

Plano de Contingência, como o Brasil se organizou frente à chegada da Covid-19: Revisão integrativa

Contingency Plan, How the Brazil prepared itself for the arrival of Covid-19: Brief integrative review

Clara Martins de Oliveira^{1,2}

Gabriela de Sousa Martins^{3,4}

Graziele Souza da Silva^{4,5}

Izabel Cordeiro Corrêa^{4,6}

Jenyffer Ribeiro Rosa^{2,7}

Yasmim Rodrigues Cabral^{4,8}

Jéssica Amarante de Oliveira^{2,9}

¹Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, Brasil.

²Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. IGES-DF, Brasília.

³Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, Brasil.

⁴Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência. IGES-DF, Brasília.

⁵Bacharel em Nutrição, Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, Brasil

⁶Bacharel em Fisioterapia, Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, Brasil.

⁷Bacharel em Farmácia- Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, Brasil

⁸Bacharel em Nutrição, Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia, Brasil.

⁹Mestre em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasil

Recebido em: 28/08/2020

Aceito em: 07/10/2020

Disponível em: 08/12/2020

Autor correspondente:

Clara Martins de Oliveira

claramartins0514@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Sars-CoV-2, identificado como agente causador da Covid-19, disseminou-se rapidamente, fazendo com que a Organização Mundial da Saúde (o Ministério da Saúde) definisse a situação como pandemia. Para conter sua disseminação, o Brasil buscou adotar as recomendações do Ministério da Saúde, criando o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana (PCNIH). **Objetivo:** caracterizar a evolução das ações de políticas de saúde pública no enfrentamento da Covid-19, o avanço da doença nas regiões brasileiras e o impacto no SUS. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados: PubMed, SciELO, ClinicalKey e nos principais sites governamentais, no período entre dezembro de 2019 e 16 de maio de 2020. **Resultados:** O PCNIH foi publicado em fevereiro de 2020 e estabeleceu as estratégias e as comissões de enfrentamento. Foram encontradas 37 portarias/resoluções e cinco

comitês diretamente relacionadas ao PCNIH. Cerca de 10 medidas e ações para disseminação do coronavírus foram encontradas. No entanto, observou-se que houve a disseminação do vírus em todo o território nacional. Visando suprir essas demandas, o governo federal buscou investimento de leitos, contratação e capacitação de profissionais da saúde, ampliação dos atendimentos da atenção básica e canais de atendimento eletrônico. **Conclusão:** Apesar da confecção do PCNIH, observou-se que houve dificuldades na implementação das medidas encontradas para conter a disseminação do vírus em função da diversidade geopolítica brasileira. Assim são necessárias a adoção de medidas governamentais uniformes, que estimulem a população a segui-las, tendo em vista que a polarização política faz com que haja rupturas no engajamento contra a Pandemia.

Palavras-chave: Covid-19. Contingência. Brasil. Saúde Pública. Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: SAR-COV2 identified as the causative agent of COVID-19 spread rapidly, causing the World Health Organization (WHO) to define the situation as a pandemic. To contain its dissemination, Brazil sought to adopt the WHO recommendations by creating the National Contingency Plan for Human Infection (PCNIH).

Objective: To characterize the evolution of public health policy actions in coping with COVID-19, the progress of the disease in Brazilian regions and the impact on SUS. **Methods:** This is an integrative review, carried out on the databases: PubMed, SciELO, ClinicalKey and on the main government websites, from December 2019 to May 16, 2020. **Results:** The PCNIH was published in February of 2020 established coping strategies and commissions. 37 ordinances /resolutions and 5 committees directly related to the PCNIH were found. About 10 measures of actions for the dissemination of the coronavirus were found. However, it was observed that the virus spread throughout the national territory. In order to meet these demands, the federal government sought investment in beds, hiring and training health professionals, expanding primary care services and electronic service channels. **Conclusion:** Despite making the PCNIH, it was observed that there were difficulties in implementing the measures found to contain the spread of the virus due to the Brazilian geopolitical diversity. Thus, the adoption of uniform governmental measures is necessary, which encourages the population to follow them, bearing in mind that political polarization causes disruptions in the engagement against Pandemic.

Keywords: Covid-19. Contingency. Brazil. Public Health. Pandemics.

INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019 foi relatado em Wuhan, na China, um surto de pneumonia de origem desconhecida, cujos casos estavam vinculados ao Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan. Em 7 de janeiro de 2020, o agente causador foi identificado como o vírus SARS-CoV-2, e a patologia denominada Covid-19 (denominada *Corona Virus Disease 2019*)¹. O SARS-CoV-2 se

espalhou de forma acelerada, levando a Organização Mundial da Saúde (Ministério da Saúde) a divulgar, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da Covid-19 tratava-se de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), ou seja, o mais alto nível de alerta da organização, estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Posteriormente, foi classificado como pandemia^{3,4}.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um idoso da cidade de São Paulo (SP) que viajou, de 9 a 20 de fevereiro de 2020, para a Lombardia, norte da Itália.^{5,6} No dia 17 de março de 2020, também em São Paulo, foi registrado o primeiro óbito por Covid-19 no país. Era idoso sem histórico de viagem ao exterior.⁵ Em 20 de março de 2020 foi reconhecida a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 em todo o território nacional.⁶ A disseminação foi rápida e acredita-se que São Paulo, por ser a cidade mais populosa da América do Sul e detentora do maior aeroporto do Brasil, tenha sido o principal foco da disseminação para o vírus no Brasil e nos países vizinhos, diante da chegada de casos suspeitos de países afetados^{5,6}.

No entanto, um estudo publicado pela FioCruz⁷ estima que o SARS-CoV-2 começou a se espalhar de forma local em países ocidentais muito antes de ser reconhecida a transmissão comunitária e de serem reconhecidas medidas de distanciamento social. O estudo⁷ sugere que a disseminação no Brasil pode ter ocorrido no início do mês de fevereiro, cerca de 20 dias antes da confirmação do primeiro caso. Os números da Covid-19 no Brasil têm crescido de forma exponencial. Estima-se que o país possa alcançar cerca de 2.226.429 casos e que leve muito tempo para estabilizar, sendo estimada a redução do contágio no país apenas a partir de julho⁸.

Para conter a disseminação do SARS-CoV-2, o Brasil tem buscado adotar as recomendações do Ministério da Saúde, informando a população sobre medidas individuais e coletivas de prevenção, como a lavagem das mãos, uso de máscaras, o distanciamento social, quarentena e isolamento de casos suspeitos ou confirmados^{4,9,11}. Além do mais, o Ministério da Saúde (MS) tem buscado fortalecer a assistência à saúde com ações direcionadas à capacitação de recursos humanos e ampliação da

cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da contratação de profissionais^{4,9}.

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, apresentou seu Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana (PCNIH) do novo coronavírus¹² em fevereiro de 2020, constituído por três esferas. A primeira delas é o nível de *Alerta*, que designa o momento inicial para o possível surto, ou seja, situação de risco elevado de introdução do SARS-CoV-2 no Brasil; a segunda é a *Perigo Iminente*, caracterizada pela confirmação de caso suspeito; e a terceira e atual é a da *Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional* (ESPIN), que corresponde à situação de confirmação de transmissão local do primeiro caso de SARS-CoV-2 no território nacional, ou reconhecimento de declaração de ESPIN pelo Ministério da Saúde¹².

