era realizada também via planilhas específicas e por boletins semanais contendo informações de interesse da saúde, que circulavam exclusivamente entre as equipes.



O fluxo de dados e informações era orientado pela Vigilância Epidemiológica do município, sempre com os cuidados éticos necessários para não expor dados de pacientes desnecessariamente. No início uma planilha específica com nomes e a localização dos pacientes por região era enviada a todas as Unidades de Saúde, o que facilitava o trabalho das equipes de saúde, sobretudo das equipes do Programa Saúde da Família que realizavam o acompanhamento. Com aumento do número de casos, as planilhas eram enviadas à Coordenadora Administrativa da Atenção Primária, que elaborava uma triagem, enviando somente os dados para a Unidade da região que iria realizar o acompanhamento do usuário.

FIGURA 2 | Fluxo de dados e informações entre serviços de saúde



Fonte: elaborada pelos autores

No entanto, mesmo com todo preparo e adaptação, o setor saúde enfrentou dificuldades como, o adoecimento de profissionais de saúde e consequente sobrecarga dos serviços de assistência à saúde, a subnotificação em relação ao atendimento e de serviços laboratoriais exercidos pelo setor privado, bem como a subnotificação em áreas como saúde mental e a ausência de dados sobre violência doméstica. Esses são considerados pontos que precisam melhorar na GRDE na esfera municipal.

As mudanças constantes nos fluxogramas enviados pelo Ministério da Saúde também foram apontadas como dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Embora muitas vezes inevitáveis por se tratar de um vírus novo e pelas rápidas variações no cenário epidemiológico durante diferentes fases da pandemia, as mudanças nos fluxos de atendimentos causavam transtornos para os serviços.

A adaptação dos serviços no nível local também foi realizada para minimizar os impactos da pandemia no atendimento de rotina. A tecnologia contribuiu para que as visitas domiciliares presenciais realizadas por ACS fossem substituídas pelo contato via WhatsApp. A produção e envio de vídeos com orientações sobre saúde mental foi o recurso utilizado pelos psicólogos das equipes de Atenção Primária, da mesma forma os profissionais de educação física enviaram vídeos com exercícios de alongamento que poderiam ser realizados com auxílio de materiais encontrados na própria casa.



A linha de saúde da criança foi alvo de preocupação da Atenção Básica, pois muitos pais, com receio de exposição à Covid-19, deixaram de levar seus filhos às Unidades de Saúde para acompanhamento. Esse é um serviço prioritário para as equipes, sendo um dos indicadores de saúde na esfera municipal. Desse modo, passada a fase de isolamento social, os serviços voltaram a dar ênfase ao acompanhamento das crianças. A interação com a Secretaria de Educação foi um arranjo facilitador, sobretudo na volta às aulas. O Programa Saúde na Escola (PSE) voltou seu foco para a Covid-19 e o trabalho saúde e educação foi bastante integrado.

**Coordenadora da
Atenção Básica do município**



A educação entrava em contato com o COES para solicitar informações, a gente ouvia, discutia, tomava as decisões, fazia as orientações e a partir disso elaborava os decretos. Como o COES possuía uma referência de cada setor da saúde, era munido de dados para fazer as discussões...



Em janeiro de 2022 a cidade foi acometida por inundações, que são frequentes no município, mas foram mais intensas em decorrência das chuvas extremas enfrentadas por diferentes cidades do país neste período. Uma série de medidas foram tomadas pela saúde no âmbito local em relação aos abrigos, o envolvimento de voluntários, às doenças transmitidas pela água, reforço na comunicação, dentre outras ações preventivas tanto para Covid-19 como para doenças transmitidas pela água. As Unidades de Saúde localizadas nas áreas de inundação passaram a realizar atendimento 24h neste período e, a depender da necessidade, atendimentos emergenciais. Passada a fase crítica da inundação, as unidades gradativamente normalizaram o atendimento.



Podemos com este exemplo identificar os seguintes arranjos:

- ▶ Orientações, capacitações e apoio advindas de outras esferas de gestão do SUS (estadual e ou federal);
- ▶ Adaptação dos fluxos de atendimento de acordo com as demandas, necessidades e limitações locais;
- ▶ Promoção e manutenção do diálogo intersetorial local em todas as fases da GRDE em saúde;
- ▶ Criação e implementação de um Comitê Operacional de Saúde local proativo e resolutivo como peça chave da tomada de decisão em todas as fases;
- ▶ Definição de fluxos de dados e informações entre os serviços de saúde locais, em especial vigilância em saúde e atenção em saúde;
- ▶ Elaboração e execução de estratégias eficientes de comunicação entre as equipes de saúde e para a população;
- ▶ Atuação conjunta do setor saúde com outras áreas (como, por exemplo, a Secretária de Educação).

ASCOM - Prefeitura de Brumadinho



3.2 Mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde considerando os diferentes cenários em momentos distintos, a partir do papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde na esfera regional e municipal

Revista Radis



As ESP apresentam diferentes cenários que mantêm ou atualizam os riscos, por isso são necessárias mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços e cuidados em saúde, de acordo com o momento enfrentado. Neste contexto, as ações da Regional de Saúde de um estado do Nordeste do país, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde de dois municípios deste mesmo estado, trazem experiências e reflexões sobre a importância da integração entre APS e VS na condução de todas as fases da GRDE, bem como formas de lidar com diferentes ameaças.

A partir de distintos cenários relacionados a desastres e ESP, como derramamento de petróleo cru no litoral do estado em 2019, a chegada da pandemia da Covid-19 em 2020 e chuvas extremas, que resultaram em inundações, em 2021 e 2022, foram identificados os arranjos que contribuíram para o enfrentamento e a sobreposição destas situações.



No segundo semestre de 2019, o derramamento de petróleo cru levou a Regional Sul de Saúde do estado a realizar triagens para acompanhar alterações da situação de saúde da população afetada. As ações do setor saúde para assistência teve como foco o acesso a alimentos, por meio da doação de cestas básicas. Ou seja, mesmo com a existência de um Comitê Operativo para Emergência, o COE, não existiam protocolos de avaliação da saúde, de assistência e de ação naquele momento nas diferentes esferas de gestão do SUS.

Ressalta-se dois pontos dificultadores para as ações de Vigilância em Saúde diante desse desastre: as pessoas mesmo com sintomas de intoxicação não procuravam os serviços de saúde e conseqüentemente não era possível notificar tais casos. Em outras situações, como alguns dos sintomas resultantes da exposição ao petróleo cru (como por exemplo, irritação nos olhos e vias respiratórias ou cefaleia) podiam ter diferentes causas, se os serviços de saúde não estivessem previamente preparados para o diagnóstico e identificação das causas, a notificação acabava não ocorrendo ou sendo prejudicada.

Nesse contexto, diversas ações relacionadas à Vigilância em Saúde Ambiental foram realizadas como a produção de materiais informativos (folhetos, cartões e cartazes com orientação e importância da avaliação de saúde divulgados de maneira virtual e física, emissão de nota informativa e nota técnica com gravação de web palestra, aplicação de questionários e formulários, cadastramento de comunidades afetadas) elaborado pelos municípios e cadastramento de voluntários de limpeza das praias treinados junto à Secretaria de Meio Ambiente.

Como medida para eventos futuros foi criado um protocolo, com ampla participação de profissionais de saúde e a partir de escuta da população afetada, com objetivo orientar as equipes técnicas e gerenciais dos serviços de saúde nos âmbitos municipal, regional e estadual, do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado.

Ilhéus - Folder informativo



Ilhéus - Folder informativo

Orientações para profissionais de saúde no atendimento à pacientes expostos ao óleo



Em 2020, durante a resposta à pandemia da Covid-19, existia um fluxo de assistência, atendimento e de notificação. Considerando a GRED de Saúde, o ponto fundamental foi a ampliação do Comitê operacional de emergência do setor saúde (COE-Saúde), agora com foco na pandemia, para tomada de decisões. O COE-Saúde contribuiu ainda para a elaboração de protocolos e medidas preventivas; na construção de um centro de atendimento exclusivo para Covid-19, permitindo o planejamento e organização dos serviços; para liberação de kits de coleta; na capacitação das equipes e contratação de profissionais de saúde.

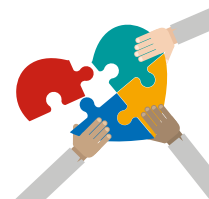
Além disso, todos os casos foram notificados e monitorados pelos serviços de saúde dos municípios. Inicialmente por meio de visitas domiciliares, mas com o aumento dos casos o monitoramento dos usuários passou a ser via telefone e por rodízio de visitas.

Em relação a gestão de risco relacionada à chuvas extremas de 2021 e 2022, os municípios, que já haviam sofrido com o derramamento de petróleo cru e com a Covid-19, possuíam uma estrutura de organização e integração das atividades entre atenção e vigilância e contaram ainda com a participação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS. A experiência permitiu a adaptação e aprimoramento das ações de resposta diante da ocorrência das inundações, gerando mudanças qualitativas dos serviços de saúde.

Ademais, alguns municípios da Regional de Saúde tinham planos de preparação com foco na gestão de risco assim como a formulação do COE (geral e/ou saúde) o que permitiu a atualização da análise de situação de saúde, formulação ou ampliação de planos de contingência e de ações do setor saúde diante da ocorrência das chuvas extremas e inundações.

Um ponto fundamental para a mudanças qualitativas e quantitativas na Regional de Saúde durante as chuvas intensas foi a elaboração, pelo CIEVS, de uma matriz de responsabilidade em que todas as secretarias envolvidas tinham conhecimento sobre as ações que eram responsáveis, colaboradores e/ ou apoio. Considerando as etapas do GRED, destaca-se que a elaboração da matriz foi uma ação resultado das lições apreendidas durante a fase de recuperação após derramamento de petróleo cru e da pandemia.

Considerando outros territórios e cenários, um município de médio porte deste mesmo estado do Nordeste, com aproximadamente 160 mil habitantes, apresentou características e ações do setor de saúde similares e diferentes da regional diante de diferentes emergências em saúde pública. Por exemplo, no derramamento de petróleo, mesmo antes do óleo chegar nesse município, a partir de orientações do estado foi possível elaborar protocolos de ações e assistência do setor saúde para unidades de atendimento e informativo para a população com orientações para evitar contato com o óleo, sintomas e agravos à saúde.



Na Covid-19, outras ações deste município foram essenciais para a garantia da resposta, como a capacitação da equipe de atenção e vigilância a partir dos protocolos de ações, o que proporcionou maior e melhor preparação para resposta diante da pandemia. Ademais, também como lição aprendida do derramamento de petróleo cru, o comitê operacional de emergência do setor saúde (COE-Saúde) foi formalizado e ativado na Covid-19, e todas as ações foram planejadas e organizadas de forma conjunta.

Um ponto dificultador para o setor saúde diante da pandemia neste território foi a equipe reduzida, inclusive para as notificações dos casos de Covid-19, assim como, dos danos e agravos por conta das chuvas intensas.

