

Estratégias da secretaria municipal da saúde de Curitiba em resposta à pandemia decorrente do coronavírus e as lições da crise sanitária

RESUMO

O estudo está fundamentado na análise da gestão dos serviços municipais de saúde de Curitiba na crise sanitária ocasionada pelo coronavírus. O objetivo da investigação foi analisar as estratégias adotadas durante o período pandêmico e identificar as respostas à emergência em saúde pública que serão incorporadas na rotina dos serviços. A pandemia pressionou o sistema de saúde, expondo suas vulnerabilidades, e exigiu a criação de mecanismos para a superação da crise e adoção de modelos assistenciais mais promissores. A metodologia deste estudo foi baseada em uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza aplicada, de caráter descritiva quanto aos seus objetivos, e procedimentos bibliográficos, documentais e pesquisa de campo foram adotados para sua construção. Optou-se pela realização de uma revisão integrativa de literatura para o estudo de caso. Os resultados encontrados na pesquisa remetem as boas práticas na gestão dos serviços ofertados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba para o fortalecimento de todo sistema público de saúde e na identificação de experiências de sucesso na condução da crise, as quais formam um conjunto de estratégias que poderão ser replicadas em outros sistemas de saúde para instrumentalizar a gestão, conduzir o planejamento das ações e subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: crise sanitária; boas práticas; legado; saúde coletiva; gestão municipal.

Carmen Fernanda Ribeiro
cferribeiro@uol.com.br
Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba. Paraná. Brasil.

Hilda Alberton de Carvalho
hilda@utfpr.edu.br
Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba. Paraná. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectados na cidade de Wuhan, na Província de Hubei, parte central da China. Após pesquisas iniciais, identificou-se a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), causada pelo beta coronavírus SARS-CoV-2, e a doença passou a ser chamada COVID-19. Um mês depois, a OMS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido à infecção em humanos causada pelo novo coronavírus (WHO, 2021; OPAS, 2021a).

Trata-se de uma doença de fácil transmissibilidade, que necessita uma ampla e oportuna testagem para a confirmação dos casos e bloqueio da transmissão. Na maioria dos casos, o curso da doença pode apresentar apenas sintomas leves, muitos casos podem ser assintomáticos e em outros casos pode haver a necessidade de atendimento em serviços de saúde básicos ou especializados, cuja operação exige maiores tecnologias e equipes técnicas treinadas (CURITIBA, 2020b).

Os dados sobre a morbidade da COVID-19 indicam que 80% dos casos apresentam manifestações clínicas leves, 15% demandam internamento hospitalar e aproximadamente 5% precisam de tratamento em leito de terapia intensiva (UTI), cujo tempo de permanência no leito de UTI está entre 14 e 21 dias (AMIB, 2020; FRANCO, 2020).

Os sistemas de saúde, em escala global, encontraram um cenário crítico e até então desconhecido pela comunidade científica. Surgiu a necessidade de respostas rápidas e eficazes para conter a propagação do vírus SARS-CoV-2.

Ao chegar no território brasileiro, a COVID-19 encontrou um cenário onde 70% da sua população utiliza exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, aproximadamente 160 milhões de pessoas são dependentes dos serviços públicos de saúde (GUIMARÃES C., 2020). Além disso, estima-se que 25% dos brasileiros utilizam tanto o SUS quanto o sistema de saúde suplementar (ANS, 2021), pois se beneficiam de serviços públicos como a imunização, vigilância sanitária e epidemiológica, transplantes de órgãos (GUIMARÃES C., 2020), aquisição de medicamentos, entre outros.

O SUS deparou-se com seu maior desafio: como enfrentar a crise sanitária que inevitavelmente chegaria ao Brasil? Seguindo o princípio de descentralização político-administrativa, caberia ao Ministério da Saúde (MS) o planejamento e a coordenação das estratégias de combate a pandemia e aos governos estaduais e municipais ficariam com a responsabilidade de operacionalizar as ações regionalmente.

É neste cenário que o município de Curitiba se colocou em estado de alerta e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) passou a coordenar a mobilização de diversos setores da sociedade para discutir e encaminhar medidas de prevenção e controle da doença.

Para Mendes (2020) a crise é um fator gerador de oportunidades, crescimento e aprendizagem. Ao mesmo tempo, é um período de renovação: tempo de abandonar antigas práticas sem êxito e investir em novas possibilidades. Porém, como gerenciar o sistema público de saúde para ofertar melhores soluções

assistenciais de acordo com a necessidade da população em um momento de crise sanitária? Pretende-se, com este estudo, analisar as estratégias adotadas pelos gestores do SUS Curitiba frente à crise sanitária e seus reflexos no planejamento do futuro pós pandemia.

O objetivo deste estudo é analisar as estratégias aplicadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba no enfrentamento da crise sanitária decorrente do coronavírus. Os objetivos específicos buscaram investigar as respostas adotadas pela gestão municipal para o fortalecimento da liderança, da gestão e da governança em saúde; verificar as medidas tomadas para o fortalecimento da inteligência epidemiológica; estudar as práticas aplicadas para o fortalecimento do sistema público de saúde; e identificar as experiências exitosas ocorridas no curso da pandemia que serão incorporadas na rotina de ações e serviços do SUS Curitiba (legados).

Este artigo é parte da dissertação apresentada ao programa pós-graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGGP) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), na linha de pesquisa Governança Pública e Desenvolvimento.

Esta pesquisa está direcionada a gestão municipal da saúde, em consonância com o princípio da descentralização técnico-administrativa do SUS, diretriz que contribui para o fortalecimento da gestão local e, conseqüentemente, do desenvolvimento territorial. Parte-se do princípio de que o estudo poderá ser aplicado nas demais instituições públicas municipais de saúde como uma proposta para instrumentalizar os processos de gestão e fortalecer as diretrizes da governança pública. Tal experiência poderá contribuir o planejamento e gestão dos serviços públicos de saúde, fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas, aprimorar o sistema de saúde local e, conseqüentemente, elevar a qualidade de vida e o bem-estar da sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na história recente, o mundo presenciou a cinco epidemias: SARS Corona, MERS Corona, Ebola, Influenza H1N1 e, atualmente, o SARS-CoV-2, sendo que as duas últimas tiveram abrangência global e por isso chamadas de pandemia. Houve ainda o surgimento da influenza H5N1, a gripe aviária, um surto epidêmico de menores proporções (GUIMARÃES C., 2020). É certo que a proporção tomada pela pandemia de COVID-19 é inigualável, porém, os períodos de crise sempre ensinam algo.

Diante deste cenário, em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou o surto do novo coronavírus uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII, conforme determina o Regulamento Sanitário Internacional. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a ESPII é considerada uma situação de grande risco à saúde da população em escala global e necessita de coordenação internacional imediata para conter sua disseminação (OPAS, 2021a).

Após os primeiros eventos do espalhamento do vírus SARS-CoV-2, a OMS recomendou as nações esforços para responder à epidemia, como compreender a evolução do surto, compartilhar conhecimentos, elaborar recomendações para sua contenção e estabelecer trabalho colaborativo (WHO, 2021).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi oficializada pela OMS como uma pandemia, devido a ocorrência de surtos da doença em vários países (OPAS, 2021a). A Europa foi reconhecida como novo epicentro da doença em 13 de março de 2020 (FONSECA, 2021) e em 26 de maio de 2020, a OPAS declarou que as Américas se tornaram o mais recente epicentro de disseminação do SARS-CoV-2, superando a Europa e os Estados Unidos (OPAS, 2021b).

2.1 Primeiras respostas do Brasil à pandemia

A partir da notificação das autoridades chinesas do surto ocorrido em Wuhan, ocorreu a ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), em 22 de janeiro de 2020, pelo Ministério da Saúde (MS) e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Esta data marcou o início do enfrentamento à emergência sanitária (BRASIL, 2020j) e os primeiros eventos em respostas à pandemia no território brasileiro foram descritos no quadro 1.

Quadro 1: Primeiras respostas do Brasil à pandemia.

DATA	FATO	REFERENCIAL
31/12/2019	China comunica OMS dos casos de pneumonia de etiologia desconhecida	OPAS (2021a)
22/01/2020	Ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública - COE	BRASIL (2020j)
27/01/2020	1º caso suspeito de COVID-19 no Brasil	CRODA <i>et al.</i> (2020)
28/01/2020	Início da elaboração do Plano de Contingência Nacional - PCN	CRODA <i>et al.</i> (2020)
28/01/2020	ANVISA estabeleceu o Grupo de Emergência em Saúde Pública	FONSECA (2021)
30/01/2020	OMS declarou a Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional - ESPII	OPAS (2021a)
30/01/2020	Reativação do Grupo Executivo Interministerial de Saúde Pública (GEI-ESPII) - Decreto nº 10.211/2020	BRASIL (2020b)
03/02/2020	Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) – Portaria nº 188/2020 MS	BRASIL (2020a)
03/02/2020	Criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCoV) - Portaria nº 188/2020 pelo MS	BRASIL (2020a)
06/02/2020	Promulgação da Lei da Quarentena - Lei nº 13.979/2020, sobre medidas para enfrentar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus	BRASIL (2020c)
26/02/2020	Registro do primeiro caso de coronavírus no Brasil	CRODA <i>et al.</i> (2020)
11/03/2020	Declaração da pandemia pela OMS	OPAS (2021a)
12/03/2020	A primeira morte decorrente da infecção por SARS-CoV-2 no Brasil	FONSECA (2021)
13/03/2020	Europa foi reconhecida como novo epicentro da COVID-19	FONSECA (2021)
13/03/2020	Publicação da Portaria nº 356/2020, que dispõe sobre a operacionalização a Lei nº 13.979/2020 (Lei da quarentena)	BRASIL (2020d)
20/03/2020	MS anunciou a transmissão comunitária da doença no território brasileiro	CRODA <i>et al.</i> (2020)
20/03/2020	Congresso Nacional que decretou estado de calamidade pública - Decreto nº 06/2020	BRASIL (2020e)
15/04/2020	Reconhecimento da ADIN 6.341/2020 pelo STF – competência dos entes federados	FONSECA (2021)
26/05/2020	Declaração da OPAS sobre o novo epicentro da doença nas Américas	OPAS (2021b)

Fonte: Organizado pela autora.