Assim sendo, compreender as providências adotadas pelo Brasil no seu PCNIH² torna-se importante para auxiliar na prevenção e reduzir os possíveis danos futuros que podem ser ocasionados devido à evolução da doença, sejam eles no sistema de saúde ou na economia. O presente estudo tem por objetivo caracterizar a evolução das ações de políticas de saúde pública no enfrentamento da Covid-19, o avanço da doença nas regiões brasileiras e o impacto no SUS.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional acerca da produção técnico-científica referente à organização da saúde pública contingencial brasileira para o enfrentamento da Covid-19.

Operacionalização da coleta de dados

Foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados PubMed, SciELO, ClinicalKey e em fontes eletrônicas dispostas nos bancos da Organização Mundial da Saúde,¹³ Ministério da Saúde,^{14,15} Associação Médica Brasileira (AMB),¹⁶ FioCruz,¹⁷ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁸ e Diário Oficial da União (DOU).¹⁹ A coleta dos dados foi realizada no decorrer dos meses de

abril até o dia 16 de maio de 2020 por uma equipe de pesquisadores de diversas áreas da saúde.

Foram utilizadas as palavras-chaves: Serviços de saúde, Diretrizes, Comitê, Portarias, Risco Populacional, Controle e Plano de Contingência. Todas as palavras foram combinadas com os termos "Brasil" e "Covid-19". As buscas envolveram a revisão da literatura de informações pertinentes ao período de dezembro de 2019 a maio de 2020.

Crerios de elegibilidade e exclusão

Foram elegíveis para revisão integrativa estudos e documentos que tenham nível e força nacional e que retratem condutas e ações para o combate e enfrentamento da Covid-19. E excluídos artigos duplicados, de revisão sistemática, meta-análises ou narrativas, estudos de imagem, estudos de diretrizes, estudos de testes clínicos e que não reportaram avaliação de risco populacional, o impacto da Covid-19 no SUS, estudos gerais não relacionados ao Brasil, que focassem em abordagens da rota de transmissão, e estudos editoriais/ou *short communication*. Além disso, foram excluídos documentos, resoluções e portarias não relacionados ao plano de contingência nacional, não relacionados com a pandemia ou que tratassem de políticas de enfrentamento específicas (dos Estados e DF ou povos indígenas).

Tratamento dos dados e apresentação dos resultados

Após a identificação das informações dispostas nas bases de dados e nos meios eletrônicos que caracterizassem o plano de contingência traçado pelo Brasil, todos os dados levantados foram dispostos em uma ficha própria em uma planilha da Microsoft Excel.

As informações foram sistematizadas em quatro eixos temáticos, sendo: 1) Portarias e Comitês de enfrentamento; 2) Estratégias de Controle; 3) Avaliação do risco populacional; e 4) Fluxos Assistenciais e o impacto da Covid-19 nas regiões brasileiras e no SUS.

Informações referentes ao quantitativo de portarias, comissões, distribuições de recursos (hospitais, laboratórios, ventiladores) e panorama de casos

(confirmados e óbitos) que foram coletadas em canais eletrônicos oficiais, para a composição desses eixos. Tais informações foram analisadas no programa de Excel, por meio de estatística descritiva, de frequências (f) e de proporções (%). Todos os resultados foram apresentados em tabelas e figuras a fim de sistematizar as principais características dos eixos temáticos elencados nesta revisão.

RESULTADOS

Ao todo, foram identificados $n = 2.188$ arquivos entre estudos e documentos, dos quais foram elegíveis para a revisão $n = 82$ deles, conforme disposto na Figura 1.

Portarias e Comitês de enfrentamento

Perante a declaração de ESPII do Ministério da Saúde,²⁰ no dia 30 de janeiro foi criado, no Brasil, o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII),²¹ criado com objetivo principal de acompanhar e articular as ações de preparação e de enfrentamento da Covid-19 em território nacional. Com isso, no dia 03 fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde decretou estado de ESPIN²² e, junto a isso, o GEI-ESPII, por meio do próprio Ministério da Saúde, tornou público o PCNIH pela Covid-19¹² no Brasil.

Desde então foi identificado que as políticas públicas de enfrentamento à Covid-19 vêm crescendo e