Coordenador de Vigilância em Saúde Ambiental do município



... diferente do derrame de óleo, que em dezembro a situação já estava normalizada, as chuvas com a Covid-19 aconteceram praticamente ao mesmo tempo. A grande dificuldade foi a quantidade de pessoas desabrigadas, tivemos que ativar nove abrigos (em escolas) na cidade, a preocupação era com a aglomeração dessas pessoas por conta da Covid-19. A primeira ação foi atualizar a carteira de vacinação de quem ainda não havia tomado todas as doses recomendadas, estabelecemos protocolos de afastamento, uso intensivo de máscaras e outras medidas preventivas, como distribuição das famílias por sala (de aula)



Vale ressaltar que este município do Nordeste, assim como tantos outros passaram por situações de sobreposição de riscos e emergências em saúde pública, como a pandemia e as inundações. Por isso, a importância da etapa de preparação para que antecipadamente capacidades, instrumentos e ações possam ser planejados a fim de assegurar uma resposta adequada e efetiva aos diferentes tipos e cenários de emergências em saúde pública.



No contexto de um município de menor porte, com aproximadamente 27 mil habitantes, deste mesmo estado do Nordeste, as ações de atenção e vigilância foram diferentes da regional e de municípios vizinhos, visto que a realidade e características destes territórios são diferentes. Por exemplo, no caso do derramamento de petróleo a vigilância teve um trabalho fundamental e proativo no que diz respeito às notificações, comunicação e busca ativa. Foram estabelecidos protocolos para busca ativa, cadastramento (nome, endereço e sintomas) e acompanhamento durante um mês pela vigilância em saúde de pessoas que tiveram contato com o petróleo cru, incluindo trabalhadores da limpeza e voluntários.

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica do município



...a vigilância aqui é bem ativa, nós fizemos uma lista e acompanhamos todas as pessoas que eram atendidas no posto de saúde e nos hospitais, caso tivesse alguma alteração no caso do derramamento do óleo. Todas as pessoas que tiveram contato com o óleo, seja na limpeza, voluntários, nós fizemos o acompanhamento. Acredito que 90% das pessoas que participaram, nós conseguimos acompanhar



Além da elaboração e ampliação de fluxos de atendimento e protocolos para atenção básica e hospitais com objetivos de ajustar as ações do setor de saúde necessárias (assistência e atendimento) para responder a ESP. E, formulação de informativos para a população com informações sobre a contaminação, efeito dos derivados do petróleo e bioacumulação (especialmente para pescadores e marisqueiras). Destaca-se que a formalização do COE municipal foi um ponto primordial para o planejamento, execução e articulação das ações do setor saúde, incluindo atenção e vigilância, e de outros setores envolvidos.

Para Covid-19, a chave do processo foi a articulação intersetorial entre diferentes setores e atores que proporcionou a formação de uma comissão técnica para gestão (profissionais, gestores) e um comitê com todas as secretarias da prefeitura, comércio e população e conseqüentemente para a elaboração de protocolos, estabelecimento de barreiras sanitárias (higienização/ pulverização do carro, aferição de temperatura corporal, cadastramento das pessoas) e fechamento e abertura da cidade. Ou seja, a articulação setorial e participação popular no planejamento e execução das ações tornaram este município exemplo para outros territórios e municípios do estado.



Além disso, um Centro para Covid-19 para acompanhamento dos usuários e um centro de assistência foram construídos e as equipes de saúde foram capacitadas periodicamente. Ressalta-se que boletins diários e semanais por áreas do município (bairros) foram elaborados para profissionais e populações, além de informativos com orientações. A partir das notificações era possível rastrear as pessoas que tiveram contato com os usuários infectados e assim todos eram orientados a se isolar. Os usuários eram cadastrados e assim acompanhados por uma equipe de vigilância e da atenção (visita domiciliar).

A burocratização foi considerada um ponto dificultador para as ações do setor saúde. Como por exemplo, o envio pela sala de situação de diversos formulários com curto prazo para serem preenchidos, sobrecarregando os técnicos e profissionais. É sabido que tais formulários são fundamentais para a execução do serviço, porém os profissionais que planejavam, orientavam, executavam as ações e também preenchiam diferentes formulários, sobrecarregando-os e prejudicando o serviço e assistência em saúde de rotina e da própria emergência em saúde, como a Covid-19. E, considerando a importância das etapas e fases da gestão de risco de emergências em saúde, tal situação se torna um desafio diante da necessidade de respostas e decisões organizacionais e operacionais imediatas.

Neste caso, a partir dessa experiência municipal sugere-se a elaboração de um formulário unificado e a responsabilização de um técnico para unir tais informações. Desta forma, este processo será mais eficiente tanto para sala de situação, quanto para o setor saúde. E a operacionalização e execução das ações do setor saúde de rotina e com foco na emergência em saúde pública serão mantidas de forma eficaz.

No que diz respeito a notificação dos casos, tanto a equipe da atenção básica quanto a dos hospitais foram sensibilizados a notificarem além de serem capacitados periodicamente. No derramamento de petróleo e nas chuvas extremas/ inundações além da notificação, eram feitas buscas ativas mensalmente nos prontuários dos hospitais de novos casos (usuários que entraram em contato com o petróleo) e orientações das equipes de atenção básica.

Podemos identificar nas experiências os seguintes arranjos:

- ▶ Formação ou ativação de um Comitê Operacional de Saúde participativo, com a representação de diferentes atores governamentais e não governamentais, em momentos distintos dos desastres e ESP ocorridos no estado;
- ▶ Preparação para que antecipadamente capacidades, instrumentos e ações sejam planejadas a fim de assegurar uma resposta adequada e efetiva aos diferentes tipos e cenários de desastres e ESP;



- ▶ Participação estratégica das equipes de Vigilância em Saúde da Regional Sul em todos os eventos ocorridos, exercendo papel transversal e atuando junto às Secretarias dos municípios afetados;
- ▶ Atuação das Vigilâncias em Saúde municipais (Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador, e Vigilância Sanitárias) junto aos demais setores, em todos os eventos;
- ▶ Elaboração de protocolos de ações do setor saúde a partir das diferentes características e cenários de cada território e regiões de saúde para que as ações de GRDE em saúde sejam eficazes e eficientes;
- ▶ Capacitação permanente de profissionais de saúde a partir de protocolos estabelecidos;
- ▶ Elaboração de um formulário unificado para atenção e vigilância com a responsabilização de um técnico para o preenchimento e repasse a sala de situação;
- ▶ Elaboração ou aprimoramento de matriz de responsabilidade para que cada setor ou ator saiba sua função e ação diante da emergência em saúde pública;
- ▶ Contratação ou remanejamento de profissionais de saúde para diferentes áreas do setor evitando sobrecarga de trabalho;
- ▶ Consideração das lições aprendidas durante outras emergências em saúde pública como modo de aprimoramento do trabalho do setor saúde.

3.3 Desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento a partir da participação da comunidade nas ações de vigilância, controle, informação e comunicação em diálogo com a APS

Para responder a demandas de saúde não atendidas pela gestão municipal até 2020, um projeto de iniciativa dos moradores de uma das maiores favelas do sudeste do país, com aproximadamente 140 mil habitantes, foi criado com objetivo de oferecer respostas rápidas aos constantes problemas surgidos durante a pandemia, a partir de um processo coletivo e colaborativo entre pessoas e instituições.

O projeto iniciado em junho de 2020 contou com o engajamento de Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições de ensino e pesquisa, do setor público e do privado, formando uma rede de interação, ganhando maior força a partir de 2021, com uma nova gestão municipal que também apoiou o mesmo. As ações criativas para monitoramento, mobilização, comunicação social e avaliação foram aplicadas com sucesso durante todo o processo, encerrado em março de 2022.





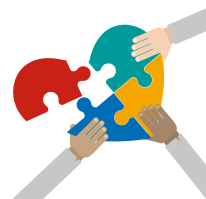
Conexão Saúde - Redes da Maré

O princípio de governança participativa permitiu apresentar soluções rápidas, com base nas necessidades e potencialidades próprias do território, demonstrando agilidade em detectar falhas e mudar rotas de ação em diferentes momentos da gestão.

O uso de tecnologias digital e social foi o aspecto inovador que contribuiu para a utilização de um aplicativo desenvolvido especificamente para o projeto, testagem em massa, coleta e monitoramento de dados, consultas por meio de telessaúde, implantação das cabines de telemedicina, criação de diagnósticos territoriais, desenvolvimento e gerenciamento de um programa de isolamento domiciliar seguro e com apoio social.

Estes arranjos e dispositivos desenvolvidos e utilizados pelo projeto introduziram um novo modelo de gestão de risco de ESP, inclusivo e centrado nos impactos na saúde e nas condições de vida da comunidade, a partir da intensificação de ações vigilância, estratégias específicas de disseminação de informações, comunicação adequada às necessidades e em diálogo com a APS.

Para organizar a participação de diferentes atores, foi constituído um comitê gestor formado para o diálogo necessário e agilizar a tomada de decisão. A oferta de testagem em massa foi o processo-chave para embasar as ações de vigilância que permitiram detectar moradores infectados, orientá-los ao atendimento e para seguir o isolamento domiciliar.



Logo no início do projeto, foi colocado em prática um aplicativo desenvolvido especialmente para o mesmo. O funcionamento consistia em baixar o aplicativo e responder uma autoavaliação que indicava a necessidade ou não de testagem, incluindo o agendamento do teste em um centro de testagem, montado com recursos do projeto em local de fácil acesso dentro da comunidade.

A conexão do projeto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território permitia que usuários que chegassem com sintomas fossem direcionados ao centro de testagem. As pessoas que testavam positivo eram redirecionadas à UBS mais próxima de sua residência ou ao teleatendimento oferecido por uma Organização Social parceira no projeto. Com o aumento do número de pessoas com sintomas e a falta de kits para teste nas UBS, o centro de testagem começou a atender demanda espontânea, sem o uso do aplicativo.

Conexão Saúde - Redes da Maré



Essa foi uma adaptação feita a partir de avaliação de percurso, pois nem sempre o usuário tinha celular adequado para o uso do aplicativo. Para não perder a conexão com os dados, foi usada uma planilha com anotações das testagens realizadas sem o uso do aplicativo, que também eram notificados à Vigilância em Saúde.

A adaptação permitiu agilidade na condução de novos caminhos, pois o importante era reduzir a circulação do vírus mediante testagem e condução dos casos positivos ao atendimento e/ou isolamento. Os moradores que recebiam diagnóstico positivo indicavam mais cinco pessoas que tiveram contato nos últimos dias que também eram testados, criando um monitoramento do vírus em tempo real no território.