Para Fonseca (2021), o início do período pandêmico foi marcado por discordâncias na condução das respostas dadas pela União, Estados e Municípios e internamente no Governo Federal, resultando em diversas substituições de Ministros da Saúde em plena crise. Houve a disputa sobre a competência dos entes federados em relação à adoção de medidas sanitárias, que chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF). A análise da Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, em 15/04/2020, resultou no reconhecimento da “competência da União para editar normas contendo medidas tomadas em razão da pandemia, mas sem prejuízo da autonomia de Estados e Municípios para tratar do mesmo tema, em respeito à competência concorrente estabelecida pela Constituição” (FONSECA, 2021, p. 301).

Nestes termos, a decisão do STF concedeu a responsabilidade aos governos subnacionais de definir suas medidas sanitárias de acordo com sua realidade epidemiológica. Este posicionamento delegou aos estados e municípios a adoção de medidas políticas impopulares e algumas vezes divergentes as ações do governo federal, colaborando para a manutenção dos conflitos (FONSECA, 2021).

Somaram-se novos problemas para o governo federal, desta vez na falta de insumos e equipamentos de saúde: o desabastecimento de medicamentos para intubação e manutenção dos pacientes em ventilação mecânica; falta de álcool a 70% em gel; máscaras de proteção facial; equipamentos de proteção individual (EPI) para profissionais de saúde; testes para detecção do SARS-CoV-2; falta de ventiladores mecânicos; entre outras (FONSECA, 2021).

Experiências internacionais de enfrentamento à crise mostraram uma grande pressão exercida nos sistemas de saúde. Havia a necessidade de reorganizar os serviços de saúde para atender a esta demanda, estabelecendo novos protocolos clínicos e fluxos, fortalecendo a infraestrutura e reconfiguração de espaços físicos (SEIXAS et al., 2021). É neste contexto de descoordenação federal e a urgência de reorganizar os sistemas de saúde que estados e municípios tomaram para si a responsabilidade de gerir a crise sanitária, cabendo a União a distribuição de recursos financeiros em razão do aumento na demanda dos serviços de saúde (FERNANDES e PEREIRA, 2020).

Mesmo diante da desorganização nos períodos iniciais da crise sanitária no Brasil, é inegável a experiência do SUS no enfrentamento de outras emergências em saúde. O Brasil acumulou experiências passando por outras crises sanitárias como poliomielite, varíola, cólera, H1N1 (influenza A), influenza aviária, febre amarela, síndrome respiratória aguda grave e zika. As ações de controle e até mesmo erradicação destas doenças estabeleceram um legado importante no manejo das epidemias, demonstrando hegemonia científica e fortalecimento do sistema de saúde (CRODA et al., 2020). Segundo os autores, o SUS possui habilidade e conhecimento para enfrentar emergências em saúde, principalmente aquelas relacionadas a síndromes gripais.

2.2 Desafios e oportunidades em tempos de crise

As circunstâncias que envolviam a pandemia fizeram surgir dúvidas quanto ao melhor caminho a seguir. Diante do dilema posto entre salvar vidas e socorrer a economia, os gestores públicos foram desafiados a responder efetivamente às

demandas da população, evidenciando a responsabilidade do Estado na condução da pandemia (PECI, 2020).

Para Souza et al. (2020) os desafios colocados pela crise sanitária assumem uma dimensão pedagógica quando experiências exitosas são compartilhadas e passam a compor as políticas públicas de saúde em defesa da vida. Além disso, demonstrou a necessidade de um sistema de saúde robusto e resiliente, fundamental para garantir justiça social (SOUZA et al., 2020).

As diretrizes e princípios do SUS tornaram-se fundamentais para o enfrentamento da pandemia, devido a um modelo assistencial que adota a concepção de saúde e seus determinantes sociais (FURTADO, FURTADO e QUEIROZ, 2021). Assim, a efetivação do cuidado em saúde pode ser garantido pelo acesso universal aos serviços de saúde, da sua gratuidade por meio do financiamento público, da coordenação do cuidado e execução das ações de saúde mais próximo da realidade territorial.

Seixas et al. (2021) evidenciaram a crise decorrente da COVID-19 como uma potência para o fortalecimento dos “cuidados de proximidade”, tecnologia já existente na APS voltada ao território e de base comunitária. A utilização de ferramentas relacionais no cuidado em saúde tem a capacidade de legitimar o trabalho das equipes assistenciais, fortalecer o papel da APS no território e controlar da transmissão comunitária da doença (SEIXAS et al., 2021). Em outras palavras, a emergência sanitária oportunizou o protagonismo dos cuidados de proximidade como importante estratégia da defesa da vida.

As potencialidades reveladas em tempos de crise direcionam-se para a legitimação do SUS, com sua capacidade operacional pela APS, como potencialidade para transformação das condições de saúde das populações mais vulneráveis, por meio das características como a sua capilaridade, o vínculo com a comunidade e a integração com o território (MAIA, AGOSTINI e AZIZE, 2020).

É evidente que a crise sanitária de extensão global mostrou a necessidade de transformar a realidade dos serviços de saúde pública: seja no abandono de estratégias ineficientes ou mesmo na manutenção de práticas de sucesso. O desafio imposto no período tornou-se oportunidade para o aprimoramento do SUS na proteção da população.

2.3 Experiências de outros serviços de saúde

Os achados teóricos evidenciaram a reorganização da APS baseada no método fast-track para triagem de caos sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2020g; FARIAS et al., 2020) e adaptações na estrutura física dos equipamentos de saúde, assim como a implantação de ferramentas da telemedicina no atendimento da população (FERNANDEZ et al.; MACIEL, A.M. et al.; TEODÓSIO et al, 2020; TORQUATO, 2021).

Foram identificadas ações voltadas à proteção dos trabalhadores em saúde como o treinamento para aplicar novos fluxos e capacitação para operar ferramentas tecnológicas, cuidados com a saúde física e emocional, fornecimento adequado de EPI, afastamento de profissionais de grupo de risco (gestantes, idosos e portadores de comorbidades), oferta de teletrabalho e contratação de novos profissionais (FIGUEIREDO et al.; LEITE et al.; MELO et al.; SILVA, R.C.C. et al., 2021).

Arranjos colaborativos e de governança entre governo nacional e subnacionais, técnicos, cientistas e sociedade civil surgiram com o objetivo de fundamentar o processo decisório dos gestores públicos (RESENDE et al.; NICOLELIS, 2021). A elaboração de uma matriz de risco baseada no cenário epidemiológico foi utilizada nos Estados de Santa Catarina, de São Paulo, do Espírito Santo e do Rio Grande do Sul e do consórcio Nordeste (BOING et al.; C4NE; NICOLELIS, 2021).

A reorganização da atenção hospitalar baseou-se principalmente na ampliação de leitos hospitalares por meio de adaptação de estrutura hospitalar já existente (SILVA JR et al., 2020; SILVA, R.C.C. et al., 2021) e na instalação de hospitais de campanha em (MACIEL, A.M. et al.; SILVA JR et al., 2020; SILVA, R.C.C. et al., 2021). A vigilância em saúde recomendou ações para identificar, notificar e acompanhar caso de contaminação por SARS-CoV-2, além de monitorar o isolamento domiciliar (BRASIL, 2020g; MEDINA et al., 2020), ações de vigilância ativa e passiva; uso de plataforma digital para triagem, rastreamento e investigação de contatos; e intensificação dos diagnósticos por meio de uma política pública baseada em muitos testes e rastreamento dos casos (PRADO et al., 2021).

Ferramentas de tecnologia da informação foram empregadas como recurso para manter o acesso aos serviços de saúde e evitar a exposição de pacientes, principalmente aqueles do grupo de risco. Destacaram-se iniciativas como sistemas de pré-agendamento e triagem prévia de pacientes on-line ou por telefone; adoção de teleconsultas e telemonitoramento (AQUINO et al., 2020); comunicação com os usuários por aplicativos como WhatsApp (BELFORT, COSTA e MONTEIRO, 2021), Facebook, Instagram e ou mesmo por telefone (LIBERALI e COLOMBO, 2020); uso da teleodontologia para o telemonitoramento, teleorientação e teleconsultoria (CARRER et al., 2020); entre outras iniciativas.

A comunicação entre o setor público e a sociedade intensificou-se principalmente nas plataformas digitais para adesão às medidas sanitárias, tornar as ações governamentais públicas (NICOLELIS, 2021) e disseminar informação de qualidade fundamentada em análises científicas (CAMARGO JR. e COELI, 2020).

As estratégias identificadas nos serviços de saúde, tanto em experiências internacionais como naquelas nacionais, revelaram-se possíveis medidas a serem reproduzidas em outras localidades, fortalecendo os sistemas de saúde e protegendo vidas. Ademais, as práticas referenciadas nesta pesquisa poderão fomentar a capacitação de gestores públicos na elaboração de políticas públicas que garantam maior resolutividade durante eventos críticos.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi baseado em uma pesquisa de abordagem qualitativa; de natureza aplicada; de caráter descritivo quanto aos seus objetivos; e utilizou-se de procedimentos bibliográficos, documentais, pesquisa de campo e estudo de caso para sua construção. Para fins de revisão bibliográfica, o período estudado restringiu-se ao ano de 2020 até setembro de 2021 e para a coleta de dados do município de Curitiba o intervalo de tempo prolongou-se até junho de 2022, devido a ênfase nos legados da pandemia.

3.1 Caracterização do objeto de estudo

A investigação referiu-se ao Município de Curitiba, situado no Estado do Paraná, e sua rede municipal de assistência à saúde. A cidade apresenta a população estimada para o ano de 2021 de 1.963.726 habitantes (IBGE, 2021) e possui 6.432 estabelecimentos de saúde cadastrados junto ao Ministério da Saúde (CNES, 2021).

O SUS Curitiba possui gestão plena do sistema de saúde, isto é, oferta serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Sua rede de atenção é composta por 162 equipamentos próprios, distribuídos em 10 Distritos Sanitários. Entre estes equipamentos estão 111 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CURITIBA, 2020a).