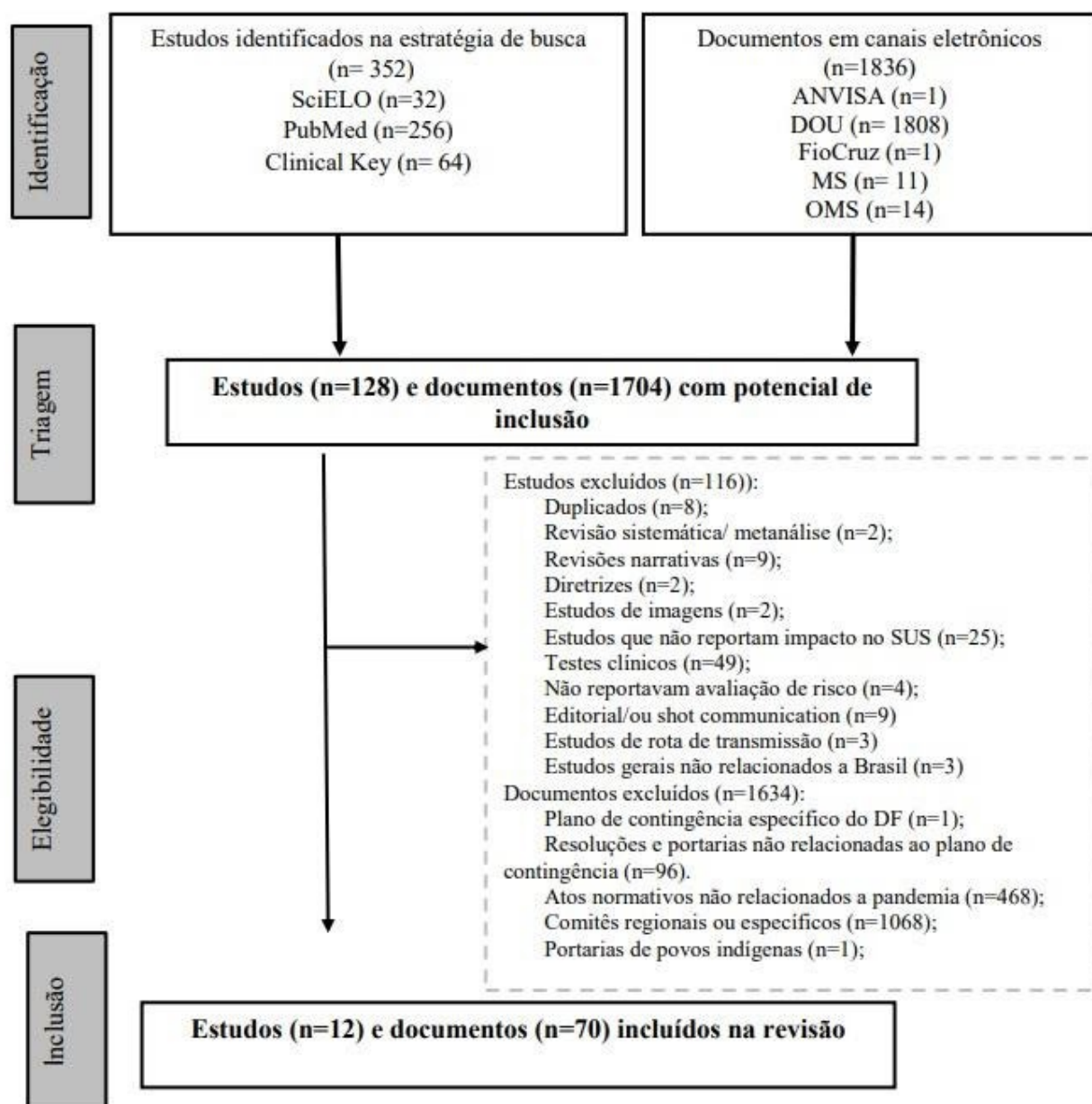


Figura 1 - Fluxograma da estratégia de busca do estudo.

oscilando no decorrer dos meses (Figura 2A). Até dia 15 de maio foram encontradas 37 portarias^{22,58} e resoluções diretamente relacionadas ao PCNIH,¹² publicadas pelo Ministério da Saúde no DOU. Tais resoluções estão classificadas em 10 categorias, de acordo com os objetivos, na Figura 2B.

Diante desse cenário de enfrentamento, e como estratégia concreta, foram criados cinco comitês pelo Ministério da Saúde e pela Presidência da República: o GEI-ESPII,²¹ Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV),²² o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19,⁵⁹ a Força-Tarefa no âmbito do Ministério da Saúde para atuação especializada nas demandas do Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes do Comitê Federal de Assistência⁶⁰ e a Coordenação de Ações Estratégicas para Construção de Hospitais de Campanha Federais e Logística Internacional de Equipamentos Médicos e Insumos de Saúde, no âmbito do Comitê de Crise da Covid-19.⁶¹

Estratégias de Controle

A ESPII entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007 e foi desenvolvida com a finalidade de ser um instrumento jurídico internacional, que atua como RSI a fim de prevenir e estabelecer medidas de respostas a graves riscos de saúde pública

para os 196 países do mundo e todos os Estados Membros do Ministério da Saúde 62. Dentre as principais ações da Organização dos Países Pan Americano de Saúde (OPAS)/Ministério da Saúde do Brasil deverá: ⁶³

- Fornecer apoio as todas as recomendações da OPAS/Ministério da Saúde no que tange o RSI;
- Estabelecer cooperação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e parceiros em todo o território nacional, a fim de identificar, classificar eventos de emergências (tanto nacionais como internacionais) e comunicar o risco evidenciado junto ao Ministério da Saúde;
- Estabelecer a parceria da ANVISA na abordagem da RSI, enfatizando pontos de entrada – portos, aeroportos e fronteiras terrestres;
- Estabelecer parcerias com a SVS/Ministério da Saúde para formulação do planejamento e execução de plano de contingência de saúde em eventos de massa segundo a Portaria Ministério da Saúde nº 1.139, de 10 de junho de 2013.

Segundo o Ministério da Saúde,¹² a dinâmica do ESPINoPCNIH é subdividida em duas fases: a de *contenção*, focada na quarentena e no monitoramento

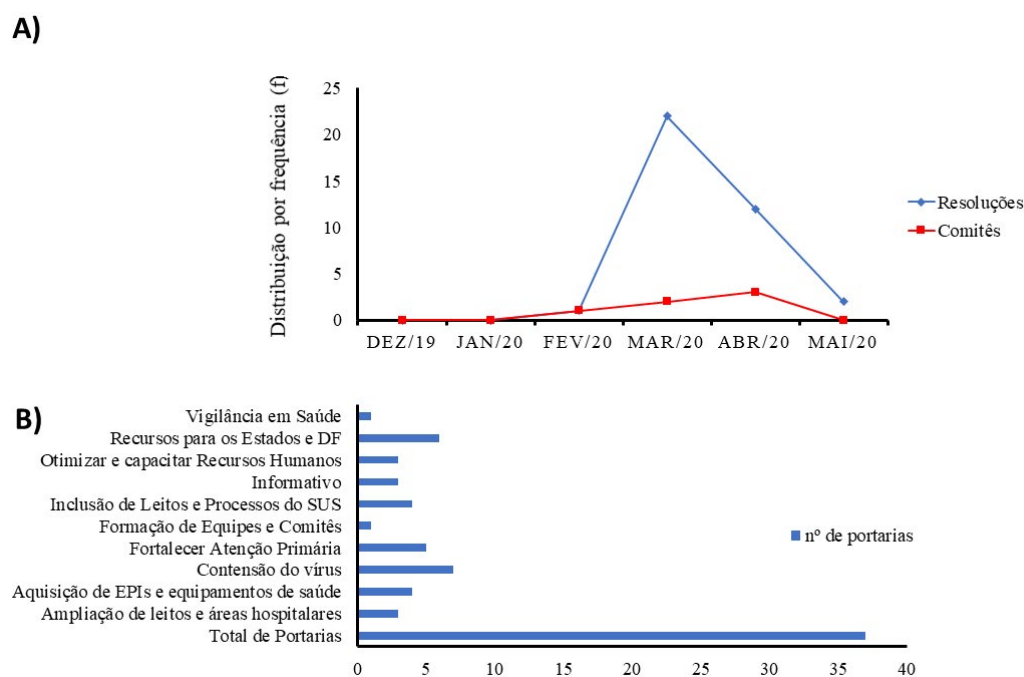


Figura 2 - Distribuição da criação de portarias, comitês e principais eixos temáticos desenvolvidos nas políticas de saúde pública de enfrentamento da Covid-19 no Brasil.

de casos leves a fim de minimizar a ocupação dos leitos hospitalares sem que haja real necessidade, e *fase de mitigação*, que se inicia a partir do registro de 100 casos positivos, inviabilizando a testagem de todos os casos, sendo os testes voltados para os casos graves nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).¹²

Cerca de nove dias depois da declaração de pandemia, o Brasil evoluiu para a fase de mitigação, com a publicação da Portaria nº 45433 em 20 de março de 2020, que estabeleceu o estado de transmissão comunitária da Covid-19 e a adoção de medida não farmacológica, como o isolamento domiciliar por um período de 14 dias a todos os indivíduos com manifestação de sintomas respiratórios e os respectivos membros que residam no mesmo domicílio, ainda que estejam assintomáticos, como medida inicial para a contenção para transmissão.

Em função da situação de pandemia, órgãos nacionais em consonância aos órgãos internacionais passaram a elaborar documentos com recomendações e estratégias para garantir medidas de controle da infecção, além de orientar órgãos governamentais, serviços de saúde e a população em geral. A Figura 3 apresenta um resumo dos principais documentos encontrados.