Coordenador do centro de testagem



... a gente notificava os casos positivos, colocando os dados no painel Covid do estado e deixava a critério da pessoa, voltar ao médico (da UBS) ou utilizar o serviço de telemedicina oferecido pelo nosso parceiro SAS Brasil... quando alguém atendido à distância recebia a indicação de algum medicamento, poderia retirar na UBS, tinha essa parceria



No início a testagem teve que ser restrita a moradores da comunidade, justamente para que os dados fossem fidedignos ao território. Após alguns ajustes, foi possível separar os dados de moradores de comunidades próximas, criando assim possibilidade de ofertar o serviço a outras comunidades. Uma outra iniciativa que contribuiu para ampliar a oferta foi a criação de pontos itinerantes de testagem durante os dias de semana. Posteriormente foi possível realizar também em fins de semana.

A demanda por testes em alguns momentos da pandemia foi intensa, principalmente nas fases mais críticas quando o número de óbitos aumentava no município. Em geral eram realizados 80 testes por dia, mas em alguns momentos chegou a 180, em outros a demanda era de 250 e nem sempre foi possível corresponder a procura.

A partir de coleta e monitoramento de dados específicos do território foi possível elaborar uma série histórica com número de casos, de óbitos, de realização de testes, acesso aos serviços de teleatendimento, apoio durante o isolamento domiciliar e, posteriormente, de pessoas vacinadas.

As informações eram repassadas a partir da emissão de boletins semanais, de acesso aberto a toda a comunidade, apresentando um panorama da situação no território, no município e no país. Nestas publicações tinham também entrevistas com especialistas, dicas de cuidado, etc. A preocupação em tornar público tudo o que era realizado pela rede foi uma constante entre todos os envolvidos.

O projeto gerou ainda o desenvolvimento de três pesquisas coordenadas pelas instituições parceiras: uma relacionada ao acompanhamento pós-covid-19, outra sobre o sequenciamento genômico do vírus e suas variantes, e a mais recente, sobre a efetividade das vacinas.



A organização dessa rede complexa e altamente estruturada demonstrou que é possível a comunidade atuar como protagonista das ações, sem ocupar o lugar do poder público, tampouco, isentá-lo de suas responsabilidades mediante a crise sanitária vivenciada. Com a mudança de gestão municipal, o poder público passou a gradualmente assumir as diretrizes do enfrentamento à pandemia e a rede aos poucos se desfaz com a garantia de missão cumprida.

FIGURA 3 | Eixos de atuação com principais arranjos e dispositivos identificados na experiência



Fontes: adaptado de Comitê Gestor do Conexão Saúde - <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-35.pdf>



Podemos identificar na experiência os seguintes arranjos:

- ▶ Formação de uma rede de atores, com protagonismo das comunidades locais organizadas como um elemento central para articulação e mobilização de diferentes instituições;
- ▶ Formação de um comitê gestor com reuniões periódicas, baseado na autonomia de ação dos parceiros dentro de suas expertises, para decisões ágeis e capacidade de adaptação às mudanças de cenário no decorrer da pandemia;
- ▶ Definição da estratégia de testagem em massa e o monitoramento do vírus nos territórios em tempo real;
- ▶ Disponibilização de toda a produção de dados a serviço dos moradores de forma imediata, por meio de aplicativo específico;
- ▶ Produção e monitoramento de dados sobre a pandemia no território, permitindo a criação de uma série histórica sobre casos, óbitos, testagem, vacinação, acesso aos serviços de telessaúde e isolamento domiciliar seguro;
- ▶ Conexão dos dados produzidos com os dos órgãos oficiais e produção de dados geolocalizados para acompanhamento da evolução da doença em tempo real;
- ▶ Atuação conjunta do Sistema Único de Saúde (SUS) com as USBs do território para o encaminhamento de pessoas com sintomas para testagem e/ou o direcionamento das pessoas testadas positivo para o programa domiciliar seguro, otimizando e assegurando o isolamento seguro;
- ▶ Oferta de consultas médicas e psicológicas online com equipes especializadas em telemedicina, com encaminhamento à rede de atenção do SUS dos casos que necessitam de consulta presencial ou internação;
- ▶ Manutenção dos cuidados cotidianos para a recuperação dos pacientes acompanhados por equipe multidisciplinar em saúde e assistência social;
- ▶ Fornecimento de alimentação diária (três refeições completas), produtos de higiene e limpeza para a casa, insumos de proteção pessoal (máscara e álcool em gel) e, quando necessário, oxímetro (aparelho para medir a oxigenação do sangue) para todos da residência, quando infectados;
- ▶ Implantação do “Programa de Isolamento Domiciliar Seguro”, com o fornecimento de um guia do isolamento domiciliar seguro, com orientação sobre preparar e servir refeições, organizar os cômodos, limpar a casa e higienizar as roupas da pessoa acometida pela doença, entre outros cuidados e práticas de proteção de toda a família;



- ▶ Mobilização e engajamento comunitário para produção e fornecimento de conteúdo informativo nas redes sociais, boletins, comunicados de imprensa e ações de combate à desinformação e às *fake news*;
- ▶ Comunicação organizada por um Grupo de Trabalho (GT), formado por representantes das organizações parceiras;
- ▶ Definição de um planejamento estratégico de comunicação para atualizações em momentos-chave de acordo com as necessidades impostas pela pandemia, orientando as ações das equipes, e produzindo mensagens específicas para cada público (institucional/parceiros, poder público, pesquisadores e imprensa);
- ▶ Definição e implementação de múltiplas formas e locais de disseminação da informação (rádio e jornais comunitários, rappers, influencers, lideranças e profissionais de saúde etc), com apoio de atores locais específicos;
- ▶ Definição de protocolos de retorno às aulas, com monitoramento de escolas públicas do território e oferecimento de testagem regular de professores, diretores e funcionários;
- ▶ Realização de campanha de vacinação com objetivo de engajar, divulgar e informar a população adulta.

3.4 Coordenação integrada, envolvendo o sistema de saúde do município e as ações intersetoriais articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração municipal

A orientação fornecida pelas autoridades de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde no início da pandemia da Covid-19 era permanecer em casa e procurar assistência somente em casos de sintomas que indicassem algo grave. A medida tinha como objetivo reduzir o fluxo de atendimento para que as equipes não ficassem sobrecarregadas e evitar superlotação, prevendo que a Covid-19 traria forte pressão na demanda por atendimento, como aconteceu em outros países. Com isso houve uma queda significativa no número de atendimentos relativos ao acompanhamento da saúde de usuários pelas Unidades Básicas (UBS), nos Centros Municipais de Saúde (CMS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Um bom exemplo de flexibilização em relação a medidas e protocolos adotados durante a pandemia, foi o cuidado aos usuários com condições crônicas, como portadores de doenças cardiovasculares de alto risco, realizada por um grupo de gestores de um município do sudeste do Brasil, com aproximadamente 2,3 milhões de habitantes. Preocupados com a saúde desses usuários, gestores dos Centros Municipais de Saúde (CMS) tomaram a iniciativa de realizar modificações no atendimento no sentido de garantir a continuidade da atenção à saúde a esse grupo.



A falta de acompanhamento clínico para estes usuários poderia acarretar agravos de seus quadros de saúde, além disso, pessoas com comorbidades faziam parte do grupo de risco de desenvolver a forma grave da Covid-19, quando infectados. Deste modo, realizar o acompanhamento desses usuários nos CMS era necessário e urgente.

Esta preocupação levou os gestores a intensificarem o uso dos sistemas de informação disponíveis para gerar planilhas com dados de todos os usuários com condições crônicas dos 592 Centros de Saúde do município. Manter um sistema de informação organizado a produção de planilhas com dados por CMS permitiu criar mecanismos de busca ativa desses usuários.

A proposição de ações intersetoriais coordenadas, sobretudo integrando APS e VS, e as orientações sobre o uso de planilhas para todas as equipes eram realizadas por meio de teleconferências. Uma Nota Técnica com orientações sobre os cuidados em relação aos pacientes crônicos e um documento destinado a teleconsultas foram elaborados para todas as equipes de saúde. O objetivo era unificar e replicar o modelo de uso de dados específicos de usuários em condições crônicas em todos os CMS do município.

Algumas dificuldades foram identificadas logo no início do processo. Havia discrepância entre dados obtidos pelos sistemas de informação e os coletados pelas equipes. Quando as planilhas contendo informações dos usuários em condições crônicas, geradas pelo sistema de informação do município, chegaram em cada CMS, cada equipe reagiu de forma diferente.

Gerente de Atenção Primária à Saúde do município

...tinham equipes que diziam assim, eu conheço todos os meus crônicos (usuários) e esta lista está desatualizada, outros diziam que bom que chegou a planilha porque eu estava precisando atualizar e tinham equipes que falavam eu não tenho que controlar meus pacientes crônicos... a discrepância era gigantesca