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba (FEAS), entidade pública de direito privado, faz parte da administração indireta do Município de Curitiba, criada através da Lei Municipal nº 3.663, de 21 de dezembro de 2010. Em 2019, sua atuação foi ampliada pela Lei Municipal nº 15.507/2019. A FEAS compõe a rede assistencial do SUS Curitiba em funções ambulatoriais, hospitalar, diagnóstico e ensino e pesquisa (CURITIBA, 2020a).

Atualmente, o SUS Curitiba possui aproximadamente 320 serviços de saúde, entre equipamentos de saúde da gestão municipal, estadual ou dupla gestão, bem como outros estabelecimentos. Há complementação na oferta de serviços por clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CNES, 2021).

Este complexo sistema de atenção à saúde municipal construído ao longo do tempo deparou-se, em 11 de março de 2020, com a confirmação do 1º caso de COVID-19 na cidade, na mesma data em que a OMS oficializou a pandemia decorrente do novo coronavírus (OPAS, 2021a).

3.2 Coleta de dados

A etapa de coleta de dados iniciou-se por meio de uma revisão integrativa de literatura, visto que este método de pesquisa busca reunir informações sobre um tema previamente delimitado pelo pesquisador, de modo abrangente e organizado, planejado, para analisar estudos primários e outros tipos de estudo. As vantagens do uso deste método quando comparado a revisão sistemática encontra-se na possibilidade de agregar conhecimentos científicos da literatura teórica e empírica, ou seja, inclui estudos de diferentes delineamentos (ERCOLE, MELO e ALCOFORADO, 2014).

A condução da revisão integrativa baseou-se na seguinte questão: como gerenciar o sistema público de saúde para ofertar soluções assistenciais de acordo com a necessidade da população em um momento de crise sanitária? A partir desta problemática foram traçadas estratégias para a realização da revisão integrativa para seleção de material teórico para a pesquisa.

Foram realizadas buscas em bases de dados mais utilizadas na área das ciências da saúde: MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) – LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Cochrane Library

(MANERICH, ARAÚJO e SOUSA, 2008) e o Portal de Periódicos da CAPES e Google Scholar.

As palavras-chaves utilizadas nesta pesquisa foram crise sanitária, pandemia, boas práticas, legado, saúde coletiva e gestão municipal, e as keywords pandemic e public health. Nesta fase foram empregadas diversas combinações de palavras-chaves e os conectores: AND, para combinação restritiva, e OR, combinação aditiva.

Outro parâmetro importante na seleção dos materiais foi a delimitação do período de busca. A pesquisa limitou-se a 2 anos anteriores a data da busca, ou seja, de 20/09/2019 a 20/09/2021, já que as primeiras notícias sobre o novo coronavírus foram do fim do ano de 2019.

Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram: artigos, relatórios técnicos, livros e capítulos de livros, cujo teor referia-se à pandemia de COVID-19 e suas implicações na gestão dos serviços de saúde.

Os critérios de exclusão utilizados foram: resenhas, material com conteúdo técnico sobre o manejo clínico da COVID-19, epidemiologia, virologia, infecções virais, síndromes respiratórias e pneumonias, gestão urbana, gestão pública com viés político partidário, implicações econômicas da crise sanitária, direito à saúde, vulnerabilidades sociais e econômicas.

Após a leitura dos textos selecionados, restaram 61 materiais, os quais foram classificados nos seguintes grupos temáticos: experiência (44), pandemia (11) e SUS (6).

3.2.1 Aplicação do instrumento de coleta de dados

Com o objetivo de reunir a percepção da alta gestão da SMS sobre os legados da crise sanitária optou-se em aplicar um questionário a este público específico. Após a elaboração de um roteiro de perguntas, este instrumento foi encaminhado à SMS por meio da Lei de Acesso à Informação.

3.3 Procedimentos para análise de dados

O relatório da 72ª reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas, realizada em setembro de 2020, denominado Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde à COVID-19 na Américas, emitiu diretrizes para resposta à emergência em saúde pública, visto que à época ainda não havia tratamento específico para a COVID-19 e vacinas disponíveis para mitigar a progressão da doença (OPAS, 2020). Foi com base neste documento que a pesquisadora elaborou um instrumento para análise de dados, comparando os achados teóricos e experiência do município de Curitiba.

Segundo a OPAS, as ações necessárias para a melhoria da situação pandêmica exigiam a criação de políticas públicas voltadas ao “fortalecimento da liderança, da gestão e governança; da inteligência epidemiológica; dos sistemas de saúde e redes de prestação de serviços; e das operações de resposta à crise sanitária e da cadeia de suprimentos” (OPAS, 2020, p.14).

Neste sentido, o instrumento de análise dos dados coletados passou a conter as seguintes informações sobre medidas para o fortalecimento:

- a) Da liderança, da gestão e governança: fundamentar o processo decisório das ações governamentais na análise de dados econômicos, sociológicos e de saúde; estimular arranjos colaborativos e de governança dos sistemas de saúde; aumentar, valorizar e capacitar a força de trabalho; elaborar um plano de contingência; e promover a comunicação com a sociedade.
- b) Da inteligência epidemiológica: priorizar a detecção precoce de casos e intensificação da testagem para detecção do SARS-CoV-2; e promover o isolamento e quarentena de casos suspeitos, confirmados e contatos.
- c) Do sistema público de saúde: expandir a rede assistencial: reorganizar o atendimento e adaptar a estrutura física; aumentar a capacidade resolutiva da APS na identificação e monitoramento de casos de COVID-19; promover o uso de sistemas de informação em saúde e a soluções digitais para melhorar o acesso aos serviços de saúde; aproveitar avanços e inovações surgidos durante a resposta à COVID-19 para progredir rumo ao acesso e cobertura universal de saúde.

Diante das recomendações divulgadas pela OPAS, onde havia previsão de evolução da crise sanitária e demanda de respostas efetivas no gerenciamento dos sistemas públicos de saúde, propõe-se a análise dos achados teóricos identificados como práticas de gestão dos sistemas de saúde, consonantes com as recomendações das autoridades sanitárias, dos organismos internacionais e da comunidade científica, comparando com as estratégias aplicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no enfrentamento da crise sanitária decorrente do coronavírus.

4 RESULTADOS

Em janeiro de 2020 a SMS iniciou a mobilização de sociedade para discutir e propor medidas de controle da pandemia. Este movimento antecipou a elaboração de um plano de contingência, orientando as ações dos serviços de saúde pública e privada. As primeiras ações foram orientações aos profissionais da Rede de Urgência e Emergência (RUE), aquisição de insumos e EPIs, divulgação para equipamentos de saúde sobre o manejo da pandemia e capacitações para os profissionais de saúde (HUÇULAK et al., 2020).

Em 30 de janeiro de 2020 a SMS convocou reunião do Comitê Municipal de Resposta às Emergências em Saúde Pública – COMRESP, com a representação de quarenta instituições governamentais e não governamentais, com o objetivo de discutir a situação da COVID-19 no mundo e desdobramentos no nosso país, estado e município (CURITIBA, 2020e).

Em fevereiro de 2020 o Centro de Epidemiologia organizou as equipes de trabalho para as primeiras investigações de casos suspeitos. Após a confirmação do primeiro caso da doença em Curitiba, houve a ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) para avaliar diversos serviços e medidas a serem adotadas no Município (CURITIBA, 2020e).

Neste período, diante da ausência de medicamentos eficazes contra COVID-19 e vacinas específicas para evitar a transmissão do coronavírus, a OMS preconizou medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos como as únicas e mais eficientes medidas no combate à pandemia, também denominadas medidas não farmacológicas, as quais foram prontamente aplicadas em Curitiba (CURITIBA, 2020b).

Em março de 2020 foram publicados atos normativos como o Decreto Municipal nº 421/2020, que declarou a situação de emergência em saúde pública no município, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus e instaurou o Comitê de Técnica e Ética Médica, instância de suporte para tomada de decisão do Executivo Municipal. O Decreto Municipal nº 470, publicado a seguir, estabeleceu medidas complementares para o enfrentamento da COVID-19 e definiu os serviços públicos e as atividades essenciais que devem ser resguardados pelo Poder Público e, também, pela iniciativa privada (CURITIBA, 2021).

A Resolução nº 1-SMS, de 16 de abril de 2020, estabeleceu medidas complementares e obrigatórias para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública, decorrente do novo coronavírus. Com esta publicação, Curitiba é um dos primeiros municípios do país a tornar obrigatório o uso de máscara pela população em geral, nos espaços abertos ao público, ou de uso coletivo, inclusive os comerciais (CURITIBA, 2021).

Essas foram as primeiras ações de enfrentamento à crise sanitária desencadeadas pelo poder público municipal. As medidas de gerenciamento do sistema de saúde para a mitigação da emergência sanitária foram analisadas conforme os achados teóricos e as experiências da SMS de Curitiba (quadro 2). A investigação baseou-se em critérios estabelecidos pela OPAS e adaptados pela autora de acordo com a realidade local.

Quadro 2: Gerenciamento dos sistemas públicos de saúde para mitigação da emergência sanitária.