Avaliação do risco populacional

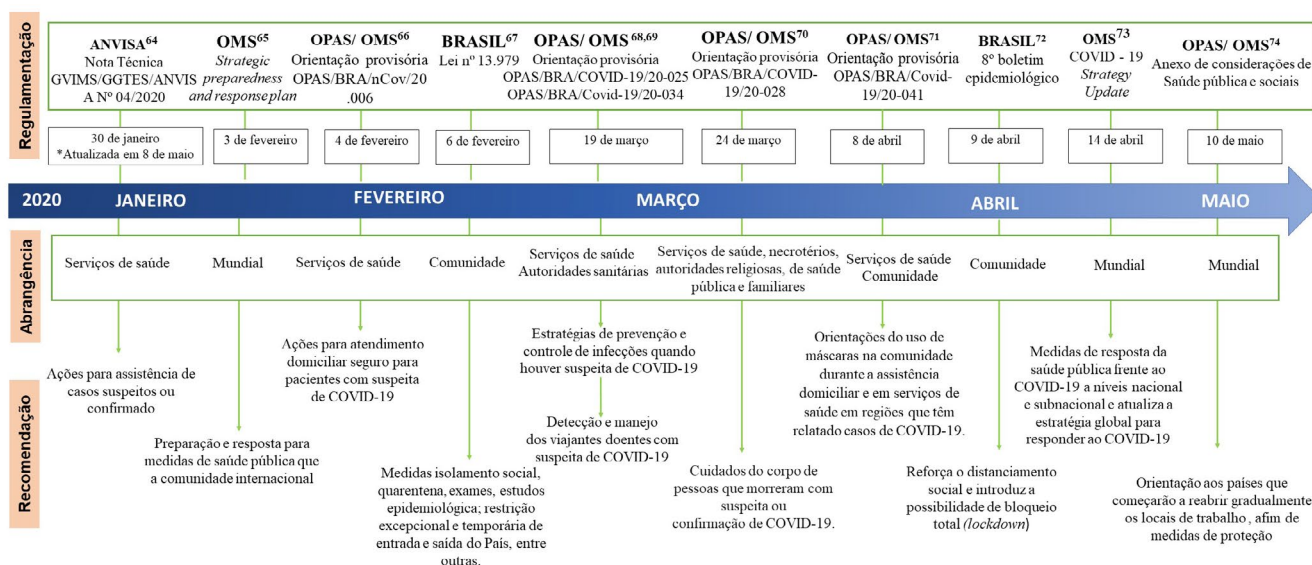
Segundo as definições do PCNIH,¹² para que seja bem-sucedido é necessário delimitar as características do cenário e as medidas necessárias para

reduzir danos e conter os riscos, então avalia-se o perfil de risco populacional do território acometido. Os níveis de respostas estarão atrelados ao evento e serão baseados no risco suspeito (ou conhecido), na possível exposição à ameaça e no contexto em que o evento está ocorrendo. A avaliação de riscos inclui três componentes principais: avaliação da ameaça, exposição e contexto⁷⁵.

A partir de dados da AMB,¹⁶ para reduzir a disseminação da doença e avaliar o risco populacional por regiões são necessárias ações de mapeamento, infraestruturas, comunicação eficaz e conscientização da população. Comparando com medidas de contingenciamento em outras pandemias, como, por exemplo, a gripe espanhola 1918, nas cidades que foram tomadas medidas com maior rapidez pôde-se observar que houve redução na mortalidade¹⁶.

Alguns fatores demográficos, como idade média da população ≥ 65 anos e status da renda, foram identificados na avaliação do risco populacional para desenvolvimento do SAR-CoV-2. Os países de alta renda tendem a ter as populações mais idosas; os países de baixa renda, por outro lado, têm uma proporção muito menor de indivíduos ≥ 65 anos. Entretanto, foi observado como tendo um risco particularmente alto de mortalidade por Covid-19, devido ao status de renda¹⁵.

Segundo um estudo da FioCruz,⁷⁶ São Paulo e Rio de Janeiro eram as capitais mais propensas a serem acometidas em função da conectividade entre as cidades, pois isto poderia potencializar a



Legenda: ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; OMS: Organização Mundial; OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde. Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Figura 3 - Medidas de contenção de disseminação para a Covid-19. 64,74

dispersão do SARS-CoV-2 para os demais estados. Os centros urbanos de Recife e Salvador possuem semelhança de disseminação com as capitais citadas, mas com uma severidade maior devido à baixa disponibilidade de leitos de internação¹⁷.

Fluxos Assistenciais e o impacto da Covid-19 nas regiões brasileiras no SUS

Considerando o avanço da SARS-CoV-2 no território brasileiro, os órgãos institucionais desenvolveram as Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Covid-19,⁷⁶ que direcionam o fluxo assistencial de saúde e, assim, preconiza que os sujeitos com sintomas gripais leves serão atendidos em âmbito da atenção primária ou por atendimento telefônico via TeleSUS e devem permanecer isolamento domiciliar. Enquanto isso, os casos sintomáticos graves deverão ser direcionados para serviços de saúde adequados a fim de serem internados em enfermarias ou na UTI, conforme os sintomas^{77,78}.

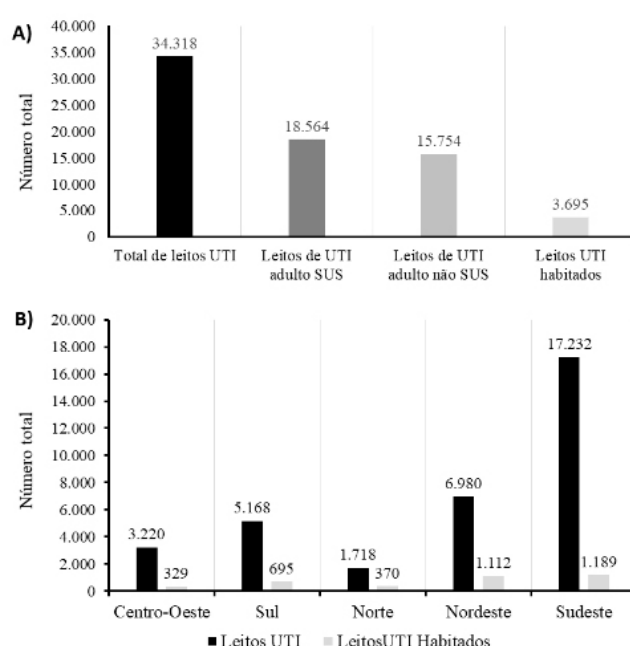
Os dados numéricos do SARS-CoV-2 apontam que no mundo, até o dia 16 de maio, foram confirmados 4.425.484 casos, sendo 1.909.483 nas regiões das Américas, dos quais 233.142 estão no Brasil.⁷⁹ Ao todo, no mesmo período foram registrados 15.633 óbitos e cerca de 89.672 recuperados. Com isso, a incidência da doença é de 110,9, a mortalidade gira em torno de 7,4 para cada 100 mil habitantes, e o percentual de letalidade no Brasil é de 6,7%.⁸⁰

Ao analisar os números de casos confirmados e óbitos isolados da data da primeira notificação até 16 de maio de 2020, verifica-se que a região Sudeste é o epicentro da pandemia no Brasil, com 93.853 casos confirmados e cerca de 7.723 óbitos. No entanto, a maior taxa de incidência e mortalidade está concentrada na região Norte, com 235,8 e 15,7, respectivamente.⁸⁰

Visando o atendimento assistencial aos pacientes com Covid-19 no Brasil, o Ministério da Saúde^{81,82} tornou público um documento com a listagem que aponta no país um total de 58 hospitais estaduais e 29 laboratórios referências em atendimento ao SARS-COV-2. A listagem, no entanto, não leva em consideração e não reporta hospitais públicos privados, hospitais de campanhas eventualmente

construídos e nem reporta parcerias com os laboratórios de instituições Federais Públicas para testagem da Covid-19.