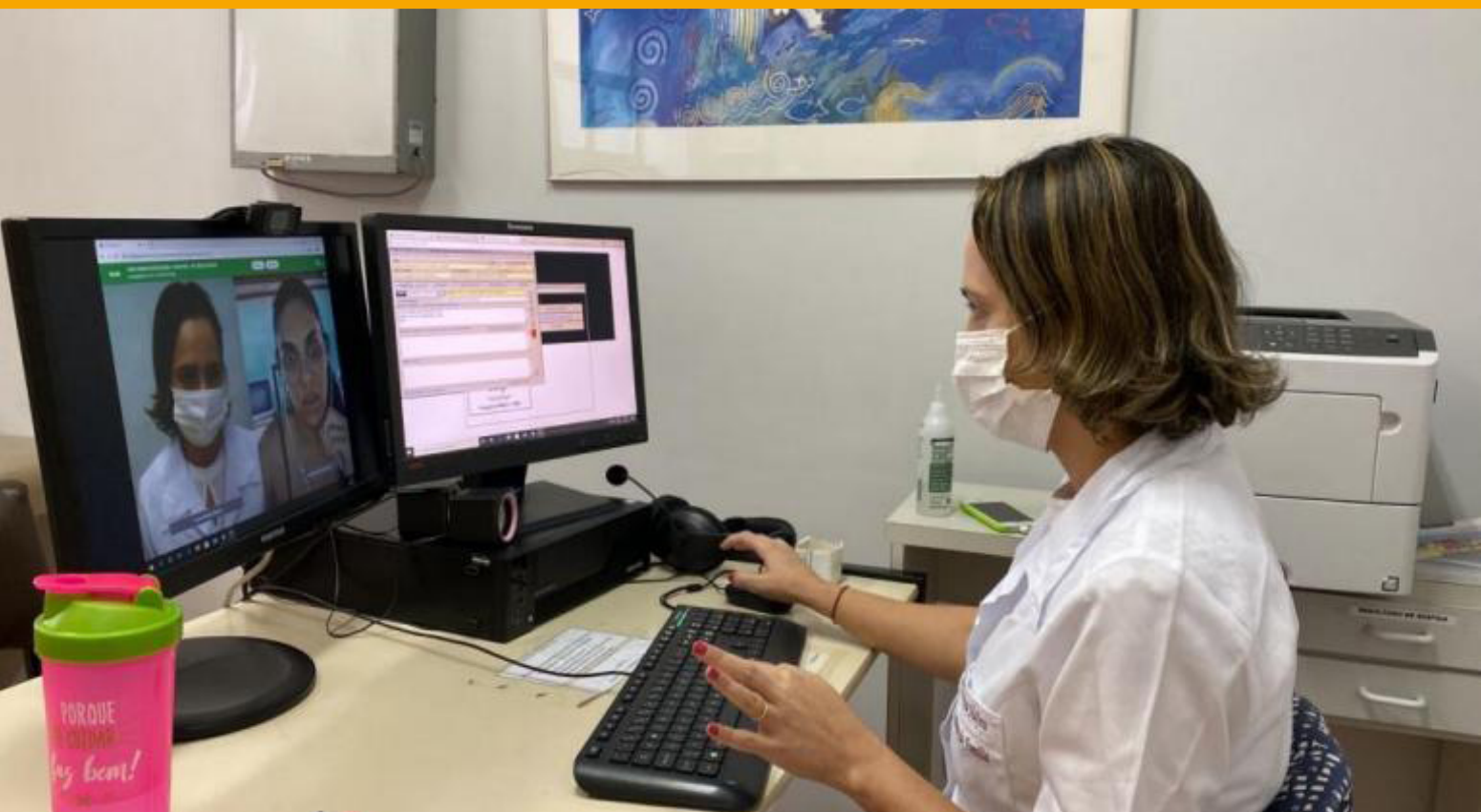


Ficou evidente para os gestores que algumas equipes já tinham uma forma de registro e organização dessas informações, mas que nem sempre coincidiam com as obtidas nos registros do sistema e outras não tinham nenhum controle. Este primeiro movimento chamou a atenção dos gestores sobre a necessidade de estabelecer um padrão mínimo de atuação em relação à atenção à saúde dos usuários em condições crônicas. Serviu também para demonstrar que era possível, mesmo tendo que responder a uma pandemia, obter controle e acompanhamento destes usuários.

Os arranjos encontrados foram a identificação dos pacientes crônicos por CMS, via sistemas de informação, busca ativa desses usuários, seleção de casos prioritários e indicação da forma de atendimento (presencial ou teleconsulta), realização de capacitações e comunicação direcionada a gestores e equipes, em alguns casos, por distrito de atendimento.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde foi adotada para o registro das doenças crônicas e informações geradas diariamente por prontuários. No entanto, só contavam no sistema usuários que haviam realizado ao menos uma consulta e que possuíam um diagnóstico preciso de doença considerada crônica.

Foto Divulgação SMSA-PBH



A busca ativa dos grupos prioritários pelos ACS também foi fundamental neste processo. Além de localizar os usuários indicados na planilha, os ACS identificaram durante as visitas pessoas que tinham sintomas dessas patologias, mas não estavam em tratamento e não haviam realizado nenhuma consulta. O uso de mensagens via WhatsApp pelos ACS também foi fundamental para a retomada do contato com os usuários com condições crônicas ou ainda para que estes novos casos iniciassem o tratamento e também fossem incluídos na planilha de acompanhamento.

Para atender à demanda gerada pela Covid-19 e realizar o atendimento dos usuários com condições crônicas, foi realizada uma triagem entre pessoas que precisavam de consulta presencial, os que poderiam ser atendidos por teleconsulta e aqueles que poderiam ter o prazo para consulta estendido. Ao estratificar os usuários por prioridade, foi possível organizar o atendimento, direcionando as consultas presenciais para horários de menor fluxo e orientando os usuários em relação aos cuidados necessários como uso de máscara e o acesso pela área de atendimento destinada a usuários sem sintomas gripais. Estas medidas ajudaram a reduzir a exposição dos mesmos à Covid-19 e minimizar o receio deles em continuar ou iniciar o acompanhamento da doença considerada crônica.

As capacitações específicas para se adaptar a esta nova realidade no atendimento de usuários em condições crônicas, por meio de teleconferências, contribuíram para unificar as ações, promover e intensificar a comunicação entre os CMS. O município possui nove distritos de atendimento e algumas dessas capacitações eram realizadas por distrito, atendendo as necessidades específicas do território.

Gerente de Atenção Primária à Saúde do município



...as teleconferências eram abertas para todos os Centros de Saúde, as coisas específicas os distritos assumiam, por exemplo, o que tinha de específico para ACS era passado para a referência técnica do distrito, que programava a conversa com os ACS..



Todas as decisões relacionadas ao período da pandemia da Covid-19 eram tomadas em conjunto APS e VS, a partir da presença de representantes dessas áreas em um Grupo de Trabalho (GT) com reuniões semanais via teleconferências. O propósito deste GT, constituído por gestores das duas áreas e com o suporte da área de Epidemiologia, era discutir e definir ações de forma conjunta, elaboração de notas técnicas, fluxos e protocolos, definição de programação e alinhamento das capacitações para as equipes locais. O GT era ampliado, conforme a necessidade. Deste modo, além desses representantes, profissionais de outras áreas do município eram incluídos, pois as medidas sanitárias adotadas dependiam de ações intersetoriais que oferecessem suporte para que a população pudesse segui-las.

Gerente de Atenção Primária à Saúde do município

...tem um ponto que eu acho super importante, todas as decisões tinham a Subsecretaria de Assistência e a Subsecretaria de Vigilância juntos, nenhuma decisão como vacinação, mudanças nos protocolos, regulação do uso de ambulâncias, nada foi decidido só pela assistência ou só pela vigilância... foi talvez o momento mais interdisciplinar que eu já vi, os problemas iam surgindo e as soluções precisavam também de outros setores

A solução encontrada para pessoas em situação de rua que estavam positivo é um exemplo dessa interação intersetorial. A Secretaria de Turismo do município realizou acordos com hotéis para abrigar essas pessoas, a Secretaria de Assistência Social atuava junto para que a intervenção fosse realizada de forma qualificada dentro dos direitos desses cidadãos e a Secretaria de Finanças providenciava os recursos necessários.

A atuação do Conselho Municipal da Saúde foi fundamental em todo o processo, incentivando a vacinação, posicionando-se contrário ao tratamento precoce e contribuindo em momentos de tensionamento, sempre favorável aos critérios técnicos levados pelas equipes de saúde em reuniões, muitas vezes permeadas por polêmicas.



Ao longo do processo foram realizadas avaliações periódicas da gestão que reafirmavam ou redirecionavam o rumo das ações. Os gestores avaliaram que as ações direcionadas aos usuários com condições crônicas deveriam ter iniciado antes, pois foram realizadas somente em agosto de 2020, cinco meses após a chegada dos primeiros casos de Covid-19 no município. O aumento do número dos óbitos em domicílio, registrado pelos sistemas de informação não só do município, mas também nacional, impulsionou os gestores a tomarem a iniciativa. Dentre as lições aprendidas, encontra-se a uma melhor interação entre setores da saúde e o uso intensivo dos sistemas de informação, que permanece após a pandemia.

Podemos identificar na experiência os seguintes arranjos:

- ▶ Definição e implementação de um sistema de informação único, organizado e estratificados que permita o direcionamento de ações, para busca ativa, seleção de casos prioritários e de cuidados (assistência e manutenção da atenção à saúde);
- ▶ Capacitação dos profissionais e equipes de saúde visando uma forma unificada de organização e preenchimento das planilhas do sistema de informação;
- ▶ Organização das informações para identificar as necessidades e demandas de determinados grupos prioritários (por exemplo, usuários com doenças crônicas) e em situação de vulnerabilidade social (por exemplo, população em situação de rua, entre outros);
- ▶ Identificação, inclusão no sistema de informação, busca ativa e triagem de pacientes crônicos pelos ACS para retomada do tratamento, início de novos tratamentos e tipos de consultas (presencial, online ou prazos estendidos);
- ▶ Capacitações específicas para adaptar-se a esta nova realidade no atendimento de usuários em condições crônicas, presencial ou por meio de teleconferências, para unificação das ações, atendendo as necessidades específicas do território;
- ▶ Atuação intersetorial, conjunta e articulada entre a APS, a VS, outros setores da saúde e demais áreas, como assistência social, educação e finanças, para atender as demandas dos pacientes em situação de vulnerabilidade social;
- ▶ Participação ativa do Conselho Municipal da Saúde em decisões importantes;
- ▶ Avaliações periódicas da gestão para reafirmar ou redirecionar o rumo das ações.



3.5 Estratégias de divulgação e transparência das informações de vigilância em saúde integradas a estratégias de comunicação em saúde para a população envolvendo desde as relacionadas aos cuidados em saúde às de prevenção, como distanciamento físico e social

Como mencionamos anteriormente, é fundamental obter informações de forma rápida, por meio de sistemas de informação integrados, que permitam identificar e acompanhar as mudanças de cenário em uma ESP para definir as ações de saúde. Além de fomentar a tomada de decisão em diferentes serviços de saúde envolvidos na GRDE em saúde, estas informações precisam chegar à população de forma transparente e segura por meio de estratégias adequadas de comunicação que permitam o entendimento dos riscos para cada momento da gestão, bem como em forma de orientações específicas para prevenção.

Durante a pandemia da Covid-19, muitas iniciativas relativas à informação e comunicação foram adotadas, algumas mais tradicionais, ou seja, comumente adotadas pelos serviços de saúde, como emissão de boletins informativos, distribuição de panfletos com orientações sobre prevenção, e outras mais criativas e inovadoras, como a participação de influenciadores digitais na comunicação com a população. Embora se utilizem de diferentes estratégias, as ações possuem elementos relevantes que precisam ser levados em consideração pelos profissionais responsáveis por elaborar estas estratégias. Apresentamos a seguir alguns arranjos identificados a partir da análise de duas diferentes experiências do SUS durante a pandemia da Covid-19, e que fortalecem a comunicação como componente integrado à GRDE em saúde.

Considerar fluxo de informações e a comunicação como componentes da GRDE em saúde

A adesão às medidas de isolamento social e a baixa percepção dos riscos entre moradores foi a principal dificuldade encontrada pelas equipes de saúde durante a resposta à Covid-19 em uma cidade de aproximadamente 5 mil habitantes localizada na região Sul do país.

O município passou por momentos críticos, com aumento expressivo de número de casos, pois muitos moradores trabalhavam em fábricas localizadas em municípios vizinhos com maior densidade populacional. O deslocamento diário contribuía para espalhar o vírus e o ambiente de trabalho característico de fábricas potencializava a exposição ao vírus.

Uma equipe de saúde coesa, ajustes na rotina de trabalho, um fluxo de atendimento específicos para o município, um sistema de informação integrando APS e VS e estratégias de comunicação direcionadas foram os dispositivos encontrados para vencer estes desafios. O intercâmbio constante entre as equipes de saúde, um COE-Saúde bastante ativo e com representatividade de diferentes setores da saúde, ampliação desta representatividade e a presença do prefeito na tomada de decisão em momentos de crise ajudaram o processo.