1. Medidas para fortalecimento da liderança, da gestão e da governança	
Processo decisório baseado em dados epidemiológicos	
Achados teóricos	Experiência de Curitiba
A matriz de risco como ferramenta colaborativa no processo decisório foi utilizada nos Estados de Santa Catarina, de São Paulo, do Espírito Santo e do Rio Grande do Sul e pelo consórcio Nordeste (BOING <i>et al.</i> ; C4NE; NICOLELIS, 2021).	Em junho de 2020 a SMS estabeleceu o Protocolo de Responsabilidade Sanitária e Social, com indicadores relativos à velocidade de propagação e ao suporte assistencial, resultando em um sistema de bandeiras sinalizadoras de risco. O resultado obtido na avaliação desta matriz de risco referenciou o nível de adoção de medidas restritivas (CURITIBA, 2020m).
Instâncias de arranjos colaborativos e de governança nos sistemas de saúde	
Achados teóricos	Experiência de Curitiba
Foram observadas experiências de arranjos colaborativos e de governança como a iniciativa COBRA - <i>Cabinet Office Briefing Room</i> no Reino Unido (RESENDE <i>et al.</i> , 2021) e o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4), iniciativa do Consórcio do Nordeste (CNE), formado por governadores, técnicos e cientistas (NICOLELIS, 2021). Sobral instituiu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública de Sobral - COESP-S	Em Curitiba havia o COMRESP com a finalidade de atuar em situações de emergência em saúde pública e na pandemia tornou-se uma instância consultiva no processo decisório, com a participação de secretarias municipais e sociedade civil (CURITIBA, 2019). Criação do Fórum Metropolitano de Combate à COVID-19 pela ASSOMEÇ para alinhamento de medidas preventivas (MOURA, 2021). Houve a experiência de colaboração entre a sociedade civil e poder público, com a

(SILVA, R.C.C. *et al.*, 2021). Arranjos colaborativos entre governos e sociedade civil foram identificados em iniciativas como: Emergência COVID-19, organizada pelo GIFE; Rede Solidária, promovida pela (ABONG); Articulação de Povos Indígenas do Brasil (APIB); Minha Sampa; Quartos da Quarentena (ALVES e COSTA, 2020) e Projeto Mandacaru (NICOLELIS, 2021). O fórum Vila em Movimento em Natal-RS formou uma rede de articulação entre diferentes atores sociais, organizações e instituições. Deste fórum surgiu a “Sala de Situação”, uma estratégia de comunicação com a comunidade (TEODÓSIO *et al.*, 2020). Em Niterói-RJ, o poder público municipal implantou um comitê de crise com a Universidade Federal Fluminense, a FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (SILVA JR. *et al.*, 2020).

construção de um modelo de máscara-escudo para a proteção dos profissionais de instituições públicas, hospitais e órgãos municipais no FabLab Cidadania do Cajuru. Este espaço abriga um laboratório de fabricação digital e prototipagem, em parceria com a comunidade, secretarias municipais e empresas privadas, (OLIVEIRA, SCHAAB e LABIAK JR, 2020).

Aumento, valorização e capacitação da força de trabalho

Achados teóricos

A preservação do bem-estar das equipes de saúde envolveu treinamento adequado e em tempo oportuno; capacitação para operar ferramentas tecnológicas; cuidados com a saúde física e emocional; oferta de condições para isolamento social; fornecimento adequado de EPI; afastamento de profissionais de grupo de risco; oferta de teletrabalho; adaptações no processo de trabalho e nos espaços físicos para diminuir risco de contaminação; estabelecimento de protocolos assistenciais; uso da telemedicina; terapias alternativas e outras ações de atenção à saúde mental e física como o projeto Cuidando do Cuidador em Sobral (FIGUEIREDO *et al.*; LEITE *et al.*; MELO *et al.*; SILVA, R.C.C. *et al.*, 2021). O programa “Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde” cadastrou e capacitou estudantes da saúde para atuação no combate à crise sanitária (BRASIL, 2020i).

Experiência de Curitiba

Foram ofertadas capacitações e treinamentos aos profissionais de saúde da rede pública e privada logo no início da crise sanitária; convocação de voluntários e estudantes; contratação de novos profissionais; disponibilização de EPIs; informações sobre manejo clínico da COVID-19 e uso correto de EPIs foram disponibilizados em material audiovisual no site; projeto Tele Paz para apoio emocional; criação da UATS para atendimento exclusivo de trabalhadores da saúde; disponibilização de acomodações para agentes públicos (CURITIBA, 2020e); e acolhimento e suporte emocional para trabalhadores da linha de frente (CUBAS *et al.*, 2021). Afastamento de profissionais do grupo de risco do trabalho presencial ou de contato com o público (CURITIBA, 2020n).

Elaboração de plano de contingência

Achados teóricos

A elaboração do Plano Nacional de Contingência ocorreu em janeiro de 2020, estabelecendo níveis de alerta para o risco sanitário (CRODA *et al.*, 2020). O Estado do Paraná construiu um Plano de Contingência Estadual para suas regionais de saúde e as 399 secretarias municipais de saúde, com objetivo de orientar os serviços de saúde e a população na prevenção, monitoramento, assistência à saúde e mitigação da COVID-19 (SOUSA *et al.*, 2020). O Fundo Municipal de Saúde de Niterói instituiu um comitê intersetorial para

Experiência de Curitiba

Curitiba iniciou a elaboração do Plano de Contingência (PC) para enfrentamento do novo coronavírus em fevereiro de 2020 (CURITIBA, 2020e), com os seguintes objetivos: ofertar de respostas coordenadas com demais níveis de gestão, reduzir a morbidade decorrente da infecção e estabelecer protocolos e procedimentos padronizados para enfrentamento da pandemia. O PC foi dividido em níveis de ativação: fase (I) – ausência de casos; fase (II) – notificação de alguns casos de COVID-19; fase (III) – população com COVID-19; e fase (IV) – decréscimo nos indicadores epidemiológicos e

elaborar um plano de contingência de enfrentamento da crise sanitária (SILVA JR. *et al.*, 2020), o Grupo de Resposta Rápida (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). Sobral instituiu uma instância colegiada para elaborar um plano de contingência, do qual se originou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública de Sobral (SILVA, R.C.C. *et al.*, 2021).

assistenciais relativos à COVID-19 (CURITIBA, 2022c). Este documento demonstrou todas as medidas planejadas e executadas pela gestão municipal.

Comunicação com a sociedade	
Achados teóricos	Experiência de Curitiba
A comunicação entre o setor público e a sociedade ocorreu principalmente nas plataformas digitais a fim de mobilizar a população na adesão de medidas sanitárias, como o site do C4NE (NICOLELIS, 2021) e a iniciativa “Observatório COVID-19 BR”, que auxiliou a disseminação de informação de qualidade, dados atualizados e análises cientificamente fundamentadas sobre a pandemia (CAMARGO JR. e COELI, 2020).	Na área da comunicação, houve a construção do Painel COVID-19 Curitiba (SANTOS <i>et al.</i> , 2021), divulgação de <i>lives</i> no <i>Facebook</i> , na página oficial da PMC, com orientações e esclarecimentos de dúvidas da população e a criação da <i>Landing Page</i> especial sobre Coronavírus e a vacinação contra COVID-19 (CURITIBA, 2020e).

2. Medidas para o fortalecimento da inteligência epidemiológica	
Deteção precoce de casos e intensificação da testagem para detecção do SARS-CoV-2	

Achados teóricos	Experiência de Curitiba
A vigilância em saúde recomendou ações para identificar, notificar e acompanhar casos de contaminação por SARS-CoV-2 e monitorar o isolamento domiciliar (BRASIL, 2020g; MEDINA <i>et al.</i> , 2020). Foram observadas recomendações sobre investigação, notificação, manejo e medidas preventivas para casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 (ESCÓCIO <i>et al.</i> , 2021). Realizaram-se pesquisas em massa para a obter informações sobre o curso da infecção e para o direcionamento das respostas governamentais (DIAS <i>et al.</i> , 2021). Experiências internacionais mostraram ações de vigilância ativa e passiva, atendimento, monitoramento e orientações de casos suspeitos e confirmados; uso de plataforma digital para triagem, rastreamento e investigação de contatos; e intensificação dos diagnósticos baseada em muitos testes e rastreamento dos casos (PRADO <i>et al.</i> , 2021).	Durante a emergência sanitária todos os pacientes com sintomas respiratórios atendidos da rede pública de saúde passaram a ser investigados, além de seus contatos, sintomáticos ou não. A Central de Teleatendimento passou a encaminhar pessoas com sintomas respiratórios para a realização de testes nas unidades de saúde. A APS intensificou a testagem à medida que a disseminação do SARS-CoV-2 se intensificava. Houve a organização dos fluxos de resultados dos testes rápidos realizados pelas farmácias e exames coletados em laboratórios privados da cidade possibilitando o acompanhamento dos casos pela SMS (CURITIBA, 2020e). A ação Curitiba Protege os Idosos promoveu o monitoramento diário para identificação de moradores e trabalhadores das ILPIs com sintomas respiratórios e realização de testagem (HUÇULAK <i>et al.</i> , 2020).

Isolamento e quarentena casos suspeitos, confirmados e contatos	
--	--

Achados teóricos	Experiência de Curitiba
Autoridades sanitárias brasileiras recomendaram adoção de medidas como distanciamento físico, quarentena e isolamento de casos suspeitos, confirmados e contatos, assim como ocorreu em países como a Itália, Espanha e a China (CRODA <i>et al.</i> , 2020), com o objetivo de reduzir a circulação do vírus. Experiências mostraram o monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 pelas equipes de saúde (ESCÓCIO <i>et</i>	A investigação epidemiológica e o bloqueio dos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 foram prioridade ao longo da crise sanitária para interromper a cadeia de transmissão do vírus. A Central de Teleatendimento buscou conhecer o histórico dos pacientes, seus contatos, sua circulação, seus sintomas, e orientaram medidas de isolamento, coleta de exames e agendamento de atendimentos (CURITIBA, 2020k). Todos os pacientes com sintomas respiratórios

al., 2021; FERNANDEZ *et al.*, 2020) e a intensificação da vigilância nos territórios pela APS (MEDINA *et al.*, 2020). Ações de inclusão de investigação epidemiológica durante a triagem foram identificadas em diversas cidades brasileiras e no exterior (AQUINO *et al.*, 2020). Outra iniciativa observada foi a criação de centros de quarentena para populações vulneráveis (SILVA JR *et al.*, 2020).

atendidos da rede pública de saúde passaram a ser investigados, além de seus contatos, sintomáticos ou não (CURITIBA, 2020e).