Os dados do Ministério da Saúde⁸³ até 16 de maio de 2020, apontam que no Brasil há cerca de 34.318 leitos de UTI disponíveis em todo o território nacional (figura 4A), no entanto, não há registros do total de pacientes hospitalizados no período. Segundo os únicos dados disponíveis do Ministério da Saúde⁸³ a taxa de habitação total dos leitos de UTI até o período de 12 de maio, está em torno de 10,7%, sendo a região sudeste a que mais tendem ocupação no período 32% dos leitos (figura 4B).



Notas: * Dos leitos de UTI ocupados 115 foram de leitos de UTI Pediátrica.

Figura 4 - Distribuição de leitos de UTI e habitação no Brasil e nas regiões brasileiras.

Diante desse panorama no Brasil, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações que visam ampliar a assistência pública à saúde. Segundo Oliveira *et al.*⁵ o Ministério da Saúde iniciou contratações de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, com o programa "O Brasil conta comigo",⁸⁴ além de capacitar profissionais, para linha de frente da Covid-19 e fornecer equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores da saúde.

Visando assegurar o atendimento ao paciente grave, houve investimento em insumos, construção de unidades hospitalares e ampliação das unidades existentes, contratação de leitos em hospitais privados e a criação de hospitais de

campanha.⁵ Houve aquisição de novos equipamentos entre os dados do Ministério da Saúde.⁸³ Foram adquiridos 577 novos aparelhos de ventilação mecânica para distribuição nas Unidades Federativas e um repasse aos estados e municípios de R\$ 1 bilhão para o enfrentamento ao Covid-19.⁸⁵

Segundo Oliveira *et al.*,⁵ com a transmissão comunitária da Covid-19 as ações do Ministério da Saúde também foram destinadas à ampliação do número de testes para diagnosticar a doença, testes que visam fortalecer as unidades da Rede Sentinela no país.⁸⁶ Outra ação destacada por Oliveira *et al.*⁵ ocorre por telefone, por meio do TeleSUS⁸⁷ e Vigitel Covid-19,⁸⁸ orientando por ligação os casos suspeitos. O Conselho Federal de Medicina⁸⁹ regulamentou a Telemedicina para consultas médicas *on-line* visando garantir a assistência médica sem sobrecarregar hospitais e expor a população ao risco de contágio.⁹⁰

De acordo com Sarti *et al.*,⁹¹ o enfoque e investimento na Atenção Primária à Saúde (APS) também é essencial, em decorrência do potencial da rede em estabelecer vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, monitorar as famílias vulneráveis, evitando a superlotação dos serviços de média e alta complexidade. Nesse contexto, foi investido fomentos a APS, para ampliação do horário de funcionamento a fim de atender aos pacientes com sintomas respiratórios.^{26,31} O Ministério da Saúde fortaleceu a Vigilância em Saúde, tornando obrigatório o registro de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19.⁵¹ O ordenamento e a articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, são essenciais para manutenção do SUS em todas as Unidades da Federação Brasileira.⁵

DISCUSSÃO

Essa revisão permitiu observar ao PCNIH ser colocado em prática em seus diversos âmbitos. Desde a data de sua publicação, observou-se um número crescente de portarias e resoluções que dialogam com as estratégias descritas no plano. Isso se dá porque as portarias e resoluções são a forma que os órgãos da administração pública têm para declarar, oficialmente, suas determinações diante de um cenário.⁹²

As portarias publicadas tiveram cunho informativo, quando o Ministério da Saúde declarou ESPIN²² e buscou promover ações para instruir o isolamento social a fim de evitar que a população saísse de casa.³⁹ Essas também foram meios de criação de comitês especiais para o enfrentamento da crise causada pelo coronavírus.³⁸

Esses comitês têm por objetivo articular medidas de preparação e de enfrentamento, bem como gerenciamento e alocação de recursos orçamentário-financeiros perante as diferentes realidades do território brasileiro.²¹ Com o intuito de conter a disseminação frente aos fluxos migratórios no Brasil foi instituída a Força Tarefa, que visa subsidiar a elaboração e execução do plano de ação do setor da saúde e a constante monitorização dos resultados das ações propostas no plano de ação.⁶⁰

Essa revisão observou que todas essas ações de portarias, regulamentações e comitês criadas pelo Brasil, foram construídas paralelas ao sinal de alerta do RSI, em consonância com o Ministério da Saúde. Apesar dos esforços a nível nacional, ressalta-se que todos os Estados, municípios e o DF foram dotados de autonomia para adoção de medidas extraordinárias de enfrentamento da doença a partir da decisão unânime do Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), que aprovou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341.⁹³ Essa medida pode fortalecer os Estados, Municípios e o DF em suas ações em função das particularidades socioeconômicas de cada região.

Observou-se, ainda, que o Brasil é um país territorialmente extenso e o SARS-CoV-2 afetou todas as regiões brasileiras, impondo assim inúmeros desafios para o controle de sua transmissão. A pandemia de Covid-19 encontra a população brasileira em situação de vulnerabilidade, em função das altas taxas de desemprego e cortes de políticas sociais. Segundo Werneck e Carvalho,⁹⁴ o cenário é difícil especialmente após a aprovação da *Emenda Constitucional nº 95*, que impõe redução dos gastos públicos e redução dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil.

Segundo Leão *et al.*,⁹⁵ o Brasil possivelmente é o primeiro país em desenvolvimento que vivencia uma situação de crise de dimensão continental, caracterizada pelo alto número de pessoas abaixo da linha

da pobreza nas favelas, pela postura do presidente e pelas constantes trocas dos ministros, sobretudo no Ministério da Saúde. Antes de sua saída do governo, o ex-ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, articulou estratégias para convencer a população da importância de ficar em casa para evitar a explosão de novos casos e a sobrecarga do SUS.⁹⁵ Com a saída de Mandetta, o governo articulou-se para desmontar a pasta da antiga cúpula de enfrentamento ao coronavírus. Em 27 de maio de 2020 aprovou a Portaria interministerial nº 9 e, nesta mesma data,⁹⁶ revogou a portaria de 17 de março de 2020⁹⁷ sobre sanções penais a casos de descumprimento das medidas de isolamento social.

Atualmente, o cenário político do Brasil passa por conflitos políticos sociais e, em meio à pandemia, observa-se a polarização no país, em torno do chefe do Poder Executivo, com a divulgação de informações sem embasamento técnico-científico, referentes à gravidade da patologia. Além disso, evidencia em seu discurso e de seus ministros de estado informações que incentivam o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, mesmo estudos^{98,99} comprovando que tais medicamentos, utilizados em altas doses, não eram capazes de reduzir o risco de intubação ou de morte por Covid-19.

Todo esse cenário enfraquece o isolamento social e favorece a propagação do vírus. O estudo de Reis *et al.*³ demonstrou que apenas 40% da população italiana respeitava o isolamento social, o que resultou em um aumento drástico de casos no país. Em um estudo realizado por Bezerra *et al.*¹⁰⁰ com 16.440 brasileiros entrevistados, 32% afirmaram que estão em isolamento total e não saem de suas residências; 57% das pessoas estão em isolamento parcial, saem de casa apenas para comprar alimentos e medicamentos; e 11% não se enquadram nem como isoladas nem como parcialmente isoladas.

Nossos números estão em ascensão diariamente, revelando que ainda não atingimos a fase de platô e estabilização dos casos. Segundo o estudo do *Imperial College*¹⁰¹ (Londres, Reino Unido), de 48 países analisados o Brasil é o país com a maior taxa de transmissão ($R = 2,81$). Apesar das medidas de supressão, estima-se que ocorrerão pelo menos 2 milhões de casos em todo o mundo provocados pela Covid-19.⁹⁴ Espera-se um aumento do número de casos nos próximos

meses e, segundo Croda *et al.*,⁹ o vírus estará em circulação até meados de setembro.

No Brasil, o real panorama é incerto, e as estimativas válidas e confiáveis do número de casos e óbitos por Covid-19 esbarram na ausência de dados confiáveis, seja dos casos ou da implantação efetiva das medidas de supressão, frente às recomendações contraditórias das autoridades em cada nível de governo.⁹⁴ O cenário vivenciado expõe fragilidades estruturais e pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta ou a distribuição desigual de profissionais da saúde, infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, assim como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos.⁵

De acordo Marson *et al.*,¹⁰² o total de leitos de UTI no Brasil é um desafio em função da distribuição não uniforme entre as regiões e pelo quantitativo não seguir as recomendações do Ministério da Saúde de um a três leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, haja vista que a realidade é de um leito para cada 10.000 habitantes. E o número de pacientes que necessitam do SUS é maior do que para os serviços de saúde privados.

Apesar das estimativas, não se sabe ao certo por quanto tempo o vírus ficará em circulação e quando será disponibilizada uma vacina. Medidas como a quarentena, o distanciamento social e a restrição de algumas atividades devem ser adotadas de forma rigorosa com intuito de reduzir a transmissão do novo vírus emergente.^{103,104} Marson *et al.*¹⁰² o comparou países como a China e Alemanha, que chegaram ao colapso da saúde, com o Brasil, que no momento do estudo encontrava-se com seu índice de mortalidade 1,361/23,955 (5.68%), e observou que somente após a adoção de medidas restritivas nesses países foi possível controlar e estabelecer a redução das taxas de transmissão do vírus e a reestruturação do sistema de saúde.

A China, após ter atingido o pico, estabeleceu medidas estratégicas, como proteger os profissionais de saúde, identificar rapidamente pacientes sintomáticos pelo teste de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) e os colocar em isolamento, assim como manter os contatos próximos dos pacientes de quarentena.¹⁰³ Com isso, conseguiram alcançar o platô da doença.

Segundo o Ministério da Saúde,¹⁰⁵ a Austrália é outro exemplo de país com boa estratégia de contingência e enfrentamento ao SAR-CoV-2. O país teve seu primeiro caso confirmado em janeiro e optou por fechar fronteiras, adotou severas restrições de circulação, reuniões e atividades pública, aplicou multas para quem não cumprisse a quarentena e determinou quarentena obrigatória para aqueles que voltaram do exterior. Mesmo com a recessão econômica e o desemprego aumentando em 10%, optaram por não afrouxar as medidas de isolamento. Com isto, obtiveram número de óbitos e de casos novos por dia reduzidos em comparação com os demais países.

CONCLUSÃO

Considerando que ainda não exista uma única estratégia para conter a propagação do vírus, foi observado que são necessárias medidas governamentais uniformes, que estimulem a população a segui-las, tendo em vista que a polarização política faz com que haja rupturas no engajamento contra a pandemia. Devido ao tamanho continental do país, é necessário que seja avaliada a situação regional de cada estado e distrito da União, com o objetivo de atingir as demandas de cada área. Entretanto, deve-se manter uma coerência entre todas as ações, uniformizando o plano nacional.

Ademais, é importante que o PCNIH seja modificado e adaptado de acordo com as necessidades do país durante a pandemia, uma vez que não é uma situação uniforme e constante. O Brasil tem como vantagem poder analisar as medidas adotadas por outros países que apresentaram resultados satisfatórios e adaptá-las para a realidade nacional.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ciotti M, Angeletti S, Minieri M, Giovannetti M, Benvenuto D, Pascarella S, et al. Covid-19 Outbreak: An Overview. *Chemotherapy* 2019;64:215–23. doi:10.1159/000507423.
2. Organización Pan-Americana da Saúde (OPAS). O Ministério da Saúde declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. Pan Am Health Organ World Health Organ 2020. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:o_ministerio_da_saude-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812 (accessed September 19, 2020).
3. Reis RF, de Melo Quintela B, de Oliveira Campos J, Gomes JM, Rocha BM, Lobosco M, et al. Characterization of the Covid-19 pandemic and the impact of uncertainties, mitigation strategies, and under reporting of cases in South Korea, Italy, and Brazil. *Chaos Solitons Fractals* 2020;136:109888. doi:10.1016/j.chaos.2020.109888.
4. Chate RC, Fonseca EKUN, Passos RBD, Teles GB da S, Shoji H, Szarf G. Presentation of pulmonary infection on CT in Covid-19: initial experience in Brazil. *J Bras Pneumol* 2020;46.
5. Oliveira WK de, Duarte E, França GVA de, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiol E Serviços Saúde* 2020;29. doi:10.5123/S1679-49742020000200023.
6. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. Covid-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis* 2020;35:101613. doi:10.1016/j.tmaid.2020.101613.
7. Delatorre E, Mir D, Gräf T, Bello G. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in western countries. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2020;115:e200183. doi:10.1590/0074-02760200183.
8. Barros KD das N. Análise preditiva de casos confirmados de Covid-19 no Brasil e em oito países baseada no modelo não linear de Gompertz. Preprint 2020. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/451/611> (accessed September 19, 2020).
9. Croda J, Oliveira WK de, Frutuoso RL, Mandetta LH, Baia-da-Silva DC, Brito-Sousa JD, et al. Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized

- unified health system and preparation to contain cases. *RevSocBrasMedTrop* 2020;53:e20200167. doi:10.1590/0037-8682-0167-2020.
10. Cimerman S, Chebabo A, Cunha CA da, Rodríguez-Morales AJ. Deep impact of Covid-19 in the health care of Latin America: the case of Brazil. *Braz J InfectDis* 2020;24:93–5. doi:10.1016/j.bjid.2020.04.005.
11. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiol E Serviços Saúde* 2020;29. doi:10.5123/S1679-49742020000200009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. (accessed September 19, 2020).
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organización Mundial de la Salud 2020. <https://www.who.int/es> (accessed September 19, 2020).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. GovBr 2020. <https://saude.gov.br/> (accessed September 19, 2020).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Covid-19. GovBr 2020. <https://coronavirus.saude.gov.br/> (accessed September 19, 2020).
16. Associação Médica Brasileira. Associação Médica Brasileira 2020. <https://amb.org.br/> (accessed April 30, 2020).
17. FioCruz. Coronavírus 2020. <https://portal.fiocruz.br/coronavirus> (accessed April 30, 2020).
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portal da Anvisa 2020. <http://portal.anvisa.gov.br/> (accessed September 19, 2020).
19. Brasil. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União 2020. <https://www.in.gov.br> (accessed September 19, 2020).
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Novel Coronavirus – China. WHO 2020. <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (accessed September 19, 2020).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto no 10.211, de 30 de janeiro de 2020. vol. 21-A. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.211-de-30-de-janeiro-de-2020-240646239?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fquest%2Fsearch%3Fsecao%3Ddou1%26data%3D31-01-2020%26qSearch%3DGei>. (accessed September 16, 2020).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 188, de 3 de fevereiro de 2020. vol. 24-A. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. (accessed September 16, 2020).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 356, de 11 de março de 2020. vol. 49. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. (accessed September 16, 2020).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Normativa – RN no 453, de 12 de março de 2020. vol. 50. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-453-de-12-de-marco-de-2020-247799935>. (accessed September 16, 2020).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 397, de 16 de março de 2020. vol. 54. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-248809238>. (accessed September 16, 2020).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 395, de 16 de março de 2020. vol. 51-A. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-395-de-16-de-marco-de-2020-248162153>. (accessed September 16, 2020).
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 237, de 18 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-395-de-16-de-marco-de-2020-248162153>. (accessed September 16, 2020).

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 414, de 18 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-414-de-18-de-marco-de-2020-249025222>. (accessed September 16, 2020).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução – RDC no 349, de 19 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rcdc-n-349-de-19-de-marco-de-2020-249028270>. (accessed September 16, 2020).
30. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 350, de 19 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rcdc-n-349-de-19-de-marco-de-2020-249028270>. (accessed September 16, 2020).
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 430, de 19 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rcdc-n-349-de-19-de-marco-de-2020-249028270>. (accessed September 16, 2020).
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 428, de 19 de março de 2020. vol. 55. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-428-de-19-de-marco-de-2020-249027772>. (accessed September 16, 2020).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 454, de 20 de março de 2020. vol. 55-F. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. (accessed September 16, 2020).
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 467, de 20 de março de 2020. vol. 55-B. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. (accessed September 16, 2020).
35. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 356, de 23 de março de 2020. vol. 56–C. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rcdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>. (accessed September 16, 2020).
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 492, de 23 de março de 2020. vol. 56–C. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442>. (accessed September 16, 2020).
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 480, de 23 de março de 2020. vol. 58. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-480-de-23-de-marco-de-2020-249621650>. (accessed September 16, 2020).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 16, de 24 de março de 2020. vol. 59. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-16-de-24-de-marco-de-2020-249801693>. (accessed September 16, 2020).
39. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 357, de 24 de março de 2020. vol. 57–C. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rcdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>. (accessed September 16, 2020).
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 245, de 24 de março de 2020. vol. 59. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-245-de-24-de-marco-de-2020-249806240>. (accessed September 16, 2020).
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 545, de 25 de março de 2020. vol. 59. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-545-de-25-de-marco-de-2020-249807561>. (accessed September 16, 2020).
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 568, de 26 de março de 2020. vol. 59-B. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020-249862050>. (accessed September 16, 2020).
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 561, de 26 de março de 2020. vol. 59-B. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-561-de-26-de-marco-de-2020-249862049>. (accessed September 16, 2020).
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 580, de 27 de março de 2020. vol. 61. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>. (accessed September 16, 2020).

45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 639, de 31 de março de 2020. vol. 64. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>. (accessed September 16, 2020).
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 662, de 10 de abril de 2020. vol. 65. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-662-de-1-de-abril-de-2020-251064425?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fquest%2Fsearch%3FqSearch%3DPortaria%2520n%25C2%25BA%2520662-%252C%2520de%25201%25C2%25BA%2520de%2520abril%2520de%25202020>. (accessed September 16, 2020).
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 672, de 10 de abril de 2020. vol. 65. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-672-de-1-de-abril-de-2020-251064187>. (accessed September 16, 2020).
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 673, de 10 de abril de 2020. vol. 65. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-673-de-1-de-abril-de-2020-251064766>. (accessed September 16, 2020).
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 674, de 10 de abril de 2020. vol. 65. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-674-de-1-de-abril-de-2020-251066764>. (accessed September 16, 2020).
50. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 366, de 2 de abril de 2020. vol. 64-A. 2020. http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2957335/RDC_366_2020_.pdf/a8e4fb7f-d334-4c02-8141-92a7e80f973e. (accessed September 16, 2020).
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 758, de 9 de abril de 2020. vol. 69–C. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-758-de-9-de-abril-de-2020-251970323>. (accessed September 16, 2020).
52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 774, de 9 de abril de 2020. vol. 69–C. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-774-de-9-de-abril-de-2020-251969714>. (accessed September 16, 2020).
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 55, de 13 de abril de 2020. vol. 71. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-55-de-13-de-abril-de-2020-252281669>. (accessed September 16, 2020).
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 813, de 14 de abril de 2020. vol. 73. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-813-de-14-de-abril-de-2020-252725999>. (accessed September 16, 2020).
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 827, de 15 de abril de 2020. vol. 73. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-827-de-15-de-abril-de-2020-252725909>. (accessed September 16, 2020).
56. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 373, de 16 de abril de 2020. vol. 74-B. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-373-de-16-de-abril-de-2020-253004633>. (accessed September 16, 2020).
57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.193, de 08 de maio de 2020. vol. 90. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.193-de-8-de-maio-de-2020-256529625>. (accessed September 16, 2020).
58. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no 380, de 12 de maio de 2020. vol. 90. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-380-de-12-de-maio-de-2020-256532246>. (accessed September 16, 2020).
59. BRASIL. Decreto no 10.277, de 16 de março de 2020. vol. 51–C. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.277-de-16-de-marco-de-2020-248166483>. (accessed September 16, 2020).
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 432, de 19 de março de 2020. vol. 55-F. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-432-de-19-de-marco-de-2020-249091588?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fquest%2Fsearch%3FqSearch%3DPORTARIA%2520N%25C2%25BA%2520432%252C%2520DE%252019%2520DE%2520MAR%252C%2520%2520DE%25202020%2520>. (accessed September 16, 2020).
61. Brasil. Casa Civil. Resolução no 3, de 15 de abril de 2020. vol. 73. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-432-de-19-de-marco-de-2020-249091588?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fquest%2Fsearch%3FqSearch%3DPOR>

[3DPORTARIA%2520N%25C2%25BA%252043-2%252C%2520DE%252019%2520DE%2520MAR%-25C3%2587O%2520DE%25202020%2520](#). (accessed September 16, 2020).

62. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Regulamento Sanitário Internacional (RSI). OPAS Bras 2020. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812 (accessed September 16, 2020).

63. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O MS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia. OPAS Bras 2020. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:O-MS-afirma-que-Covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812 (accessed September 16, 2020).

64. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA no 04/2020. Brasília: 2020. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. (accessed September 16, 2020).

65. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan. OMS; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>. (accessed September 16, 2020).

66. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Atendimento domiciliar para pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), que apresentam sintomas leves e manejo de contatos 2020.

67. BRASIL. Leio n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. vol. 27. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-432-de-19-de-marco-de-2020-249091588?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fquest%2Fsearch%3FqSearch%3DPORTARIA%2520N%25C2%25BA%2520432%252C%2520DE%252019%2520DE%2520MAR%-25C3%2587O%2520DE%25202020%2520>. (accessed September 16, 2020).

68. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Prevenção e controle de infecção na atenção à saúde quando houver suspeita de Covid-19: orientação provisória 2020.

69. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Manejo de viajantes doentes nos pontos de entrada (aeroportos, portos marítimos e passagens de fronteira internacionais) no contexto da Covid-19 2020.

70. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da Covid-19. Orientação provisória 2020.

71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: semana epidemiológica 15. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/09/be-covid-o8-final-2.pdf>. (accessed September 16, 2020).

72. Ministério da Saúde. 8º Boletim epidemiológico. Brasília, 15 de maio, 2020. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/abr/be-covid-o8-final-2.pdf>>, Brasília, 2020.

73. Organização Mundial da Saúde (OMS). COVID-19 strategy update. OMS; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/Covid-19-strategy-update---14-april-2020>. (accessed September 16, 2020).

74. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Considerações sobre saúde pública e medidas sociais no local de trabalho no contexto da Covid-19. Anexo de Considerações sobre o ajuste de medidas de saúde pública e sociais no contexto da Covid-19 2020.

75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: semana epidemiológica 16. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>. (accessed September 16, 2020).

76. Codeço CT, Villela D, Coelho F, Bastos LS, Gomes MFC, Cruz OG, et al. Estimativa de risco de espalhamento da Covid-19 no Brasil e o impacto no sistema de saúde e população por microrregião. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/PROCC; 2020. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40509>. (accessed September 16, 2020).

77. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Covid-19. vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/08/Diretriz-Covid19-v4-07-05.20h05m.pdf>. (accessed September 16, 2020).
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico especial COE-COVID19: semana epidemiológica 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf>. (accessed September 16, 2020).
79. Organização Mundial da Saúde (OMS), Organización Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa Covid-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. OPAS 2020. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=8 (accessed May 18, 2020).
80. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet] 2020. <https://www.coronavirus.com.br/> (accessed May 23, 2020).
81. Brasil. Ministério da Saúde. Lista de Hospitais Estaduais Referências para Covid-19 2020.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Lista de Laboratórios referências para Covid-19 2020.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de leitos no Brasil [Internet]. LocalizaSUS 2020. https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_LEITOS/DEMAS_C19Insumos_LEITOS.html (accessed May 23, 2020).
84. Brasil. Ministério da Saúde. Alunos da área de saúde poderão ajudar no combate ao coronavírus. Portal Minist Saúde 2020:online.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Verbas para combate à pandemia. Portal Minist Saúde 2020:online.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde amplia testes para profissionais de saúde e segurança. Portal Minist Saúde 2020:online.
87. Brasil. Ministério da Saúde. TeleSUS fará busca ativa de informações sobre coronavírus. Portal Minist Saúde 2020:online.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde avalia comportamento dos brasileiros no combate à Covid-19. Portal Minist Saúde 2020:online.
89. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 2.227, de 26 de fevereiro de 2019. vol. 44. 2019. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/65864894#:~:text=1%C2%BA%20Revogar%20a%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFM,qual%20define%20e%20disciplina%20a. (accessed September 16, 2020).
90. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Chamada a pesquisas para enfrentamento da Covid-19 2020. <http://resultado.cnpq.br/6022243470135030> (accessed May 23, 2020).
91. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? Epidemiol E Serviços Saúde 2020;29. doi:10.5123/S1679-49742020000200024.
92. Cretella Júnior J. Valor jurídico da portaria. Rev Direito Adm 1974;117. doi:10.12660/rda.v117.1974.
93. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341. vol. 180. 2020. <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>. (accessed September 16, 2020).
94. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad Saúde Pública 2020;36:e00068820. doi:10.1590/0102-311x00068820.
95. Leão JC. Political polarization at the time of the coronavirus: A Brazilian's view. Oral Dis 2020;odi.13406. doi:10.1111/odi.13406.
96. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria interministerial no 9, de 27 de maio de 2020. vol. 101. 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-27-de-maio-de-2020-258914013>. (accessed September 16, 2020).
97. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria Interministerial no 5, de 17 de março de

2020. vol. 52–C. 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-27-de-maio-de-2020-258914013>. (accessed September 16, 2020).
98. Geleris J, Sun Y, Platt J, Zucker J, Baldwin M, Hripcsak G, et al. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382:2411–8. doi:10.1056/NEJMoa2012410.
99. Borba MGS, Val FFA, Sampaio VS, Alexandre MAA, Melo GC, Brito M, et al. Effect of High vs Low Doses of Chloroquine-Diphosphate as Adjunctive Therapy for Patients Hospitalized With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2020;3:e208857. doi:10.1001/jama-networkopen.2020.8857.
100. Bezerra ACV, Silva CEM da, Soares FRG, Silva JAM da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25:2411–21. doi:10.1590/1413-81232020256.1.10792020.
101. Bhatia S, Parag ACKV, Mishra S, Cooper LV, Ainslie KEC, Baguelin M, et al. Short-term forecasts of Covid-19 deaths in multiple countries 2020. <https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/> (accessed September 16, 2020).
102. Marson FAL, Ortega MM. Covid-19 in Brazil. *Pulmonology* 2020;26:241–4. doi:10.1016/j.pulmoe.2020.04.008.
103. Chang SL, Harding N, Zachreson C, Cliff OM, Prokopenko M. Modelling transmission and control of the Covid-19 pandemic in Australia. *ArXiv200310218 Cs Q-Bio* 2020.
104. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control Covid-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev* 2020. doi:10.1002/14651858.CD013574.
105. Austrália. Department of Health. Isolation for coronavirus (Covid-19) 2020. <https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert/how-to-protect-yourself-and-others-from-coronavirus-Covid-19/isolation-for-coronavirus-Covid-19> (accessed September 16, 2020).