A interação entre Vigilância Epidemiológica com as demais áreas, sobretudo com a Atenção Básica, foi o ponto forte, ter o mesmo coordenador em ambas as áreas foi um facilitador. A emissão de boletins diários fornecia subsídios para as decisões, tanto em relação à assistência como em outras decisões que exigiam um enfrentamento político, como fechar comércio, por exemplo. O diálogo com os comerciantes locais ficava a cargo do prefeito, a saúde fornecia as informações para isso.

Coordenador de Atenção Básica e Vigilância em Saúde



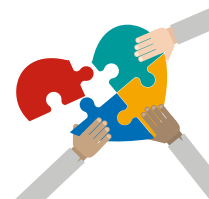
A ideia de criar um fluxo de atendimento específico para o município foi iniciativa de uma técnica de Vigilância Epidemiológica e teve o meu apoio logo nos meses iniciais da pandemia. O fato dos serviços de vigilância e atenção à saúde estarem sob uma mesma coordenação contribuiu para a coesão da equipe



Assim que começaram a surgir os primeiros casos no município, foi montada uma estrutura específica para atendimento desses casos, os usuários com sintomas procuravam essa unidade, realizavam o teste e assim que confirmado eram encaminhados para residência, hospital local ou regional, conforme a gravidade. O fluxo de informações entre todos os setores da saúde realizado via grupos de WhatsApp foi o facilitador do processo.

A comunicação com a população era realizada por meio de ACS bem treinados e atuantes, carros de som que circulavam pela cidade. A participação de um médico que havia atuado no Programa Mais Médicos (extinto em 2019) para compor a equipe administrativa foi outro arranjo facilitador. O profissional conhecia bem a realidade das comunidades, a forma de se comunicar com as pessoas e os protocolos e fluxos estabelecidos.

Quando as aulas presenciais foram retomadas, uma estratégia interessante foi adotada - ao perceberem crianças/alunos com sintomas gripais, a direção da escola avisava a UBS local e as famílias eram orientadas a procurar a unidade de saúde específica para os casos de Covid-19. Demonstrando assim a importância da articulação intersetorial, neste caso, entre as Secretarias de Saúde e de Educação. Desta forma, esta estratégia e articulação fez com que a comunicação se estendesse a um público específico importante no combate ao aumento do número de casos - o público escolar.



O contato e o respaldo contínuo das equipes regionais do estado, tanto na Vigilância como na Atenção Primária, com acompanhamento, capacitações e outras ações, integrando os municípios da região, foi fundamental para o controle no número de casos da região.

Podemos identificar na experiência os seguintes arranjos:

- ▶ Definição e manutenção de um fluxo de informações entre as equipes de saúde, elaborado especificamente para a realidade do município;
- ▶ Atuação conjunta da VS, incluindo a vigilância epidemiológica com as demais áreas, sobretudo, com a APS;
- ▶ Atuação conjunta e articulada entre as equipes de saúde, com o COE- Saúde ativo, representado por diferentes setores da saúde e ampliado quando necessário;
- ▶ Inserção e articulação com outros setores e atores na comunicação (diálogo com comerciantes, comunicação com as famílias por meio da escola, dos ACS com a comunidade, por exemplo);
- ▶ Participação de interlocutores específicos para cada público e momento da gestão (prefeito, diretores de escola, ACS, por exemplo) a fim de auxiliar na comunicação sobre informações, fluxos e protocolos;
- ▶ Atuação das equipes regionais do estado, tanto na Vigilância em Saúde como na Atenção Primária, realizando acompanhamento, capacitações e outras ações, integrando os municípios da região.

▶ Atentar para a influência do contexto sociopolítico na comunicação durante a GRDE em saúde

A comunicação durante a GRDE em saúde é uma tarefa que exige muita atenção, pois iniciativas equivocadas podem prejudicar a conexão com o público, gerando insegurança, descrédito e falta de adesão. As ESP por vezes estão imersas em crises políticas, econômicas e/ou humanitárias, muitas dessas pautadas por questões ideológicas e disputas partidárias. Determinados contextos levam parte da população a desacreditar nas autoridades de saúde e a negar a ciência como forma de saída da crise. Em muitos momentos da gestão da Covid-19 no Brasil a falta de consonância entre os discursos de autoridades políticas e sanitárias, confundiu a população sobre medidas simples como o uso de máscaras e a necessidade de distanciamento social, por exemplo. Situações como esta geram desconfiança junto à população, que passa a reagir negativamente a orientações vindas dos serviços públicos.



Para vencer esta barreira, um município com aproximadamente 800 mil habitantes, situado no Sudeste do Brasil, precisou inovar sua forma de comunicação com a população, especialmente a residente em áreas sociais vulneráveis. No início da pandemia de Covid-19 e com os primeiros casos confirmados no município, a prefeitura resolveu intensificar a relação com os veículos da imprensa com objetivo de ampliar a divulgação diária de Boletins epidemiológicos contendo número de casos confirmados e a taxa de ocupação de leitos, visando alertar a população sobre o crescimento de casos e de óbitos por coronavírus na cidade.

Porém, a partir de uma análise aprofundada realizada pelos responsáveis pela comunicação na Secretarias de Saúde do município, verificou-se tanto a existência de lacunas como certa rejeição a informações oferecidas pelos canais oficiais de comunicação, especialmente nos territórios com mais casos da doença e mais vulneráveis.

Assessor de imprensa da Secretaria



Apesar das atividades de imprensa, da publicidade, das redes sociais, do site criado exclusivamente para a Covid-19, a pandemia se tornou política e a rejeição da população com o setor público ficou mais evidente



A estratégia utilizada para conquistar credibilidade e confiança dessa população foi a comunicação comunitária, que envolve a participação dos usuários do SUS. Nesta iniciativa, personalidades comunitárias bastante conhecidas em cada território gravavam vídeos com informações relevantes, sob orientação de profissionais de saúde da secretaria. Deste modo, as pessoas começaram aderir ao discurso das personalidades por se tratar de uma interlocução com pessoas conhecidas e confiáveis da comunidade.

Os vídeos não continham identificação visual da secretaria ou da prefeitura, deste modo não eram reconhecidos pelos moradores como vídeos oficiais. No entanto, as informações aos líderes eram repassadas sob orientação da secretaria, que repassava à comunidade de forma correta. A ideia era aproximar a população da secretaria de saúde, mas sem as desconfianças identificadas pela equipe de comunicação.



Assessor de Imprensa da Secretaria



Como resultado, houve o resgate do vínculo entre os profissionais da saúde com a comunidade, as pessoas começaram entender melhor a doença... Hoje a gente tem a vacinação e a situação epidemiológica diferente. As pessoas entendem melhor a doença e a gente entende que é resultado da ação comunitária realizada no início da pandemia

Prefeitura de
Boa Vista/RR



Como resultado, os responsáveis pela comunicação perceberam que as estratégias de comunicação adotadas aumentaram o interesse das comunidades sobre as informações de prevenção e combate à Covid-19 e contribuíram para aproximá-las, mesmo que de forma indireta, dos profissionais dos serviços de saúde.



A experiência contou com a parceria da Secretaria de Cidadania, que disparava os vídeos para os grupos de WhatsApp dos Centros de Referências de Assistência Social de cada região. Nesse mesmo município foram utilizadas outras estratégias, como o “Covidômetro”, para informar o número de casos em cada bairro, a utilização de carros de som e cartazes personalizados em cada UBS com os números da Covid-19.

Esta experiência demonstra a necessidade de reforçar a integração entre os serviços de Vigilância, neste caso da Vigilância Epidemiológica, com a Atenção Básica. A utilização do “Covidômetro”, apresentando dados do município e por UBS aproxima o usuário do cenário de risco enfrentado. Os dados localizados, quando agregados e analisados em conjunto com informações próprias do território, podem fornecer evidências necessárias para que as equipes de saúde consigam tomar decisões mais específicas para aquela realidade.

Podemos identificar na experiência os seguintes arranjos:

- ▶ Definição de estratégias de divulgação das informações e de comunicação comunitária no território (no exemplo, número de casos por UBS, vacinação) para orientar os profissionais de saúde e população;
- ▶ Implementação de uma comunicação comunitária eficiente baseada na combinação de duas estratégias, são elas, a participação de personalidades da comunidade que eram confiáveis e a utilização de dados e informações confiáveis e baseadas na realidade do município (dados das UBS e SMS);
- ▶ Realização de uma análise crítica e reavaliação periódica das estratégias de comunicação utilizadas.



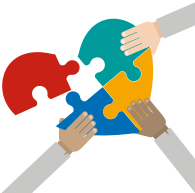
QUADRO 1 | Processos-chave e arranjos da APS e VS durante a GRDE em saúde

Cinco (5) processos-chave	Exemplos de arranjos da APS e VS durante a GRDE em Saúde
Capacidades de adaptação dos serviços no nível local, considerando o envolvimento do sistema de saúde na esfera municipal, em particular APS e VS	<ul style="list-style-type: none">■ Orientações e capacitações e apoio advindas de outras esferas de gestão do SUS (estadual e ou federal);■ Adaptação dos fluxos de atendimento de acordo com as demandas, necessidades e limitações locais;■ Promoção e manutenção do diálogo intersetorial local em todas as fases da GRDE em saúde;■ Criação e implementação de um Comitê Operacional de Saúde local proativo e resolutivo como peça chave da tomada de decisão em todas as fases;■ Definição de fluxos de dados e informações entre os serviços de saúde locais, em especial vigilância em saúde e atenção em saúde;■ Elaboração e execução de estratégias eficientes de comunicação entre as equipes de saúde e para a população;■ Atuação conjunta do setor saúde com outras áreas (como, por exemplo, a Secretária de Educação).
Mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde considerando os diferentes cenários em momentos distintos, a partir do papel transversal e estratégico da Vigilância em Saúde na esfera regional e municipal	<ul style="list-style-type: none">■ Formação ou ativação de um Comitê Operacional de Saúde participativo, com a representação de diferentes atores governamentais e não governamentais, em momentos distintos dos desastres e ESP ocorridos no estado;■ Preparação para que antecipadamente capacidades, instrumentos e ações sejam planejadas a fim de assegurar uma resposta adequada e efetiva aos diferentes tipos e cenários de desastres e ESP;■ Participação estratégica das equipes de Vigilância em Saúde da Regional Sul em todos os eventos ocorridos, exercendo papel transversal e atuando junto às Secretarias dos municípios afetados;■ Atuação das Vigilâncias em Saúde municipais (Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador, e Vigilância Sanitárias) junto aos demais setores, em todos os eventos;■ Elaboração de protocolos de ações do setor saúde a partir das diferentes características e cenários de cada território e regiões de saúde para que as ações de GRDE em saúde sejam eficazes e eficientes;■ Capacitação permanente de profissionais de saúde a partir de protocolos estabelecidos;■ Elaboração de um formulário unificado para atenção e vigilância com a responsabilização de um técnico para o preenchimento e repasse a sala de situação;■ Elaboração ou aprimoramento de matriz de responsabilidade para que cada setor ou ator saiba sua função e ação diante da emergência em saúde pública;■ Contratação ou remanejamento de profissionais de saúde para diferentes áreas do setor evitando sobrecarga de trabalho;■ Consideração das lições apreendidas durante outras emergências em saúde pública como modo de aprimoramento do trabalho do setor saúde.