3. Medidas de fortalecimento do sistema público de saúde

Estratégias de expansão da rede assistencial: reorganização do atendimento e adaptação de estrutura física

Achados teóricos

Os achados teóricos mostraram a reorganização da APS com definição de local específico para atendimento de sintomático respiratório; demarcações na entrada da unidade para separar fluxos; atendimento em horários distintos; colocação de máscara cirúrgica na entrada da UBS; suspensão de consultas eletivas; e adaptação de estrutura externa para atendimento de sintomáticos respiratórios (AQUINO *et al.*; FERNANDEZ *et al.*; TEODÓSIO *et al.*, 2020; SILVA, R.C.C. *et al.*; TORQUATO, 2021). Na assistência farmacêutica, incluíram a dispensação de medicamentos ou entrega domiciliar e atualização de receitas sem necessidade de consulta com os usuários (AQUINO *et al.*, 2020). Houve a organização de centros específicos de triagem COVID-19 (TORQUATO, 2021) e a ampliação de leitos hospitalares por meio de adaptação de estrutura hospitalar já existente e instalação de hospitais de campanha em (MACIEL, A.M. *et al.*; SILVA JR *et al.*, 2020; SILVA, R.C.C. *et al.*, 2021). A expansão dos leitos hospitalares no território brasileiro durante a crise sanitária mostrou-se um desigual nas diferentes regiões (AMARAL, ALVES e DOURADO, 2021; FRANCO, 2020).

Experiência de Curitiba

Os equipamentos foram reorganizados com a indicação de UBS direcionadas somente à imunização e outras mantiveram os atendimentos de rotina e aos sintomáticos respiratórios com separação de fluxos de atendimentos (HUÇULAK *et al.*, 2020). As atividades em grupo nas UBS e atendimentos nos CEOs foram suspensos, bloqueio de agendas de consultas especializadas e procedimentos eletivos (HUÇULAK *et al.*, 2020). Foram elencadas UBS de referência em cada DS para atendimento exclusivo à demanda espontânea, atuando como de uma UPA. Assim, as UPAs puderam atuar como unidades de retaguarda hospitalar para casos de COVID-19 e casos clínicos de maior complexidade (ALMEIDA *et al.*, 2021). A expansão dos leitos hospitalares passou pela reorganização de cuidados na Unidade do Pequeno Cotelengo, reativação do Hospital Vitória, abertura da Casa Irmã Dulce; readaptação do Centro Médico Bairro Novo e da Maternidade Vitor do Amaral para atendimento às demais linhas de cuidado, abertura do hospital Instituto de Medicina, conforme a evolução das curvas epidemiológicas. (CURITIBA, 2020j).

Aumentar a capacidade resolutiva da APS na identificação e monitoramento de COVID-19

Achados teóricos

O Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na APS elaborado pelo MS orientou a coordenação do cuidado em saúde e recomendou o método *fast-track* para triagem de caos sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2020g; FARIAS *et al.*, 2020). Experiências de integração entre as ações da APS e da Vigilância em saúde foram observadas por Prado *et al.* (2021) em diferentes modelos de saúde em diversos países, destacando o uso ferramentas de telemedicina e telemonitoramento para rastreamento e investigação de casos suspeitos, confirmados e contatos. No Brasil não foi diferente: houve o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados por meio de contato

Experiência de Curitiba

Com a reorganização no atendimento, os profissionais de saúde da APS tiveram seus postos de trabalho relocados para outros pontos de atenção da rede pública (HUÇULAK *et al.*, 2020), ou adaptação nas suas atribuições conforme a necessidade de atendimento. Ocorreu o monitoramento telefônico de todas as pessoas atendidas nas UBSs e UPAs por sintomas respiratórios. (CURITIBA, 2020e). Disponibilização de aparelhos oxímetros para pacientes sintomáticos respiratórios do grupo de risco para o monitoramento da saturação de oxigênio, devidamente orientados pelas equipes da APS (CURITIBA, 2020g). Utilização de UBS de referência em cada distrito sanitário para atendimento exclusivo à demanda espontânea, inclusive sintomáticos

telefônico pela equipe da APS (FERNANDEZ *et al.*; MACIEL, A.M. *et al.*; TEODÓSIO *et al.*, 2020; TORQUATO, 2021).

respiratórios, atuando no modelo assistencial de uma UPA (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Uso de ferramentas tecnológicas e soluções digitais para melhorar o acesso aos serviços de saúde

Achados teóricos

Destacaram-se iniciativas como sistemas de pré-agendamento e triagem prévia de pacientes *online* ou por telefone; adoção de teleconsultas e telemonitoramento (AQUINO *et al.*, 2020); comunicação com os usuários por aplicativos como *WhatsApp* (BELFORT, COSTA e MONTEIRO, 2021), *Facebook*, *Instagram* e ou mesmo por telefone (LIBERALI e COLOMBO, 2020). Ocorreu a oferta de suporte emocional para pacientes e orientações sanitárias e prevenir agravos à saúde durante a pandemia por ligação telefônica (PERDONSSINI, ALVES e MENEZES, 2021). Houve o agendamento de imunizações pelo *WhatsApp* e atendimento por meio da assistência remota via telefone, aplicativo de celular e *website*. (SOUZA, MANZINI e LEITE, 2021). Criação de ferramentas como o TeleSUS, o aplicativo Coronavírus-SUS, o Consultório Virtual de Saúde da Família e a manutenção do TelessaúdeRS (BRASIL, 2020g). Terapia comunitária integrativa para idosos em plataforma virtual (SALCEDO-BARRIENTOS, PAIVA e SILVA, 2020); uso da teleodontologia e EstomatoNet (CARRER *et al.*, 2020). O RN adotou um ecossistema de informação em saúde para a tomada de decisão (VALENTIM *et al.*, 2021).

Experiência de Curitiba

A Central de Atendimento iniciou suas atividades para esclarecimentos de dúvidas sobre coronavírus, monitoramento de casos suspeitos e confirmados e realizando encaminhamentos em tempo oportuno por telefone (CURITIBA, 2020e; 2020f). Curitiba inovou ao implantar a videoconsulta para atendimento aos sintomáticos respiratórios, com a possibilidade de vídeo consulta em libras (CURITIBA, 2020f). Disponibilização de atendimento via *Whatsapp* ou nos sites da SMS Curitiba ou da Prefeitura Municipal de Curitiba, com avaliação pelo SISA (CURITIBA, 2020f). Criação do serviço “TeleTea” e inclusão de novas funcionalidade no E-Saúde e no aplicativo Saúde Já Curitiba (CURITIBA, 2020e).

Aproveitamento dos avanços e inovações surgidos durante a pandemia para melhorar os sistemas de saúde (legados)

Achados teóricos

É inequívoco que avanços tecnológicos se traduziram em aprendizados da crise e oportunidades de melhorias nos serviços de saúde (MENDES, 2020). Para Souza *et al.* (2020) os desafios impostos pela crise sanitária assumem uma dimensão pedagógica quando experiências exitosas são compartilhadas e passam a compor as políticas públicas de saúde em defesa da vida. Malik (2021), Shimazaki (2021) e Furtado, Furtado e Queiroz (2021) afirmaram que a pandemia colocou a oportunidade da legitimação do SUS. O desafio sanitário colaborou para o fortalecimento da APS por suas características como os cuidados de proximidade (SEIXAS *et al.*, 2021) capilaridade, o vínculo com a comunidade e a integração com o território (MAIA, AGOSTINI e AZIZE, 2020).

Experiência de Curitiba

As boas práticas de gestão dos serviços de saúde iniciadas na crise sanitária foram elencadas no projeto Saúde 4.1, unindo tecnologia e atendimento humanizado (NADAS, 2021). Entre as ações propostas neste plano estão: manutenção da Central de Atendimento; novas funcionalidades no aplicativo Saúde Já Curitiba e no prontuário eletrônico E-saúde; atendimento por videoconsulta; elaboração de *dashboard* com informações de dados epidemiológicos e assistenciais para a gestão da crise sanitária; intensificação do uso de instrumentos de comunicação com a sociedade; aprimoramento das ações de vigilância em saúde como licenciamento sanitário digital e avaliação de projetos arquitetônicos online (CURITIBA, 2022b; 2020e; 2020f; 2020j; SANTOS *et al.*, 2021). Destacaram-se a resiliência do sistema de saúde, a aceleração nos processos de infraestrutura, o fortalecimento da APS e a maior credibilidade no SUS Curitiba.

A análise dos resultados deste estudo, comparando as iniciativas empíricas encontradas no referencial teórico e as práticas da SMS de Curitiba, de acordo com a matriz de investigação proposta, demonstrou importantes estratégias em resposta à situação emergencial.

Uma das práticas identificadas foi a construção de uma matriz de risco, um importante instrumento para comunicação efetiva com a sociedade e contribuiu para a tomada de decisão baseada na realidade epidemiológica e assistencial local. Curitiba adotou precocemente esta medida para monitorar a progressão da COVID-19 no território, definir medidas restritivas e reorganização assistencial da rede hospitalar e APS, aprimorando o sistema de saúde.

Os arranjos colaborativos e de governança na pandemia demonstraram comprometimento da liderança do governo local em fortalecer os vínculos e manter a interlocução com a sociedade civil, fortaleceu a transparência e inclusão de diferentes atores sociais nos processos decisórios. No município de Curitiba, tais iniciativas fortaleceram o planejamento e a execução de ações fundamentadas na intersectorialidade e na participação social frente a complexidade da emergência sanitária.

A valorização do capital humano foi um atributo essencial para a garantir a execução das políticas de saúde, fortalecendo as redes assistenciais. A SMS de Curitiba realizou ações para proteção, valorização e capacitação das suas equipes durante a crise sanitária, além de suporte emocional para trabalhadores da linha de frente.

O planejamento das estratégias de enfrentamento da emergência em saúde pública foi publicado no plano de contingência elaborado pelos governos. Na experiência curitibana, a elaboração precoce deste instrumento possibilitou a transparência nas ações das autoridades sanitárias, padronizou as ações nos diferentes pontos assistenciais e fortaleceu a comunicação com a sociedade.

A batalha contra a desinformação tornou-se estratégia fundamental durante o período pandêmico. Curitiba, assim como os demais governos, intensificou os instrumentos de comunicação com a sociedade, divulgando as boas práticas sanitárias, serviços locais e boletins epidemiológicos, por meio de redes sociais e no site oficial.

As medidas para detecção precoce de casos e intensificação da testagem durante todo o período de emergência em saúde exigiu mobilização das equipes assistenciais e dos gestores públicos na priorização desta estratégia. A SMS de Curitiba buscou priorizar o atendimento em tempo oportuno para identificação de casos suspeitos e confirmados, reduzir a disseminação do vírus e assim proteger grupos de maior vulnerabilidade.

Outro aspecto relevante na interrupção da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 foi o fortalecimento das recomendações de isolamento, e quarentena de casos suspeitos, confirmados e contatos. No município de Curitiba, ocorreu a intensificação das orientações à população sobre as medidas de isolamento e quarentena pelas equipes assistenciais da APS, pela Central de Atendimento e nos canais de comunicação institucionais utilizados pela SMS.

A necessidade de imprimir uma rápida e efetiva reorganização dos serviços para responder a pressão sobre o sistema de saúde exigiu a reconfiguração dos espaços e a elaboração de novos protocolos atendimento. Por outro lado, a

limitação de recursos técnicos, estruturais e de insumos dificultou ainda mais as ações dos gestores públicos. A experiência observada em Curitiba demonstrou a adaptação das estruturas já existentes com a inserção de novos fluxos assistenciais, mostrando maior efetividade e resolutividade nas demandas emergenciais.

O papel da APS na defesa da saúde e da vida foi essencial em tempos de crise, devido aos seus atributos como porta de entrada do sistema de saúde, a coordenação do cuidado, a capilaridade, a orientação comunitária e os cuidados de proximidade com a população. A SMS de Curitiba utilizou tais características da APS para potencializar a assistência à saúde e o monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e seus contatos, a notificação precisa de novos casos e a sensibilização da comunidade na adesão de medidas sanitárias por meio das suas equipes e com a utilização de instrumentos de telemonitoramento.

No período de crise sanitária, intensificou-se a inclusão de novas tecnologias nos serviços de saúde para garantir o atendimento oportuno e proteção de grupos vulneráveis e profissionais de saúde. Curitiba, reconhecida por sua natureza inovadora e tecnológica, incorporou novas ferramentas digitais para garantir acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado, redução de custos, diminuição do tempo de atendimento e fila de espera e maior resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos curitibanos.

O sistema público de saúde de Curitiba incorporou os avanços e inovações surgidos na pandemia para oferecer melhores serviços aos seus usuários. A valorização do SUS Curitiba, reconhecimento do papel dos profissionais da saúde e os avanços tecnológicos incorporados na rotina assistencial constituíram importantes aprendizados da emergência sanitária. Destacaram-se as soluções digitais inovadoras reunidas no projeto Saúde 4.1, contribuindo para o alcance de padrões de saúde adequados à sociedade.

Em síntese, as estratégias da SMS de Curitiba em resposta à pandemia decorrente do coronavírus podem ser traduzidas em aprendizados da crise e transformadas em oportunidades de melhorias nos serviços de saúde, incorporando as boas práticas para instrumentalizar a gestão, o planejamento e a inovação necessária para a formulação de políticas públicas de saúde, nos níveis locais e regionais.

Dos resultados encontrados neste estudo extrai-se um conjunto de boas práticas no gerenciamento dos serviços de saúde, as quais poderão ser consultadas e aplicadas em uma eventual necessidade do gestor em saúde, seja em instituições públicas ou mesmo privadas. Pode ainda corroborar para a qualificação do administrador público, fornecendo exemplos de ações bem-sucedidas na organização dos serviços de saúde, da manutenção das linhas de cuidado e na aplicação de estratégias de caráter tecnológico em períodos de pressão do sistema de saúde por doenças transmissíveis, além de outras emergências sanitárias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que o mundo conheceu uma nova doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 a comunidade global iniciou esforços para evitar a sua rápida propagação. No Brasil, mesmo com a experiência do sistema público de saúde no enfrentamento de epidemias anteriores, havia dificuldades históricas na gestão deste sistema, como o subfinanciamento do SUS e a falta de coordenação no nível federal, fatores que postergaram importantes decisões administrativas e, conseqüentemente, a proteção de vidas.

A ausência de uma liderança nacional instigou os serviços de saúde locais a ofertarem respostas rápidas e efetivas para a proteção da saúde da população. A experiência da cidade de Curitiba, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, mostrou esforços semelhantes as demais práticas encontradas no Brasil e em outros países no combate a emergência em saúde. Contudo, em 11 de março de 2020, quando o primeiro caso de contaminação pelo vírus SARS-CoV-2 foi confirmado na cidade, o sistema público de saúde havia acumulado conhecimento e maturidade ao longo do tempo, mostrando uma rede assistencial inovadora e uma robusta rede de atenção primária à saúde. Tais atributos contribuíram para as soluções apresentadas pela gestão no momento de emergência.

Ter um prontuário eletrônico no serviço público de saúde possibilitou a gestão agregar informações rapidamente e a tomar de decisões estratégicas em tempo oportuno. Durante a pandemia, houve a integração do sistema informatizado de saúde em todos os pontos assistenciais. Esta ação permitiu a criação do censo de ocupação de leitos, a construção de um dashboard com os dados epidemiológicos e a comunicação assertiva e transparente com a sociedade.

Outras medidas de caráter tecnológico e inovador ganharam destaque no enfrentamento da emergência sanitária, ampliando o acesso aos serviços de saúde e mantendo o distanciamento social. São exemplos o uso da inteligência artificial na triagem de casos suspeitos de COVID-19, oferta de teleatendimento, inclusão de novas funcionalidades no aplicativo Saúde Já Curitiba e no prontuário E-saúde, criação do E-saúde mobile e construção de uma landing page sobre o coronavírus.

A elaboração de um plano de contingência e um plano de vacinação permitiram o planejamento e a divulgação das estratégias de combate ao coronavírus e das ações de imunização da população. A reorganização dos serviços de saúde da APS e da rede hospitalar propiciou resiliência a todo o sistema de saúde e evitou o colapso assistencial. A elaboração do protocolo de responsabilidade sanitária e social utilizou informações epidemiológicas para subsidiar decisões gerenciais.

Houve a proteção da saúde física e emocional das equipes de trabalhadores, convocação de voluntários, afastamento de colaboradores do grupo de risco, criação de unidade exclusiva para atendimento dos trabalhadores da saúde e disponibilização de acomodações para isolamento e quarentena.

A crise em saúde pública fez surgir a oportunidade de aperfeiçoamento nos serviços de saúde com a inserção de iniciativas exitosas, marcando um período disruptivo de intenso aprendizado. Além da incorporação de inovações na rede assistencial, como a criação da central de atendimento e a rápida reorganização do sistema de saúde, novas estratégias de gerenciamento dos serviços também se

tornaram legados, como a utilização do potencial máximo dos sistemas de informação e a aceleração dos processos executivos.

Além disso, o fortalecimento da APS, o aumento na credibilidade na SMS e a legitimação dos princípios do SUS no âmbito de Curitiba demonstraram os esforços dos gestores públicos e trabalhadores do sistema municipal de saúde no enfrentamento de um evento crítico, constituindo um patrimônio intangível deste momento.

As boas práticas executadas pela gestão municipal de saúde durante o desafio sanitário poderão subsidiar o gestor público na implementação de políticas públicas, no planejamento dos serviços de saúde, na qualificação dos agentes públicos e trabalhadores da saúde e no enfrentamento de outras emergências sanitárias. E ainda instrumentalizar e desenvolver a liderança local dentro dos preceitos da boa governança em saúde.

De acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, as iniciativas praticadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba resultaram em respostas oportunas de acordo com as necessidades identificadas para conter a propagação do coronavírus e na defesa da vida.

Os desafios impostos pela emergência sanitária e os aprendizados advindos desta experiência propiciaram maior robustez e resiliência ao SUS Curitiba. Entretanto, estudos científicos sobre as consequências da doença COVID-19 sobre os indivíduos estão em fases iniciais. Os efeitos da crise socioeconômica decorrente do coronavírus é outro fator que poderá exigir atenção dos sistemas de saúde, visto o aumento na demanda e a escassez de recursos financeiros para financiar a saúde pública. Novas adversidades poderão surgir e, por este motivo, novas estratégias de gerenciamento do setor poderão ser demandadas para atender adequadamente as necessidades da população.

Há poucos registros documentais e bibliográficos acerca de boas práticas na gestão de serviços de saúde durante a pandemia, principalmente no nível municipal, limitando a comparação entre cidades de aspectos demográficos e sociais semelhantes ao de Curitiba. Outra limitação observada no estudo refere-se à aplicação do questionário somente a alta gestão da SMS. Portanto, é necessário que novas pesquisas sobre o assunto ganhem interesse da comunidade científica e possam ser realizados futuramente, comparando os sistemas de saúde e os dados epidemiológicos referentes ao período pandêmico.

Strategies of the municipal health secretariat of Curitiba in response to the pandemic arising from the coronavirus and the lessons from the health crisis

ABSTRACT

The study is based on the management of Curitiba's municipal health services within the sanitary crisis caused by coronavirus. The objective of the investigation was to analyze the strategies adopted during the pandemic period and identify the responses to the public health emergency that will be incorporated into the routine of the services. The pandemic pressured the health system, exposing its vulnerabilities, and it demanded the creation of mechanisms to overcome the crisis and the adoption of more promising healthcare models. The methodology of such study was based on research of qualitative approach, of an applied, and descriptive nature regarding its aims, and bibliographic, documentary and field research procedures were taken for its construction. It was chosen to conduct an integrative literature review for the case study. The results found in the research refer to the good practices in the management of services offered by the Health Service of Curitiba for the strengthening of the public health system and in the identification of successful experiences in the conduct of the crisis, which form a set of strategies that can be replicated in other health systems to instrumentalize management, conduct the planning of actions and subsidize the formulation of public health policies.

KEYWORDS: health crisis; good practices; legacy; public health; municipal management.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Pedro Henrique et al. As UPAs de Curitiba como unidades de retaguarda hospitalar durante a crise do COVID-19. Anais da 7ª Mostra Paranaense de Pesquisas e de relatos de experiências em saúde. A saúde em tempos de pandemia: experiências e aprendizados. 2021, Londrina, PR.

ALVES, Mário Aquino; COSTA, Marcelo Marchesini da. Colaboração entre governos e organizações da sociedade civil em resposta a situações de emergência. Revista de Administração Pública. FGV EBAPE. Rio de Janeiro 54(4): 923-935, jul. - ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200168>. ISSN: 1982-3134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/DCK3BdBCJhvwqQvpjtwPpJc/?lang=pt>. Acesso em 22 set. 2021.

AMARAL, Tereza Cristina Lins; ALVES, Juliane Aparecida; DOURADO, Eliana. Habilitação Temporária de Leitos de UTI no SUS: uma medida estratégica no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. In: In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). Planejamento e Gestão. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, 342 p., p. 200-214. DOI: <https://bit.ly/3hVMocW>. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=67>. Acesso em 29 set. 2021.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da associação de medicina intensiva brasileira para abordagem da COVID-19 em medicina intensiva. São Paulo: AMIB; 2020. Disponível em: <https://www.amib.org.br/pagina-inicial/coronavirus/>. Acesso em 05 de nov. 2021.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Sala de Situação da ANS. 2021. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 05 de nov. 2021.

AQUINO, Rosana; et al. Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: como seguir em frente? In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.013>. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Elzo-Pinto-Junior/publication/353171749_Experiencias_e_legado_da_atencao_primaria_em_saude_no_enfrentamento_da_pandemia_de_COVID-19_como_seguir_em_frente/links/60f6d49116f9f3130096af4f/Experiencias-e-legado-da-atencao-primaria-em-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-COVID-19-como-seguir-em-frente.pdf. Acesso em 29 set. 2021.

BELFORT, Ilka Cassandra Pereira; COSTA, Victor Catarino; MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da COVID-19. APS em Revista, vol. 3, n. 1, p. 03-08, jan.-abr. 2021. ISSN 2596-3317. DOI: 10.14295/aps.v3i1.139. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/139>. Acesso em 29 set. 2021.

BOING, Alexandra Crispim; et al. Matriz de risco potencial da COVID-19 em Santa Catarina: um instrumento de baixo impacto para tomada de decisão. Revista NECAT, ano 10, nº 19, jan.-jun. 2021. Disponível em: <https://revistanecat.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4850>. Acesso em 29 set. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. 2020e. Diário Oficial da União 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em 05 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e programas do Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Distrito Federal, 2020a. Disponível em: <Http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, 11 de março de 2020. Dispensa sobre a necessidade e operacionalização do artigo nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que Processamento como medidas para enfrentar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID- 19). 2020d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em 03 de no. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020g. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf. Acesso em 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 mar 2020. 2020i. Edição 56-C: Seção 1 - Extra: 4. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria--n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442>. Acesso em 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19. 2020j. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em 25 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Distrito Federal, 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10211.htm. Acesso em 03 de nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dimensionamento sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em 03 de nov. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. 112 p.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de; COELI, Claudia Medina. A difícil tarefa de informar em meio a uma pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300203, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Y9rxTRzQZkvCdjTsFK6gX3f/?lang=pt>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300203>. Acesso em 23 set. 2021.

CARRER, Fernanda Campos de Almeida; et al. Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da atenção primária à saúde no contexto da pandemia de COVID-19. *Scielo Preprints*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.837>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/837/1159>. Acesso em 29 set. 2021.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em 12 jul. 2021.

CONCEIÇÃO, Mirian Ribeiro; et al. COVID-19 – Um Exercício de Coordenação e Articulação Municipal Efetiva: a Experiência de Niterói. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 281-292, dez. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E419. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/281-292/pt/>. Acesso em 29 set. 2021.

C4NE. Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Nordeste. [internet]. 2021. Disponível em: www.comitecientifico-ne.com.br. Acesso em 09 de nov. 2021.

CRODA, Julio. et al. COVID-19 no Brasil: vantagens de um sistema único de saúde socializado e preparação para contenção de casos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [online]. 2020, v. 53. Epub 17 de abril de 2020. ISSN 1678-9849. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>. Acesso em 03 nov. 2021.

CUBAS, R.F. et al. Acolhimento e suporte emocional a trabalhadores da saúde em Unidades de Pronto Atendimento. *Anais da 7ª mostra paranaense de pesquisas e de relatos de experiências em saúde. A saúde em tempos de pandemia: experiências e aprendizados*. 2021, Londrina, PR.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba (2019). Decreto Municipal nº 1.270 de 24 de setembro de 2019. Cria o Comitê Municipal de Resposta às Emergências de Saúde Pública no Município de Curitiba e dá outras providências. Disponível em: <https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/AtosConsultaExterna.aspx>. Acesso em 04 de abr. 2022.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA 3Q: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - 3º Quadrimestre de 2020. 2020a. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/RDQA%203%C2%BA%20quad%202020.pdf>. Acesso em 03 dez. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Informativa nº 004/2020 do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2020b. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA004%2020210129.pdf>. Acesso em 15 jun. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim epidemiológico nº 1. 2020e. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20Epidemiol%c3%b3gico%20n.01%2020200525.pdf>. Acesso em 15 set. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim epidemiológico nº 2. 2020f. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20Epidemiol%c3%b3gico%20n.02%202020.pdf>. Acesso em 15 set. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim epidemiológico nº 3. 2020g. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20Epidemiol%c3%b3gico%20n.03%2020200625_vers%c3%a3o%20final.docx.pdf. Acesso em 15 set. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim epidemiológico nº 6. 2020j. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim_Epidemiol%c3%b3gico%20n06%2017.09.pdf. Acesso em 15 set. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim epidemiológico nº 7. 2020k. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim_Epidemiol%c3%b3gico%20n07%2016.11.2020%20sem%20tema.pdf. Acesso em 15 set. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. 2020m. Protocolo de Responsabilidade Sanitária e Social de Curitiba. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Protocolo%20de%20responsabilidade%20sanit%C3%A1ria%20e%20social%20de%20Curitiba.pdf>. Acesso em 31 mai. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Decreto Municipal nº 430 de 18 de março de 2020. Adota providências e estabelece normas direcionadas aos agentes públicos municipais, como medida de enfrentamento, prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19). 2020n. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391119>. Acesso em 31 mai. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Decretos Municipais Sobre a Emergência em Saúde Pública. Legislação Municipal. 2021. Disponível em: <https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/AtosConsultaExterna.aspx>. Acesso em 15 jun. 2021.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Portal da Transparência. Plano Municipal de Governo Viva Curitiba 2018-2021. 2022b. Disponível em: <https://www.transparencia.curitiba.pr.gov.br/conteudo/planogovernoprogramas.aspx>. Acesso em 25 fev. 2022.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública. 2022c. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_de_Contingencia_N%20Coronav%20C3%ADrus%20revisado%2028032022.pdf. Acesso em 28 mar. 2022.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; et al. Pesquisa em tempos de COVID-19: estratégia para o planejamento em saúde. *Sanare (Sobral, online)*. 2021; 20 (Supl. 1): 138-148. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1536>. Acesso em set. 2021.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Ver. Min. Enferm.*, 2014, jan/mar; 18(1): 1-260. ISSN (on-line): 2316-9389. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em 29 set. 2021.

ESCÓCIO, Francisca Leite Mendonça, et al. Ações de vigilância em saúde no curso da pandemia de COVID-19, em Sobral-CE. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*. 2021. Sobral: vol. 20, p. 47-57. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1507>. Acesso em 26 set. 2021.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha; et al. O papel da atenção primária no combate ao COVID-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455/1539>. Acesso em 01 out. 2021.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 54(4):595-613, jul. - ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200290>. disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/zNs77xnNYT3xxtVhTpyVt/?lang=pt>. Acesso em 23 set. 2021.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; et al. Reorganizar para avançar: a experiência da atenção primária à saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *APS em Revista*, vol. 2, n. 2, p. 114-121, jun. 2020. ISSN 2596-3317. DOI:10.14295/aps. v2i2.84. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/84>. Acesso em 29 set. 2021.

FERREIRA, Polliane Xavier; BRITTO, Nara Ayres; SANTOS, Alethele de Oliveira. O mundo que queremos: a pandemia de COVID-19 e reflexões sobre o futuro. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). *Reflexões e Futuro*. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, v. 6, p. 102-113. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-6-reflexoes-e-futuro/>. Acesso em 29 set. 2021.

FIGUEIREDO, Eduardo Augusto Barbosa; et al. Atuação do Fisioterapeuta na Saúde Primária no Enfrentamento da COVID19: Relato de Experiência. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2021; 34:11164. DOI: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11164>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11164>. Acesso em 01 out. 2021.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da. Gestão e controle da saúde pública em tempo de pandemia. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). *Planejamento e Gestão*. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, 342 p., p. 296-313. DOI: <https://bit.ly/3bkIWBO>. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=67>. Acesso em 29 set. 2021.

FRANCO, Thais de Andrade Vidaurre. A pandemia nas fronteiras da reforma sanitária: os desafios da rede hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300307, p. 1-9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300307>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VX7xw98cLxyJr8wvVrmPdxH/?lang=pt>. Acesso em 23 set. 2021.

FURTADO, Jose Henrique de Lacerda; FURTADO, Francisca Paula de Lacerda; QUEIROZ, Caio Ramon. COVID-19. Integralidade e saúde: desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro. In: FURTADO, Jose Henrique de Lacerda (Organizador). *Integralidade e saúde: experiências, desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro*. Campo Grande: Editora Inovar, 2021, p. 08-15. Disponível em: https://www.editorainovar.com.br/_files/200000903-d65c1d65c3/LIVRO%20-%20INTEGRALIDADE%20E%20SA%C3%9ADE.pdf#page=9. Acesso em 29 set. 2021.

GUIMARÃES, Cátia. Especialistas analisam a disponibilidade de leitos no país e discutem possibilidades. Portal Fiocruz [Internet]. 8 maio 2020. Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/?q=Pesquisadores-avaliam-disponibilidade-de-leitos-de-UTIEspecialistas-analisam-a-disponibilidade-de-leitos-no-país-e-discutem-possibilidades-\(fiocruz.br\)](https://cee.fiocruz.br/?q=Pesquisadores-avaliam-disponibilidade-de-leitos-de-UTIEspecialistas-analisam-a-disponibilidade-de-leitos-no-país-e-discutem-possibilidades-(fiocruz.br)). Acesso em 07 de no. 2021.

HUÇULAK, Márcia Cecília et al. A gestão da saúde em Curitiba: 2017-2020. Revista Curitiba em Destaque. Instituto Municipal de Administração Pública, 2020. Vol. 7, ano IV, dez., p 3-9.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em 29 nov. 2021.

LEITE, Silvana Nair; et al. Management of the health workforce in facing COVID-19: disinformation and absences in Brazil's Public Policies. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 5, pp. 1873-1884. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.01252021>. Acesso em 23 de set. 2021.

LIBERALI, Juliana; COLOMBO, Kallian. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária COVID-19: a pandemia e os processos de trabalho nas unidades da gerência de saúde comunitária. Organização de Juliana Liberali, Kallian Colombo. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, jul. 2020. 81 p.

MACIEL, Adjoane Mauricio Silva; et al. Aplicação de medidas de saúde pública para o enfrentamento à COVID-19 no município de Russas-CE. *Cadernos Esp. Ceará*, 2020, jan. jun.; 14(1), p. 24 – 29. ISSN: 1808-7329/1809-0893. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Da-Silva-Filho-2/publication/344436056_APLICACAO_DE_MEDIDAS_DE_SAUDE_PUBLICA_PARA_O_ENFRENTAMENTO_A_COVID-19_NO_MUNICIPIO_DE_RUSSAS-CE/links/5f7533ef92851c14bca3bcdd/APLICACAO-DE-MEDIDAS-DE-SAUDE-PUBLICA-PARA-O-ENFRENTAMENTO-A-COVID-19-NO-MUNICIPIO-DE-RUSSAS-CE.pdf. Acesso em 29 set. 2021.

MAIA, Ana Carolina; AGOSTINI, Rafael; AZIZE, Rogerio Lopes. Sobre jogos de (des)montar: COVID-19 e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300314, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300314>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jphysis/a/njh8skvMBLZxSdMgZGZ5grz/?lang=pt>. Acesso em 23 set. 2021.

MALIK, Ana Maria. Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistêmica e cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). Planejamento e Gestão. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, 342 p, p. 28-39. DOI: <https://bit.ly/2LqxDNd>. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=67>. Acesso em 29 set. 2021.

MANERICH, Ademir; ARAUJO, Norma Suely de Almeida; SOUSA, Clóvis Arlindo. Conceitos elementares da busca bibliográfica em saúde. São Paulo: 2008. 12 p. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5518896-Conceitos-elementares-busca-bibliografica-em-ciencias-da-saude-na-internet.html>. Acesso em 29 set. 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe; et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública 2020; 36(8): e00149720. DOI: 10.1590/0102-311X00149720. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em 29 set. 2021.

MELO, Tereza Cristina Linhares; et al. Cuidando do cuidador: um relato de experiência de intervenções de boas práticas de saúde para profissionais da atenção primária da linha frente na COVID-19. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, e1411051500, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15007>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15007/13254>. Acesso em 22 set. 2021.

MENDES, Eugênio Villaça. O lado oculto de uma Pandemia: a terceira onda da COVID ou o paciente invisível. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em 17 ago. 2021.

MOURA, Rosa. As metrópoles e a Covid-19: dossiê nacional. Região Metropolitana de Curitiba (Pr). Volume II. 2021. Observatório das metrópoles. 54 p.

NADAS, Beatriz Battistella. Painel: inovações tecnológicas adotadas na crise sanitária e seus reflexos no planejamento das ações do SUS Curitiba. In: VII seminário de boas práticas em planejamento e governança pública - PGP UTFPR, 2021, Curitiba. Tema: Atuação do estado e sociedade em tempos de crise. Eixo temático: Sustentabilidade, inovação e tecnologia. Disponível em: <https://youtu.be/L-QJjow6VqE>. Acesso em 02 mar. 2022.

NICOLELIS, Miguel A. L. O comitê científico de combate ao coronavírus (c4) do consórcio nordeste e a pandemia de COVID-19 no Brasil. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). Planejamento e Gestão. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, 342 p., p. 126-145. DOI: <https://bit.ly/38sp1i0>. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=67>. Acesso em 29 set. 2021.

OLIVEIRA, Shana Gonçalves de; SCHAAB, Luana Las; LABIAK JUNIOR, Silvestre. Inovação, tecnologia e engajamento social na busca de soluções para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 na cidade de Curitiba-PR. Revista Tecnologia e Sociedade, v. 16, n. 43, 2020. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/12370>. Acesso em 12 ago. 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 24 nov. 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. [Internet]. Washington: OPAS; 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus>. Acesso em 09 de nov. 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Pandemia de COVID-19 na Região das Américas – CD58/6. 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Sessão virtual, 28 e 29 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd586-pandemia-covid-19-na-regiao-das-americas>. Acesso em 30 nov. 2021.

PECI, Alketa. A resposta da administração pública brasileira aos desafios da pandemia. Revista de Administração Pública. FGV EBAPE. Rio de Janeiro 54(4), jul. - ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761242020>. ISSN: 1982-3134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/fdQC8MQ7VJYbP7JwrYbZYvM/?lang=pt>. Acesso em 22 set. 2021.

PERDONSSINI, Bárbara Trentin; ALVES, Moisés José de Melo; MENEZES, Jessica Mabel Soares Teixeira. Inventando uma clínica possível: acompanhamento remoto de usuários de saúde mental na pandemia de COVID-19. Rev. Pol. públ., vol 25, n. 1, p. 167-181, (2021). ISSN 2178-2865. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v25n1p167-181>. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/17282>. Acesso em 29 set. 2021.

PRADO, Níli Maria de Brito Lima; et al. Ações de vigilância à saúde integradas à atenção primária à saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (7), 2843-2857, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.00582021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 23 set. 2021.

RESENDE, Tamiris Cristhina; et al. Como o governo do Reino Unido enfrentou a pandemia global da COVID-19? *Revista de Administração Pública*, 55(1), 72–83, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200418>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/s9rdJfwLYhPWCN4xbnGk/?lang=en>. Acesso em 01 out. 2021.

SALCEDO-BARRIENTOS, Dora Mariela; PAIVA, Maria Vitória Silva; SILVA, André Luiz Pereira da. Terapia comunitária integrativa para idosos em plataforma virtual durante a pandemia associada a COVID-19. *Temas em Educ. e Saúde*, Araraquara, v. 16, n. esp. 1, p. 360-375, set., 2020. e-ISSN 2526-3471. DOI:

<https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14317>. Disponível em:

<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14317/9783>. Acesso em 22 set. 2021.

SANTOS, D.S. et al. Painel COVID-19 Curitiba: dashboard de dados epidemiológicos. *Anais da 7ª mostra paranaense de pesquisas e de relatos de experiências em saúde. A saúde em tempos de pandemia: experiências e aprendizados*. 2021, Londrina, PR.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25(Supl. 1): e200379. DOI <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqrwmbMNTTtmpxth/?lang=pt>. Acesso em 26 set. 2021.

SHIMAZAKI, Maria Emi. O impacto da regionalização na resposta à pandemia da COVID-19. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Organizadores). *Planejamento e Gestão*. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, 342 p, v. 6, p. 66-77. DOI: <https://bit.ly/3i7RfSp>.

Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=67>. Acesso em 29 set. 2021.

SILVA JR, Aluisio Gomes da; et al. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS em Revista*, vol. 2, n. 2, p. 128-136, jun. 2020. ISSN 2596-3317. DOI: 10.14295/aps.v2i2.126. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/126>. Acesso em 29 set. 2021.

SILVA, Regina Célia Carvalho da; et al. Estratégias de gestão e (re) organização da rede de saúde de Sobral-CE no enfrentamento da COVID-19. *Sanare (Sobral, online)*. 2021; 20 (Supl. 1): 07-16. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1504>. Acesso em 29 set. 2021.

SOUSA, Daniel Josivan de; et al. Organização da atenção primária à saúde no paraná no enfrentamento da pandemia COVID-19. *R. Saúde Publ. Paraná*. 2020 Dez.;3(Supl 1):108-117. DOI10.32811/25954482-2020v3sup1p108. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/439>. Acesso em 29 set. 2021.

SOUZA, Ins Leoneza de; et al. A atenção primária  saúde na pós-pandmia e a prática dos profissionais de enfermagem. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Organizadores). *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 11-17. (Série Enfermagem e Pandmias, 3). DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c02>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap2.pdf>. Acesso em 29 set. 2021.

SOUZA, Caique Nogueira de; MANZINI, Fernanda; LEITE, Silvana Nair. Serviços mínimos de atenção primária  saúde em contextos de crises. *J Manag Prim Health Care*, 2021; 13: e06. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1138>. Acesso em 29 set. 2021.

TEODÓSIO, Sheila Saint-Clair da S; et al. O enfrentamento da COVID-19 na atenção primária em saúde: uma experiência em Natal-RN. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 49-54. Série Enfermagem e Pandmias, 3. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c07>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap7.pdf>. Acesso em 23 set. 2021.

TORQUATO, Simone Elenir. Atuação do enfermeiro especialista em urgência/emergência na gestão de uma unidade básica de saúde no momento de emergência pandmica - COVID19: relato da vivência prática. *Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813)*, v. 7, Supl. 1 (2021). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3322g610. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3322>. Acesso em 29 set. 2021.

VALENTIM, Ricardo Alexandro de Medeiros; et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à COVID-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 6, p. 2035-2052. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44122020>. Acesso em 23 set. 2021.

WHO. World Health Organization. Origins of the SARS-CoV-2 virus: China part. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/origins-of-the-virus>. Acesso em 15 jun. 2021.

Recebido: 08 nov. 2022.

Aprovado: 06 dez. 2022.

DOI: 10.3895/rbpd.v12n1.15937

Como citar: RIBEIRO, C. F.; CARVALHO, H. A. Estratégias da secretaria municipal da saúde de Curitiba em resposta à pandemia decorrente do coronavírus e as lições da crise sanitária. *R. Bras. Planej. Desenv.* Curitiba, v. 12, n. 01, p. 73-105, jan./abr. 2023. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Carmen Fernanda Ribeiro

Av. Sete de Setembro, 3165 - Rebouças, Curitiba - PR

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