Desenvolvimento de abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades, que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento a partir de atuação participativa nas ações de vigilância, controle, informação e comunicação em diálogo com a APS

- Formação de uma rede de atores, com protagonismo das comunidades locais organizadas como um elemento central para articulação e mobilização de diferentes instituições;
- Formação de um comitê gestor com reuniões periódicas, baseado na autonomia de ação dos parceiros dentro de suas expertises, para decisões ágeis e capacidade de adaptação às mudanças de cenário no decorrer da pandemia;
- Definição da estratégia de testagem em massa e o monitoramento do vírus nos territórios em tempo real;
- Disponibilização de toda a produção de dados a serviço dos moradores de forma imediata, por meio de aplicativo específico;
- Produção e monitoramento de dados sobre a pandemia no território, permitindo a criação de uma série histórica sobre casos, óbitos, testagem, vacinação, acesso aos serviços de telessaúde e isolamento domiciliar seguro;
- Conexão dos dados produzidos com os dos órgãos oficiais e produção de dados geolocalizados para acompanhamento da evolução da doença em tempo real;
- Atuação conjunta do Sistema Único de Saúde (SUS) com as USBs do território para o encaminhamento de pessoas com sintomas para testagem e/ou o direcionamento das pessoas testadas positivo para o programa domiciliar seguro, otimizando e assegurando o isolamento seguro;
- Oferta de consultas médicas e psicológicas online com equipes especializadas em telemedicina, com encaminhamento à rede de atenção do SUS dos casos que necessitam de consulta presencial ou internação;
- Manutenção dos cuidados cotidianos para a recuperação dos pacientes acompanhados por equipe multidisciplinar em saúde e assistência social;
- Fornecimento de alimentação diária (três refeições completas), produtos de higiene e limpeza para a casa, insumos de proteção pessoal (máscara e álcool em gel) e, quando necessário, oxímetro (aparelho para medir a oxigenação do sangue) para todos da residência, quando infectados;
- Implantação do “Programa de Isolamento Domiciliar Seguro”, com o fornecimento de um guia do isolamento domiciliar seguro, com orientação sobre preparar e servir refeições, organizar os cômodos, limpar a casa e higienizar as roupas da pessoa acometida pela doença, entre outros cuidados e práticas de proteção de toda a família;
- Mobilização e engajamento comunitário para produção e fornecimento de conteúdo informativo nas redes sociais, boletins, comunicados de imprensa e ações de combate à desinformação e às *fake news*;
- Comunicação organizada por um Grupo de Trabalho (GT), formado por representantes das organizações parceiras;
- Definição de um planejamento estratégico de comunicação para atualizações em momentos-chave de acordo com as necessidades impostas pela pandemia, orientando as ações das equipes, e produzindo mensagens específicas para cada público (institucional/parceiros, poder público, pesquisadores e imprensa);
- Definição e implementação de múltiplas formas e locais de disseminação da informação (rádio e jornais comunitários, rappers, influencers, lideranças e profissionais de saúde etc), com apoio de atores locais específicos;
- Definição de protocolos de retorno às aulas, com monitoramento de escolas públicas do território e oferecimento de testagem regular de professores, diretores e funcionários;
- Realização de campanha de vacinação com objetivo de engajar, divulgar e informar a população adulta.



Cinco (5) processos-chave

Exemplos de arranjos da APS e VS durante a GRDE em Saúde

Coordenação integrada, envolvendo o sistema de saúde do município e as ações intersetoriais articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração municipal

- Definição e implementação de um sistema de informação único, organizado e estratificados que permita o direcionamento de ações, para busca ativa, seleção de casos prioritários e de cuidados (assistência e manutenção da atenção à saúde);
- Capacitação dos profissionais e equipes de saúde visando uma forma unificada de organização e preenchimento das planilhas do sistema de informação;
- Organização das informações para identificar as necessidades e demandas de determinados grupos prioritários (por exemplo, pacientes com doenças crônicas) e em situação de vulnerabilidade social (por exemplo, população em situação de rua, entre outros);
- Identificação, inclusão no sistema de informação, busca ativa e triagem de pacientes crônicos pelos ACS para retomada do tratamento, início de novos tratamentos e tipos de consultas (presencial, online ou prazos estendidos);
- Capacitações específicas para adaptar-se a esta nova realidade no atendimento de pacientes crônicos, presencial ou por meio de teleconferências, para unificação das ações, atendendo as necessidades específicas do território;
- Atuação intersetorial, conjunta e articulada entre a APS, a VS, outros setores da saúde e demais áreas, como assistência social, educação e finanças, para atender as demandas dos pacientes em situação de vulnerabilidade social;
- Participação ativa do Conselho Municipal da Saúde em decisões importantes;
- Avaliações periódicas da gestão para reafirmar ou redirecionar o rumo das ações.

Estratégias de divulgação e transparência das informações de vigilância em saúde integradas a estratégias de comunicação em saúde para a população envolvendo desde as relacionadas aos cuidados em saúde às de prevenção, como distanciamento físico e social.

- Definição e manutenção de um fluxo de informações entre as equipes de saúde, elaborado especificamente para a realidade do município;
- Atuação conjunta da VS, incluindo a vigilância epidemiológica com as demais áreas, sobretudo, com a APS;
- Atuação conjunta e articulada entre as equipes de saúde, com o COE- Saúde ativo, representado por diferentes setores da saúde e ampliado quando necessário;
- Inserção e articulação com outros setores e atores na comunicação (diálogo com comerciantes, comunicação com as famílias por meio da escola, dos ACS com a comunidade, por exemplo);
- Participação de interlocutores específicos para cada público e momento da gestão (prefeito, diretores de escola, ACS, por exemplo) a fim de auxiliar na comunicação sobre informações, fluxos e protocolos;
- Atuação das equipes regionais do estado, tanto na Vigilância em Saúde como na Atenção Primária, realizando acompanhamento, capacitações e outras ações, integrando os municípios da região.
- Definição de estratégias de divulgação das informações e de comunicação comunitária no território (no exemplo, número de casos por UBS, vacinação) para orientar os profissionais de saúde e população;
- Implementação de uma comunicação comunitária eficiente baseada na combinação de duas estratégias, são elas, a participação de personalidades da comunidade que eram confiáveis e a utilização de dados e informações confiáveis e baseadas na realidade do município (dados das UBS e SMS);
- Realização de uma análise crítica e reavaliação periódica das estratégias de comunicação utilizadas.



CAPÍTULO 4



4

Processos da Gestão de Risco de Desastres e Emergência em Saúde Pública: ações e lições para o setor saúde (APS e VS)

Como apresentado ao longo deste documento orientador, a abordagem integrada para o processo de GRDE em saúde tem como foco o desenvolvimento de um processo de trabalho articulado, permanente e condizente com a realidade municipal e local, que preserve as especificidades dos setores. Ademais, o compartilhamento do conhecimento, das estratégias, funções e ações, como da APS e VS, são fundamentais para a construção da integralidade na atenção e para o alcance das necessidades da população diante dos desastres e emergências em saúde pública.

A explanação dos cinco processos-chave com respectivos exemplos de experiências brasileiras, que contribuíram para uma maior integração entre APS e VS durante a GRDE em saúde, demonstra a diversidade e sobreposição de diferentes cenários de desastres e emergência de saúde pública, em momentos distintos, assim como, diferentes realidades, demandas e necessidades de cada território brasileiro (esfera municipal e estadual).

A fim de sistematizar, o quadro a seguir apresenta os processos da Gestão de Risco de Desastres e Emergências em Saúde e os principais arranjos do setor saúde (APS E VS), respectivamente, obtidos por meio das experiências, ações e lições.



QUADRO 2 | Processos da Gestão de Risco de Desastres e Emergência em Saúde Pública: ações e lições para o setor saúde (APS e VS)

PRODUZIR CONHECIMENTO	PROCESSO	Preparar as respostas
	SÍNTESE	A preparação envolve o desenvolvimento de capacidades, instrumentos e mecanismos que permitem antecipadamente assegurar uma resposta adequada e efetiva aos desastres e emergências em saúde pública.
	SETOR SAÚDE	A preparação do setor saúde tem como objetivos melhorar a capacidade de resposta na atenção e na vigilância em saúde, reduzindo os riscos, e evitar que ações inadequadas potencializem ou agravem o aparecimento de determinados danos, agravos e doenças, intensificando os impactos dos desastres e emergências em saúde pública.
	POSSÍVEIS AÇÕES E LIÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formar um comitê gestor/ comitê operativo de emergência em saúde (COE-Saúde), proativo e resolutivo, com todos os setores envolvidos para uma resposta eficiente ■ Promover e manter uma cultura de diálogo, articulação e integração intersetorial e intrasetorial (atenção, vigilâncias e outras secretarias envolvidas, entre outros setores e a população) ■ Elaborar matriz de responsabilidade com a definição de ações para todas as secretarias envolvidas ■ Elaborar um formulário unificado para o setor saúde com foco na emergência em saúde pública, além da definição de um técnico para o seu preenchimento ■ Definir fluxos/ protocolos de ações de saúde (atenção, hospitais e vigilância), coordenadas e integradas, para o atendimento, assistência, acompanhamento e notificações, de acordo com as demandas, necessidades e limitações locais ■ Definir fluxo de ações de atenção psicossocial da população afetada, incluindo profissionais de saúde ■ Definir fluxo de proteção à saúde de profissionais envolvidos na resposta a emergência em saúde pública ■ Definir fluxos de dados e informações entre os serviços e áreas de saúde ■ Definir fluxos e estratégias de comunicação e informação para a população, com apoio de diferentes setores, organizações parceiras e atores locais ■ Elaborar protocolos de alerta precoce com a utilização de abordagens inclusivas (setores da saúde, comunicação e população) ■ Formar, capacitar e treinar permanentemente os trabalhadores dos serviços de saúde de todos os níveis



<p>PROCESSO</p>	<p>Responder aos desastres e/ou às emergências em saúde pública</p>
<p>SÍNTESE</p>	<p>Compreende as ações que serão executadas durante a ocorrência de um desastre e/ou de uma emergência em saúde pública, mas que foram preparadas antecipadamente e tem por objetivo reduzir a mortalidade e morbidade, assim como o sofrimento humano e as perdas e danos.</p>
<p>SETOR SAÚDE</p>	<p>No setor saúde, envolve desde ações de curto e médio prazos, como cuidado e atenção para os que sofrem agravos e doenças imediatas, bem como ações de vigilância e monitoramento para implementação imediata de medidas de controle e prevenção de novos fatores de riscos que são gerados por uma emergência em saúde pública.</p>
<p>POSSÍVEIS AÇÕES E LIÇÕES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ampliar o COE-Saúde, caso seja necessário, diante das particularidades das emergências em saúde pública ■ Promover a articulação e interação intersetorial e intrasetorial entre as diferentes áreas e setores (atenção, vigilâncias e outras secretarias envolvidas, comércio, entre outros setores e população) ■ Manter programas e ações de rotina dos serviços de saúde, como as campanhas de vacinação e o atendimento aos usuários em condições crônicas ■ Estruturar um centro de referência para assistência e acompanhamento da população afetada ■ Estruturar fluxos/ protocolos de ações de saúde, incluindo atendimento, assistência, acompanhamento e notificações ■ Estruturar ações de atenção psicossocial da população afetada, incluindo profissionais de saúde ■ Estruturar fluxo de proteção à saúde de profissionais envolvidos ■ Elaborar e emitir boletins epidemiológicos diários desde os primeiros casos suspeitos ■ Elaborar e executar estratégias eficientes de comunicação entre as equipes de saúde, comunicação e população ■ Mobilizar e engajar a comunidade para uma comunicação comunitária por meio da produção e fornecimento de conteúdo informativo nas redes sociais, rádios locais, panfletos, boletins diários/ semanais, comunicados de imprensa e ações de combate à desinformação e às <i>fake news</i> ■ Realizar ações de vigilância em saúde de modo amplo e oportuno nos territórios, como no exemplo da testagem em massa em tempo real, como no caso da Covid-19 ■ Realizar ações integradas de assistência, cuidado e monitoramento da situação de saúde de pessoas afetadas e expostas, como demonstram os exemplos do derramamento de petróleo cru, Zika e Covid-19 na comunidade ■ Estruturar durante a fase da resposta o monitoramento da situação de saúde da população afetada e/ou exposta a determinadas emergências em saúde pública associando às estratégias de reabilitação e recuperação da saúde com as de reconstrução das condições de vida e saúde.



PROCESSO

Recuperar, reabilitar e reconstruir

SÍNTESE

Recuperar, reabilitar e reconstruir são ações que devem ser realizadas com o objetivo de transformar o desastre e a emergência em saúde pública em lição aprendida e oportunidade para desenvolver e aplicar medidas para reduzir o risco de emergências futuras.

SETOR SAÚDE

O setor saúde deve proporcionar a continuidade de ações de atenção para recuperação da saúde após a emergência em saúde em consonância com ações de vigilância em saúde como, também, articular com as medidas de reabilitação.

POSSÍVEIS AÇÕES E LIÇÕES

- Promover e manter uma cultura de diálogo, articulação e integração intersetorial e intrasetorial, entre as diferentes áreas do setor saúde, como atenção e vigilâncias
- Adaptar, reorganizar e aprimorar os fluxos de ações de saúde (atenção, hospitais e vigilância), para atendimento, assistência, acompanhamento e notificação.
- Definir estratégias de mobilização nos níveis local e regional para educação permanente
- Avaliar e monitorar os efeitos e impactos à saúde a médio e longo prazo, após exposição a emergências em saúde pública
- Envolver a comunidade nas ações de comunicação em saúde e acompanhamento de afetados e expostos (comunicação comunitária)
- Monitorar o perfil epidemiológico da população afetada e/ou exposta a determinadas emergências em saúde pública
- Elaborar um protocolo com orientações para as equipes e profissionais de saúde agirem em eventos futuros



PROCESSO

Prevenir riscos futuros

SÍNTESE

A prevenção de riscos futuros é o principal processo específico da redução de riscos de desastres e/ou emergências em saúde pública. Requer um enfoque integral com relação aos potenciais danos e à origem de todas ou cada um dos desastres e das emergências possíveis na realidade do país.

SETOR SAÚDE

A prevenção de risco envolve a formulação de políticas e ações de saúde sobre os processos de determinação social dos riscos de desastres e emergências em saúde pública e de seus impactos sobre a saúde.

Além da formulação, é essencial a articulação intersetorial e política entre o setor saúde e os demais setores, como saneamento, habitação, emprego, para que todos os determinantes e condicionantes de saúde sejam considerados na gestão de risco dos desastres e das emergências em saúde pública.

POSSÍVEIS AÇÕES E LIÇÕES

- Elaborar planos de preparação com foco na gestão de risco diante dos desastres e das emergências em saúde pública
- Promover e manter uma cultura de diálogo, articulação e integração intersetorial e intrasetorial para reduzir os riscos e vulnerabilidades
- Formar e capacitar permanentemente os trabalhadores dos serviços de saúde
- Promover medidas educacionais em saúde e ações comunitárias para a promoção da saúde
- Envolver a comunidade nas ações de educação e comunicação em saúde necessárias para reduzir os impactos na saúde decorrentes do desastre e/ou da emergência em saúde pública (comunicação comunitária)
- Produzir protocolos de ações intersetoriais, a partir das lições aprendidas, para enfrentamento de futuras ESP



PROCESSO

Reduzir riscos existentes

SÍNTESE

A prevenção de riscos futuros deve ser realizada simultaneamente com políticas e ações de saúde para minimizar os fatores de riscos já existentes em áreas e populações que se encontram em condições de vulnerabilidade na atualidade, de modo a limitar o impacto adverso das ameaças expressas em situações ou eventos.

SETOR SAÚDE

Os desastres e as emergências em saúde pública, de modo geral, potencializam a ampliação e/ou agravamento dos riscos de doenças, danos e agravos já existentes nas populações e áreas afetadas. Logo, as ações de prevenção em saúde que já são realizadas devem estar integradas com as de prevenção de riscos de emergências e de surgimento de novas doenças e agravos, evitando ou reduzindo a sobreposição de riscos à saúde.

POSSÍVEIS AÇÕES E LIÇÕES

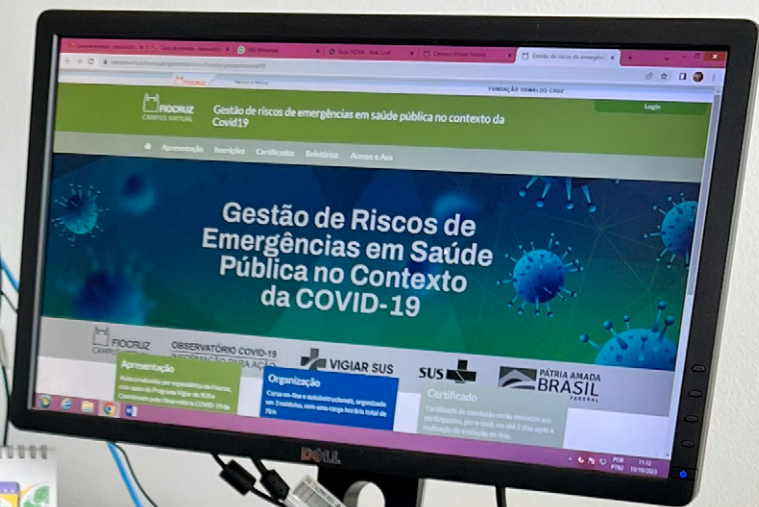
- Avaliar e monitorar os efeitos e impactos imediatos à saúde, bem como os de médio e longo prazos, após exposição a emergências em saúde pública
- Promover e manter uma cultura de diálogo, articulação e integração intersetorial e intrasetorial para reduzir os riscos e vulnerabilidades
- Trabalhar com as comunidades e atores locais para desenvolver medidas de redução de riscos e de impactos sobre a saúde decorrentes da ESP
- Envolver a comunidade nas ações de educação e comunicação em saúde para reduzir os impactos na saúde decorrentes da ESP (comunicação comunitária)
- Subsidiar, propor e cobrar um arcabouço legal robusto para a GRDE em saúde
- Criar mecanismos de proteção social para que a população tenha condições de reduzir suas exposições em áreas de riscos e cumprir determinadas medidas sanitárias.

Fonte: elaborado pelos autores





CAPÍTULO 5



ECNOFLEX

5

Exemplos de experiências, debates, seminários, cursos e webinários sobre Atenção Primária e Vigilância em Saúde em Emergências em Saúde Pública

Para elaboração deste documento orientador foi realizado o levantamento, sistematização e análise de experiências bem-sucedidas, debates, cursos, seminários e webinários no YouTube sobre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde na Covid-19.

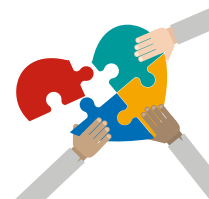
Foram levantados 50 vídeos com experiências e webinários por meio dos títulos “Atenção Primária à saúde na COVID-19” e “Vigilância em Saúde na COVID-19”. Destes, 16 vídeos foram selecionados por corresponderem às demandas deste documento orientador para desastres e emergências em saúde pública. Estes vídeos contribuem para o entendimento da integração da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde em desastres e emergências em saúde mais recentes no país, como a pandemia da Covid-19, além do aprofundamento das entrevistas e busca de documentos complementares para a elaboração deste documento.

Os quadros esquemáticos a seguir apresentam os principais vídeos selecionados de cursos, seminários, webinários e debates, com respectivos títulos, descrição, canal institucional pelo qual foi transmitido e o link para acesso.

QUADRO 3 | Cursos sobre atuação da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde na Covid-19

VÍDEOS COMPLEMENTARES – CURSOS

Título	Descrição	Canal	Link
O que pode a atenção primária à saúde em tempos de Covid - 19 Eduardo Melo	Discussão sobre o lugar da atenção básica diante da COVID-19.	ENSP Fiocruz	https://www.youtube.com/watch?v=Pwt3i4mXv9c
COVID-19 Preparando o Atendimento na Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família	Apresenta como os pacientes serão atendidos ao chegarem na atenção primária.	Centro de Telessaúde HC-UFMG	https://www.youtube.com/watch?v=H_vUvpuQL1M



VÍDEOS COMPLEMENTARES – CURSOS

Título	Descrição	Canal	Link
Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre COVID-19	Definir o papel dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate a endemias no manejo do controle da doença do COVID-19.	SGTES MS	https://www.youtube.com/watch?v=m9WYjplz3jM
Vigilância em saúde e COVID-19 – lições aprendidas e desafios	Aula aberta de encerramento da disciplina de pós-graduação – Epidemiologia e Serviços de Saúde. – Determinantes e implicações em saúde pública da contínua emergência e reemergência de doenças infecciosas. A interface dos Serviços de Saúde, Vigilância e Pesquisa/ Inovação para a resposta rápida à situações de emergência sanitária e para a garantia da segurança sanitária da população. A trajetória, repercussões e o enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil. Quais as lições aprendidas e desafios para o SUS	Faculdade de Saúde Pública da USP	https://www.youtube.com/watch?v=dJ3w27iISWA
Aula - 30' na Atenção Primária à Saúde: Centros de enfrentamento à COVID-19: fortalecendo a APS.	Aula virtual da série 30 min de atenção primária à saúde realizada pela gerência de expansão e qualificação da atenção primária, da superintendência de atenção primária, da secretaria estadual de Pernambuco em parceria com a escola de saúde pública de Pernambuco.	ESPPE	https://www.youtube.com/watch?v=FCGj3pw5wFI



VÍDEOS COMPLEMENTARES – SEMINÁRIOS

Título	Descrição	Canal	Link
Exp. de integração entre vigilância em saúde e atenção primária à saúde no enfrentamento da COVID-19	Discussão sobre experiências que estão acontecendo no território do DF com a perspectiva de conectar a atenção com a vigilância em saúde nos territórios.	Fiocruz Brasília	https://www.youtube.com/watch?v=ul6Dicra_S4
Experiências de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde - COVID-19	Objetivo de dar visibilidade às iniciativas da atenção primária à saúde do Distrito Federal no enfrentamento ao coronavírus, destacando estratégias de integração com a vigilância em saúde nos territórios.	Fiocruz Brasília	https://www.youtube.com/watch?v=cru4Lm6kEqI
Exp. de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Prim. à Saúde no Enfrentamento da COVID-19	Apresentação de 4 experiências de integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária no combate à COVID-19, integrando também a sociedade no território e outros serviços.	Fiocruz Brasília	https://www.youtube.com/watch?v=MXZQMv8Bkqg



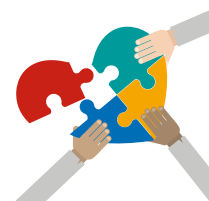
VÍDEOS COMPLEMENTARES – PALESTRA

Título	Descrição	Canal	Link
<p>Abordagens da Atenção Primária à Saúde na Pandemia de COVID -19</p>	<p>Discussão sobre abordagem da atenção primária à saúde no contexto da Covid-19 – Prof. Robert Jannet (Harvard Medical School) fala sobre modelo assistencial de Boston para responder à COVID-19</p>	<p>TV UFRB</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=XTOYOdNhZAA</p>
<p>A Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19</p>	<p>A série “O valor do SUS” incentiva conversas e reflexões com o objetivo de apontar caminhos e ajudar a entender quais agendas se colocam a partir do que nos evidencia a pandemia. Parceria com profissionais de saúde e usuários do SUS, pesquisadores, cientistas e gestores públicos de uma aliança que permitirá entender quais são as alternativas. O objetivo é avaliar o desempenho do País na pandemia e as consequências para o futuro.</p>	<p>Plataforma Região e Redes</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=v3-nCjpx3vU</p>
<p>COVID-19 e Atenção Primária à Saúde: Contexto Epidemiológico e as exp. do Profsaúde nos territórios</p>	<p>Apresentar ações realizadas no sistema único de saúde, epidemiologia, atenção primária no país; relatos e testemunhos dos alunos que mostram que a atenção primária está muito ativa nessa pandemia, apesar das dificuldades.</p>	<p>Fiocruz</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=qs4BDuZ1dbM</p>



VÍDEOS COMPLEMENTARES – WEBINAR

Título	Descrição	Canal	Link
Diálogos entre a Gestão da Atenção Primária e Vigilância em Saúde para/ o Enfrentamento à COVID-19	3º Webnário – Parte de um plano de formação e educação permanente junto aos setores do DF.	Qualifica APS	https://www.youtube.com/watch?v=wV-n9X7UTZo
Atenção Primária à Saúde e Vigilância no Enfrentamento da Covid-19	Porta de entrada do sistema de saúde, a rede de atenção primária é o primeiro recurso procurado por pessoas com sintomas leves e moderados de Covid-19. O desafio da APS é articular esse trabalho de vigilância epidemiológica do novo coronavírus mantendo os outros serviços rotineiros da rede, como vacinação, pré-natal, atenção a pessoas com comorbidade e administração de medicamentos. Esse webinar discute as estratégias de atuação nesse cenário.	CIDACS Fiocruz	https://www.youtube.com/watch?v=cQo70u_qc7U
Vigilância em Saúde no Brasil: Trajetória, desafios no contexto da COVID-19 e perspectivas futuras	Objetivo de integrar, dar visibilidade e compartilhar com a sociedade um conjunto de estudos de pesquisa e informações produzidas pela Fiocruz, organizado em 4 eixos: impactos sociais da pandemia, estudos epidemiológicos, sistemas de serviço de saúde e cuidado aos pacientes e pessoas.	VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz	https://www.youtube.com/watch?v=DH_jvgjFGQY



VÍDEOS COMPLEMENTARES – DEBATE

Título	Descrição	Canal	Link
<p>Desafios e potencialidades da vigilância em saúde e contribuições da avaliação em tempos de Covid-19</p>	<p>O Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcellos da ENSP discute os Desafios e potencialidades da vigilância em saúde e contribuições da avaliação em tempos de covid-19.</p>	<p>ENSP Fiocruz</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=NcicV8j1ISg</p>
<p>Integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19</p>	<p>Comenta os principais pontos do relatório “Vigilância Universal da Covid-19 na Atenção Primária”, elaborado por um grupo de pesquisadores da Rede CoVida. Além disso, o Boletim ainda apresenta um conjunto de experiências internacionais e nacionais que descrevem iniciativas bem-sucedidas de enfrentamento à pandemia de Covid-19 e que tiveram como eixo estruturante as atividades realizadas a partir da integração entre a Vigilância Epidemiológica e a Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Cidacs Fiocruz</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=k0v0m8vmNik</p>



QUADRO 8 | Materiais complementares sobre Gestão de Risco de Desastres e Emergências em Saúde Pública

MATERIAIS COMPLEMENTARES – CURSOS

Título	Descrição	Canal	Link
<p>Capacitação Agentes Locais em Desastres Naturais: Defesa Civil e Saúde na Redução de Riscos</p>	<p>O curso de capacitação Agentes Locais em Desastres Naturais: Defesa Civil e Saúde na Redução de Riscos é voltado para a formação de agentes locais de vigilância em saúde e defesa civil, para transformá-los em multiplicadores de ações de defesa civil e saúde em desastres naturais. Tem o objetivo de fomentar, articular, mobilizar práticas educativas e executar ações de prevenção e primeiras respostas a desastres naturais.</p>	<p>Repositório Arca Fiocruz</p>	<p>https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39031</p>
<p>Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica</p>	<p>O Curso Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica foi elaborado com o objetivo de contribuir na qualificação dos profissionais da saúde, em especial daqueles que atuam na Atenção Básica (AB). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem características essenciais na gestão de risco e de desastres, como a responsabilidade de atuação em territórios e populações adscritas, conhecendo os problemas e necessidades de saúde onde os desastres ocorrem.</p>	<p>UNA-SUS</p>	<p>https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/37492/Curso%20AB.pdf?sequence=2</p>
<p>Gestão de Riscos de Emergências em Saúde Pública no contexto da COVID-19</p>	<p>O Curso gestão de riscos de emergências em saúde pública no contexto da COVID-19 tem como objetivo central contribuir para fortalecer as capacidades de preparação e resposta e ir além, produzindo uma mudança qualitativa na forma de enfrentar as emergências em Saúde Pública trazendo uma visão prospectiva.</p>	<p>Campus Virtual - Fiocruz</p>	<p>https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/gestaorisccovd19</p>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018
- CARMO, E.H; TEIXEIRA, M.G. Desastres tecnológicos e emergências de saúde pública: o caso do derramamento de óleo no litoral do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE - CEBES. **Analizando dados de cobertura da atenção primária à saúde no Brasil no início de 2023.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://cebes.org.br/atencao-primaria-a-saude-no-brasil-no-inicio-de-2023>
- COÊLHO, B.P; MIRANDA, G.M.D; SILVA, M.C.N.A; TORRES, T.C.O; OLIVEIRA, T.O. Atenção primária no contexto da epidemia zika e da síndrome congênita da Zika em Pernambuco, Brasil: contexto, vínculo e cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 861-870, 2022.
- CONEXÃO SAÚDE - DE OLHO NA COVID. **Maré e Manguinhos: Uma Experiência de Inovação e Mobilização em Saúde Durante a Pandemia.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.redesdamare.org.br/conexaosauade/>>. Acesso em 05 de jul. 2023.
- FREITAS, C.M; ROCHA, V. **Agentes Locais em Desastres Naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos: livro do aluno.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2014.
- FREITAS, C.M; MAZOTO, M.L; ROCHA, V. **Guia de Preparação e respostas do setor saúde aos desastres.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018.
- FREITAS, C.M; CUNHA, R.V. A vigilância em saúde diante da Covid-19-desafios e lições para o enfrentamento de emergências em saúde futuras. In: Santos, A.O; Lopes, L.T. Reflexões e futuro. Coleção Covid. Brasília: **CONASS**, p. 152-69, 2021.
- FREITAS, C.M; SILVA, I.V.M; ALPINO, T.M.A; NUNES, F.S.B; CIDADE, N.C; SILVA, R.P; SILVA, E.L. **Guia - Preparação para resposta à emergência em saúde pública por seca e estiagem.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ Centro de Estudos e Pesquisas em Emergência e Desastres em Saúde (CEPEDES), 2021.
- FREITAS, C.M; SILVA, I.V.M; ALPINO, T.M.A; NUNES, F.S.B; CIDADE, N.C; SILVA, R.P; SILVA, E.L. **Guia - Preparação para resposta à emergência em saúde pública por inundações graduais.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ Centro de Estudos e Pesquisas em Emergência e Desastres em Saúde (CEPEDES), 2021.



- FREITAS, C.M. Vigilância em Saúde - Avanços e desafios atuais (no prelo), 2023.
- FREITAS, C. M. Desastres e icebergs: precisamos ir além. **Cadernos de Saúde Pública**, 39(4), 2023.
- GUIMARÃES, F.G. et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020.
- LAL, A; SCHWALBE, N. Primary health care: a cornerstone of pandemic prevention, preparedness, response, and recovery. **The Lancet**, v. 401, n. 10391, p. 1847, 2023.
- LÖWY, I. **Zika no Brasil: história recente de uma epidemia**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência**. Genebra: OMS, 2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores de Saúde: Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS; 2018
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **APS FORTE no SUS: no combate à pandemia. Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde na resposta à pandemia de Covid-19**. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde; 2021.
- PENA, P.G.L; NORTHCROSS, M.A.G; REGO, R.C.F. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00231019, 2020.
- PEIXOTO, S.V; FROES, C.I.R; SOUZA, M.A.N; CASTRO, C.M.S. Projeto Saúde Brumadinho. **Programa de Ações Integradas em Saúde de Brumadinho. Resultados da Linha de Base (2021)**. Relatório. Minas Gerais, 2022.
- SALES, C.M.M; SILVA, A.I; MACIEL, E.L.N. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 2020373, 2020.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de avaliação da saúde de população exposta a petróleo: orientações para serviços e trabalhadores da saúde da Bahia**. Salvador: Cesat/Divast, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health emergency and disaster risk management framework**. Genebra: WHO, 2019.





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

CEPEDES CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM
EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE