



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 6, Supl. 2 (2020).

O território CONVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g566

ARTIGO ESPECIAL

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios

Línea de atención en COVID-19: dispositivo para la organización, gestión y educación del trabajo centrado en el cuidado de las personas en los territorios

Lisiane Bôer Possa¹

(ORCID: 0000-0002-7451-8932)

Monica Padilla²

(ORCID: 0000-0002-1079-9608)

Luiza Maria Plentz³

(ORCID: 0000-0001-8647-7923)

Cristiane Scolari Gosch²

(ORCID: 0000-0001-8647-7923)

Alcindo Antônio Ferla⁴

(ORCID: 0000-0002-9408-1504)

Filiação institucional:

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS), Brasília, Distrito Federal, Brasil

³ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor correspondente:

Luiza Maria Plentz

Endereço postal: Rua Vinicius de Moraes, 160, Bairro Rio Branco, São Leopoldo – RS, CEP 93040-500. Endereços de e-mail: plentzluiza@gmail.com

Contribuição dos autores:

Todos os autores contribuíram para as fases da elaboração e revisão final do artigo.

Resumo:

A implantação de linhas de cuidado é uma estratégia de reorganização do trabalho no cotidiano dos serviços, incluindo ações intersetoriais e fluxos nas redes de atenção à saúde, que tem como objetivo constituir alternativas de percursos seguros e ágeis para os usuários, considerando suas especificidades. Este artigo tematiza a linha de cuidado em COVID-19, com o objetivo de apoiar gestores e trabalhadores no enfrentamento dessa emergência sanitária e social. Toma-se como foco as estratégias para a gestão do trabalho e da educação com vistas à reorganização dos processos de trabalho no interior de serviços e pontos de atenção nos territórios, apresentando os principais desafios para as equipes de gestão do trabalho e da educação. Em formato de ensaio teórico, o artigo considera a diversidade do cuidado às pessoas que precisa ser articulada em todos os pontos de atenção existentes nos territórios como resposta às necessidades de saúde produzidas na pandemia. A base empírica sobre a qual o ensaio se desenvolve são as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as lições aprendidas de outros países que enfrentaram a pandemia e aquelas já reconhecidas da própria experiência brasileira. Também será sumarizada uma proposição para organização da resposta à pandemia de COVID-19, apresentando-se as principais ações e pontos de atenção que podem ser articulados por meio de conexões produzidas a partir da gestão do trabalho. Diferente do conceito de redes de atenção, com serviços e fluxos, ou de itinerários terapêuticos, que representam cada percurso particular, o desenho das linhas de cuidado é uma combinação de ações diversificadas que considera os diferentes contextos e perfis de serviços existentes em cada território, bem como a intensidade e a prevalência da transmissão local da doença. Para o conceito de linhas de cuidado, o desenvolvimento de capacidades de gestão do cuidado dos trabalhadores de um território é a variável em destaque, referindo-se, portanto, especificamente à capacidade de gestão do trabalho e da atuação dos seus agentes. Trata-se de um conceito que emergiu algo recentemente no campo da saúde coletiva e que ganha destaque quando o enfrentamento à pandemia reivindica respostas rápidas, territoriais e com base em orientações que se atualizam com alguma rapidez a partir da experiência internacional e do conhecimento produzido a partir dela.

Palavra-chave: Covid-19, linhas de cuidado, gestão do trabalho e da educação na saúde, recursos humanos em saúde.

Resumen:

La implementación de líneas de atención es una estrategia de reorganización del trabajo en el cotidiano de los servicios de salud, incluyendo acciones y flujos intersectoriales en las redes de atención de salud, que pretende constituir alternativas de rutas seguras y ágiles para los usuarios, considerando sus especificidades. Este artículo analiza la línea de atención de COVID-19, con el objetivo de apoyar a los directivos y trabajadores a enfrentar esta emergencia sanitaria y social. Se centra en las estrategias de gestión del trabajo y la educación con la finalidad de reorganizar los procesos de trabajo en los servicios y puntos de atención de los territorios, presentando los principales retos para los equipos de gestión del trabajo y la educación. En un formato de ensayo teórico, el artículo considera la diversidad de la atención a las personas que debe articularse en todos los puntos de atención existentes en los territorios como respuesta a las necesidades sanitarias producidas en la pandemia. La base empírica sobre la que se desarrolla el ensayo son las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las lecciones aprendidas de otros países que se han enfrentado a la pandemia y las ya reconocidas de la propia experiencia brasileña. También se presentará una propuesta

para organizar la respuesta a la pandemia de COVID-19, incluyendo las principales acciones y puntos de atención que pueden articularse a través de las conexiones producidas desde la gestión de la obra. A diferencia del concepto de redes de atención, con servicios y flujos, o itinerarios terapéuticos, que representan cada ruta particular, el diseño de las líneas de atención es una combinación de diversas acciones que tienen en cuenta los diferentes contextos y perfiles de los servicios en cada territorio, así como la intensidad y la prevalencia de la transmisión local de la enfermedad. Para el concepto de líneas de cuidados, el desarrollo de las capacidades de gestión de los cuidados de los trabajadores de un territorio es la variable en cuestión, refiriéndose específicamente a la capacidad de gestión del trabajo y al desempeño de sus agentes. Se trata de un concepto que ha surgido recientemente en el ámbito de la salud colectiva y que está cobrando cada vez más importancia a la hora de hacer frente a la pandemia exige respuestas rápidas y territoriales basadas en directrices que se actualizan con cierta rapidez sobre la base de la experiencia internacional y los conocimientos que de ella se derivan.

Palabras clave: COVID-19, líneas de atención, gestión del trabajo y de la educación en salud, recursos humanos en salud.

INTRODUÇÃO

A crise social e sanitária que está associada à COVID-19 se tornou visível no planeta com o rápido avanço da pandemia que, em menos de um ano, se espalhou por todos os países do mundo produzindo mudanças substantivas nos modos de vida e mobilidade das pessoas, provocando mais de 65 milhões de casos confirmados da doença e 1,5 milhões de mortes¹. Frente à magnitude e gravidade da situação e, sobretudo, diante de divergências discursivas e de orientação entre autoridades e especialistas, refletir sobre o trabalho em saúde e sua relação com a ciência e com a tecnologia é um exercício premente e impostergável. Neste artigo, no formato de um ensaio teórico, nos ocuparemos de refletir sobre um dispositivo que vem sendo proposto como inovação para a organização do cuidado em algumas produções no campo da saúde coletiva^{2,3}, com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento de tecnologias para organizar o trabalho no enfrentamento à pandemia, mas, também, para qualificar a gestão do cuidado em saúde no cotidiano.

A proposição de ações de gestão do trabalho e da educação em saúde para configurar “a linha de cuidado em COVID-19” tem o objetivo imediato de apoiar gestores e trabalhadores no enfrentamento da emergência sanitária. A diversidade de

contextos em que se desenvolve o enfrentamento da pandemia nos diferentes países e localidades e a urgência com que novas respostas são requeridas, pelas características próprias da evolução da pandemia e de suas consequências sociais e sanitárias, torna necessário expandir as capacidades locais de gestão do cuidado⁴, em movimentos rápidos que, ao mesmo tempo, caminhem em duas direções. A primeira é otimizar as capacidades de infraestrutura e de força de trabalho, sintetizando evidências da ciência e do cotidiano, e produzir ajustes rápidos para ampliar o acesso, neutralizar a infodemia, mitigar os efeitos da pandemia, ampliar a segurança para as pessoas em geral e para os trabalhadores da saúde e demais áreas essenciais⁵. A segunda é antecipar iniciativas para monitorar e assistir às pessoas com sequelas da doença e acumular conhecimentos para qualificar as respostas futuras dos sistemas de saúde. A variável central para a linha de cuidado é o trabalho e o modo como ele ocupa os diferentes pontos de atenção em um determinado território e como se articula com ele, incluída a aprendizagem que o trabalho complexo como o da saúde gera para os trabalhadores e instituições⁶ e considerando a relevância estratégica da força de trabalho para a produção de saúde⁷ e a necessidade de inovar na gestão local do trabalho⁸.

A estratégia de linha de cuidado é relativa às formas de organização do trabalho de atenção e de gestão nos territórios, sempre complexos e movediços, para o cuidado com qualidade e equânime às pessoas e coletividades, estejam elas doentes de COVID-19, contaminadas ou em risco de contaminação com o SARS-COV-2. A proposição de linhas de cuidado refere-se à qualificação do trabalho cotidiano das equipes, às formas de gestão do trabalho e às articulações dos serviços e pontos de atenção sanitária e psicossocial em um determinado território e das iniciativas que necessitam e podem ser criadas localmente² para o enfrentamento à pandemia.

A resposta ao cuidado da população, em decorrência da COVID-19, também aponta a premência de reorganizar as ações intersetoriais, nas redes de atenção à saúde e, sobretudo, os modos como se realiza o trabalho das equipes nos territórios para atender às demais necessidades em saúde e assegurar a continuidade dos serviços essenciais. Em especial, têm sido preconizadas medidas sociais e de saúde coletiva que visam a redução da transmissão e o controle de surtos, possibilitando a oferta de cuidados qualificados e equânimes, evitar a sobrecarga dos serviços e minimizar a mortalidade decorrente da COVID-19 e de outras causas, por meio do acesso seguro e continuado aos serviços e ações de saúde, bem como um conjunto de iniciativas de apoio psicossocial às pessoas e coletividades, inclusive aos próprios trabalhadores da saúde^{5,9,10,11,12}. A abordagem de linhas de cuidado tem ênfase na dimensão micropolítica do trabalho, especialmente nos modos como é gerido e se organiza nos diferentes pontos de atenção, sem qualquer oposição às iniciativas de prospecção e/ou incremento da infraestrutura dos serviços, mas, ao contrário, em articulação com as mesmas. Não se trata, portanto, de uma iniciativa centrada em redes de atenção, ao menos no componente *fixo* da capacidade instalada de serviços, e tampouco nos itinerários terapêuticos, que têm ênfase nos percursos singularmente percorridos pelos usuários. Trata-se de refletir sobre o interstício que separa os serviços de saúde de um território e a capacidade instalada nos mesmos e os percursos que os usuários necessitam percorrer para buscar a satisfação de suas necessidades de saúde.

O conhecimento atualmente disponível sobre a COVID-19, inclusive pelo fato de que inexistem vacinas aprovadas e tratamentos eficazes, fortalece a necessidade de respostas territoriais de enfrentamento e mitigação das consequências da pandemia sobre a vida e a saúde, assim como desafia à manutenção do cuidado às demais demandas de saúde. Nesse contexto, é necessária a estruturação de respostas específicas, oportunas e ágeis, que considerem a gravidade da pandemia, as capacidades locais, as especificidades que envolvem as vidas em cada território e a importância da superação de iniquidades sociais e de cuidado em saúde que agravam os efeitos e são agravadas pela pandemia^{11,13}. Trata-se aqui de construir estratégias organizativas que otimizem a capacidade instalada e favoreçam percursos mais ágeis e efetivos para os usuários.

Neste ensaio enfocamos estratégias para a gestão do trabalho e da educação com vistas à organização de linhas de cuidado em COVID-19 em diferentes territórios. A implantação de linhas de cuidado é uma estratégia de organização do trabalho no cotidiano dos serviços, conectando ações intersetoriais nas redes de atenção à saúde, gerando condições para percursos seguros, ágeis e resolutivos para os usuários, sejam pessoas ou coletividades, nos seus itinerários de cuidado para prevenir, tratar e reabilitar-se das sequelas da doença^{2,13}. Especificamente no que se refere a pactuar e reinventar, em cada território, o escopo de ação dos serviços, das práticas profissionais e os fluxos do cuidado que respondam à diversidade das necessidades de saúde das pessoas. Como dito anteriormente, não se trata de uma oposição ao planejamento e prospecção de serviços e redes, mas de tornar visível um componente que não é automaticamente ativado pela infraestrutura dos serviços⁸.

Serão apresentadas as principais iniciativas que podem ser implementadas pelas equipes de gestão do trabalho e da educação a serem articulados em resposta à pandemia da COVID-19 em todos os pontos de atenção, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com as lições aprendidas de outros países que enfrentaram a pandemia e aquelas já reconhecidas da própria experiência brasileira. Também será sumarizada uma proposição para organização da

resposta à pandemia de COVID-19. Tal proposição sintetiza as principais demandas de cuidado a serem respondidas no cotidiano do trabalho nos serviços de atenção à saúde e suas correlações com as demandas de gestão do trabalho e da educação que possam contribuir para a construção de linhas de cuidado para a COVID-19 nas diferentes realidades do SUS.

A LINHA DE CUIDADO COMO DISPOSITIVO TECNOASSISTENCIAL

A linha de cuidado é um dispositivo tecnoassistencial, cujo conceito foi formulado no âmbito da saúde coletiva, a partir da aprendizagem com a gestão do trabalho e com o reconhecimento da complexidade da atuação no campo da saúde, sobretudo em territórios que pessoas ou coletividades ocupam para o fazer andar a sua vida cotidiana, seja em relação à vida privada ou laboral. Já em 2006, essa vertente de compreensão afirmava que se tratava de²:

(...) uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras. Isto é, trata-se de inventar uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida. (p. 165).

O conceito foi inicialmente construído como proposta de organização tecnoassistencial a partir da ideia da configuração tecnológica do trabalho em saúde, ou seja, da composição do trabalho (no cuidado e na gestão) com diferentes naturezas de tecnologias (duras, leve-duras e leves), mas cuja regulação estivesse embasada nas tecnologias relacionais¹⁴, e da ideia da produção de cuidado em contextos de complexidade². Essas ideias têm uma atualidade grande no enfrentamento à pandemia de COVID-19.

A pandemia de COVID-19 apresenta como características a rápida velocidade e escala de propagação; a gravidade, uma vez que 20% dos casos são graves e críticos, apresentando uma taxa bruta de mortalidade de casos clínicos de 3%, que pode ser ainda maior conforme a capacidade dos

países em ofertar o cuidado às pessoas que necessitam; e a possibilidade de colapso dos sistemas de saúde e assistência social, com consequências socioeconômicas negativas em larga escala. As respostas iniciais dos sistemas de saúde tiveram como foco o cuidado de pacientes graves e dos indivíduos com maior risco. No entanto, para reduzir a velocidade de transmissão da doença e evitar o colapso dos sistemas de saúde, é premente que sejam desenvolvidas medidas de prevenção, diagnóstico, isolamento e cuidado de toda a população e de todos os casos da COVID-19, incluindo aqueles identificados como leves e moderados¹. A diversidade de condições em que operam os serviços e sistemas de saúde em países e regiões e a velocidade com que a propagação tem acontecido, somadas à disputa de enunciados e às dimensões da infodemia que lhe está associada, constituem elementos que ampliam a complexidade do enfrentamento cotidiano. Assim, a implementação de medidas de mitigação em grande escala requer, ao mesmo tempo, orientações gerais com base no conhecimento acumulado e autonomia local para engendrar iniciativas seguras, ágeis e com máximo de eficácia e otimização dos recursos disponíveis, com prospecção das condições dos sistemas caminhando em paralelo com medidas imediatas de enfrentamento.

No contexto brasileiro, União, Estados e Municípios elaboraram Planos de Contingência que orientam as ações para o enfrentamento da pandemia. Mas há que se reconhecer que o planejamento é um movimento permanente, que considera a realidade de cada local e tem em vista a articulação do conjunto das ações, pontos de atenção e fluxos que possam constituir uma resposta efetiva do sistema de saúde à pandemia e ao conhecimento que está sendo produzido sobre a mesma. Também é preciso considerar que os planos refletem, em grande medida, as condições locais de elaboração, ora com preocupações formais, ora com capacidade real de ativar as respostas e mobilizar os diferentes pontos de atenção. Os Planos estabelecem, quando têm a consistência que o instrumento requer, a capacidade de estabelecer fluxos e mecanismos de macrorregulação.

A estratégia de construção de linhas de cuidado para organizar as ações que atravessam redes

temáticas regionalizadas é uma ferramenta potente para a articulação do cuidado, centrada nas pessoas e suas demandas, que tem sido utilizada pelo SUS em várias iniciativas cujos resultados têm efetivamente contribuído para ampliar o acesso, a resolatividade, a integralidade e a equidade. As necessidades em saúde das coletividades e indivíduos que ocupam cada território precisam ser o centro dos desenhos das trajetórias de cuidado produzidas no encontro entre usuários e trabalhadores no cotidiano dos serviços. Portanto, trata-se de uma política de microrregulação do trabalho, com alto grau de autonomia e de gestão local.

Considerando as diversidades, desigualdades e diferenças, tanto das pessoas a serem cuidadas quanto das estruturas das redes de atenção, a construção do *traçado* das linhas de cuidado é tanto mais resolutiva quanto mais considerar as particularidades e especificidades das realidades onde são construídas e o nível de envolvimento dos diferentes atores na sua elaboração. Isso significa reconhecer que, enquanto as redes de atenção remetem às estruturas e serviços institucionalizados e, em geral fortemente normatizados, as linhas de cuidado são imanentes, produzidas em cada contexto e instituintes de práticas e articulações entre serviços e trabalhadores que permitem trajetos de cuidado possíveis e visíveis, pactuados e potentes para responder às necessidades de saúde. O efeito pedagógico associado ao desenho de linhas de cuidado é a funcionalidade dos processos de cuidado, não a estrutura dos serviços e das redes.

Desta forma, o desenho de linhas de cuidado resolutivas e orientadas para responder às necessidades de saúde dos territórios pressupõe uma atuação forte na dimensão da micropolítica do trabalho, como temos registrado. Evidentemente que essa dimensão, que remete às relações que se estabelecem nos territórios¹⁴, está referida também à governança do sistema de saúde, que necessita estar conectada com o reconhecimento dos processos de saúde-doença e suas determinações, gerando efeitos no funcionamento de toda a malha de produção da saúde — promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação². Mas é na dimensão micropolítica, onde se busca produzir atos singulares de gestão do cuidado, que está centrado

o desafio das linhas de cuidado, uma vez que frequentemente atravessam serviços de atenção e unidades de apoio^{3,13}. Nesse contexto, há necessidade de engendrar formas de governança com participação, comunicação e pactos intensivos entre esses atores que compartilham a responsabilidade de cuidado das pessoas e coletividades que são diversas na capacidade de acessá-los e nas as necessidades em saúde¹³. O caráter participativo é, também, um dispositivo de estruturar o plano da microrregulação do cuidado, com alto grau de autonomia, mas observando diretrizes de segurança para o trabalho, para o usuário e como resposta às evidências da ciência, das boas práticas e da interação construtiva com o cotidiano. A autonomia relativa, a segurança e a rapidez nas respostas referem-se tanto aos fluxos no interior dos pontos de atenção territoriais como entre eles e nos serviços^{2,3,13}. Há, portanto, um processo pedagógico que precisa ser desencadeado e que permita produzir respostas na medida em que o percurso pelo cotidiano vai sendo feito. Por isso, preferimos denominar a área de ênfase da produção de linhas de cuidado como gestão do trabalho e da educação.

No que diz respeito à gestão do trabalho e da educação na saúde, é necessária a determinação política para construir capacidades institucionais que respondam não só pelo planejamento, provimento e formação da força de trabalho, na quantidade e nas competências e habilidades necessárias e adequadas para o conjunto das ações, pontos de atenção e fluxos da linha de cuidado em cada território, mas também pelo cuidado e proteção do bem-estar dos trabalhadores da saúde. Porém, o efeito micropolítico mais forte é a produção de relações de trabalho cotidianas que potencializem a participação e o protagonismo dos gestores e dos trabalhadores na construção dos processos de trabalho, do trabalho em equipe, da educação permanente, das condições de trabalho, das respostas às necessidades dos usuários em cada ato de cuidado e na continuidade deste. Faz parte do trabalho o seu próprio desenvolvimento e dos trabalhadores e, portanto, há aprendizagem permanentemente associada ao trabalho.

No caso do enfrentamento à pandemia da COVID-19, a estratégia de linha de cuidado pode contribuir para:

1. Organizar o enfrentamento da pandemia concomitantemente à manutenção da atenção às demais necessidades de saúde, uma vez que possibilita a pactuação e proposição das estruturas de governança, dos trajetos, fluxos, pontos de atenção e processos de trabalho específicos para o cuidado das pessoas e coletividades contaminadas ou com risco de contaminação pela COVID-19 nas redes regionalizadas dos territórios;
2. Estabelecer o(s) traçado(s) da linha, fluxos e compromissos de atenção às pessoas em todos os níveis, em especial com a possibilidade de relação comunitária, acolhimento, cuidado e encaminhamentos específicos dos casos de COVID-19 e de outras doenças, para que se possa atender às demais necessidades de saúde, controlando os riscos de contágio e garantindo segurança para as pessoas procurarem a atenção de que necessitam;
3. Definir o conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação necessárias e viáveis para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 e de suas consequências em cada território, em especial, aquelas articuladas e que priorizam o controle da velocidade da transmissão, previnam o colapso do sistema local de saúde e garantam o cuidado e a proteção da vida de usuários e trabalhadores;
4. Sistematizar as capacidades instaladas, as práticas de trabalho, a força de trabalho, a educação permanente, as informações e os fluxos assistenciais, logísticos e de gestão necessários e existentes nos sistemas locais e locais regionais de saúde, com vistas à organização e articulação do trabalho nos diferentes serviços e ações no território, conforme a realidade, de modo a favorecer as ações de gestão, monitoramento, acompanhamento e (re)planejamento compartilhado da linha de cuidado;
5. Articular as políticas e ações de gestão do trabalho e da educação dos entes federados e das instituições de ensino e pesquisa, voltadas para o planejamento e provisão de força de trabalho e para a formulação e execução de ações de proteção e cuidado dos trabalhadores, tais como capacitação, educação permanente, produção e divulgação de conhecimento sobre a propagação da COVID-19 e as experiências de enfrentamento da pandemia, considerando o conjunto das ações e serviços da linha de cuidado em cada território conforme a realidade local;
6. Articular as capacidades públicas, privadas e comunitárias para o desenvolvimento de ações que possibilitem identificar, isolar e cuidar das pessoas, de modo a ampliar a resposta do sistema de saúde no cotidiano, e construir laços de confiança recíproca que gerem graus progressivos de imunidade a notícias falsas e desinformações;
7. Dar visibilidade e transparência aos pactos e compromissos construídos em cada localidade, de modo a explicitar o escopo dos diferentes pontos de atenção e de práticas dos trabalhadores de acordo com as respostas necessárias ao cuidado das pessoas;
8. Valorizar a participação e o protagonismo dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde em cada região, em cada ponto de atenção e em cada ato singular de cuidado, considerando as especificidades e a diversidade do território brasileiro e das necessidades de saúde das pessoas, com vistas à proteção do trabalhador e à garantia do acesso seguro e equânime dos usuários ao cuidado.

O desenho e a implantação de linhas de cuidado no enfrentamento à COVID-19 não é centralmente uma intervenção na estrutura *ortopédica* dos sistemas e serviços. É principalmente um processo pedagógico que interfere na funcionalidade *fisiológica*, com a ampliação da condição para rápidas mudanças de orientação sobre as melhores práticas de enfrentamento à pandemia, mas de produção de autonomia local para processos microregulatórios que garantam amplitude e abrangência máximas com as condições reais de ação e um cuidado seguro e efetivo. A temática da governança, nesse contexto, tem um destaque relevante.

Governança da Linha de Cuidado

A linha de cuidado é uma estratégia que implica em uma ação ágil para gestão de ofertas de atenção à saúde, uma vez que o seu desenho e implementação, em cada local, pressupõem a articulação, a negociação e a pactuação sobre o escopo dos serviços, das práticas profissionais e

dos processos de trabalho no seu interior em diálogo com as necessidades de saúde³. Trata-se, pois, de uma ferramenta que contribui não somente para a construção e a gestão dos fazeres e saberes dos trabalhadores em cada ponto de atenção, mas também para a gestão da rede de atenção, do trabalho e da educação no território. Nesse sentido, tem como propósito principal a articulação produtiva entre as ofertas dos diferentes serviços e fluxos assistenciais seguros que garantam o acesso, a continuidade e a resolutividade da atenção à saúde aos usuários em resposta às necessidades da população^{2,3,13}. Esse enunciado coloca a governança, como capacidade de coordenação de ações e serviços, em destaque³.

Para a construção das linhas de cuidado, é muito relevante articular as estruturas de governança do SUS, uma vez que as ações frequentemente ultrapassam as capacidades de grande parte dos serviços, de municípios e mesmo regiões de saúde: as Comissões Bipartites, os Conselhos de Saúde, as Comissões Interinstitucionais de Ensino e Serviço. Esses espaços têm a tarefa de propor e construir as diretrizes macro regulatórias no enfrentamento à pandemia. No entanto, a governança da linha ocorre, fundamentalmente, através da articulação dos trabalhadores em e entre cada ponto de atenção nos municípios e regiões de saúde, buscando o diálogo entre as formas tradicionais de coordenação (corporativa e departamental). As formas de gestão de fluxos e processos e o perfil dos gestores do percurso dos usuários, frequentemente atravessando setores e serviços de diferentes naturezas, é fator estratégico na linha de cuidado³, envolvendo não apenas a distribuição formal de autoridade, mas o desenvolvimento de capacidades locais de regulação (protocolos e normas) e de microrregulação (fluxos acelerados entre equipes e serviços em função da gravidade e de mudanças agudas nas condições locais).

Trata-se de ampliar a experiência que já tem sido implementada com os diversos comitês e colegiados de resposta à pandemia em funcionamento no país e o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores para a tomada de decisões, com base em protocolos e normas, mas também numa atitude ética e solidamente embasada frente o cuidado e às vidas. Algo próximo ao que a literatura denomina de

coordenação embasada em trabalho vivo, que precisa colocar em diálogo as diferentes lógicas de coordenação no interior de serviços e redes^{3,13,14}. Por isso, se faz necessário estimular a construção desses espaços em todos os serviços e territórios, considerando as áreas de apoio administrativo, financeiro e de logística, que desempenham tarefas transversais a todas as ações e a todos os pontos de atenção que venham a ser propostas no desenho e na implementação da linha de cuidado. Uma gestão centralizada, burocrática ou suscetível às fragmentações técnicas e operacionais, será pouco eficiente em condições mais simples e estruturadas e é particularmente ineficaz em condições de complexidade e mudanças abruptas de cenários. Cabe destacar, em especial, as áreas de gestão do trabalho e da educação, cujas ações voltadas à construção da linha de cuidado da COVID-19 serão detalhadas a seguir, com a ressalva de que tais ações apenas se efetivam quando consideradas as especificidades locais e a partir do protagonismo cotidiano dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS na sua construção.

Gestão do Trabalho e da Educação na Construção da Linha de Cuidado da COVID-19

A construção da linha de cuidado como estratégia que possibilita revisar a organização das redes de atenção e, mais especificamente, o escopo dos serviços, das práticas profissionais e dos fluxos assistenciais para o cuidado das pessoas no território, pressupões que a gestão do trabalho e da educação produzam informações para embasar decisões, contribuam para o planejamento, o provimento, a educação permanente, a proteção e o apoio dos trabalhadores nos diferentes pontos de atenção que configuram os desenhos propostos das linhas em cada território. O desenvolvimento da capacidade local de trabalho é um ponto chave na implantação da linha de cuidado à COVID-19, uma vez que há mudanças importantes e rápidas nas orientações que devem embasar o trabalho e há necessidade de aprendizagem intensiva das condições de cada território ao longo do tempo.

A realidade da força de trabalho disponível em âmbito local, em termos não só de quantidade, mas também de competências e habilidades, assim como as possibilidades administrativas e financeiras para ampliação da força de trabalho, da

oferta de ações de capacitação e educação permanente e de proteção física e psicossocial dos trabalhadores de saúde são balizadores importantes. Tanto para identificar os vazios assistenciais quanto para evidenciar as disponibilidades que podem orientar a priorização de ações e pontos de atenção nos desenhos das linhas e nas políticas locais de enfrentamento da pandemia que sejam efetivamente viáveis e exequíveis.

O aumento da necessidade de cuidados de saúde, em resposta à pandemia da COVID-19, coloca novos desafios para as equipes de gestão do trabalho e da educação, tais como¹⁵:

- 1) Garantir o planejamento das necessidades e o provimento de trabalhadores num contexto de expansão da demanda por serviços, com possível redução dos trabalhadores disponíveis em consequência da doença, das condições de risco e dos contextos individuais e familiares;
- 2) Constituir capacidades locais de coordenação da linha de cuidado, que tenham condições de produzir articulações funcionais entre os diferentes serviços e equipes, que consigam apoiar as coordenações técnicas e departamentais dos serviços e redes por onde circulam usuários da linha e/ou de ações de diferentes âmbitos para o enfrentamento à pandemia e, por fim, capacidade de diálogo com os diferentes profissionais e com as lógicas técnicas que organizam serviços nas diferentes redes de atenção³;
- 3) Aumentar rapidamente a oferta de capacitações, ações de educação permanente e canais de comunicação com os trabalhadores, de modo a que estes estejam preparados para atuar no novo cenário e em relação às rápidas mudanças em decorrência da pandemia;
- 4) Proteger e apoiar os trabalhadores, garantindo políticas, estratégias e ações de atenção à saúde, incluindo biossegurança, saúde mental, necessidades psicossociais, necessidades pessoais e familiares e medidas de valorização dos trabalhadores.

Para responder a esses desafios e para contribuir com a construção da linha de cuidado da COVID-19, os departamentos e unidades de gestão do trabalho e da educação dos entes federados e dos

serviços em cada território têm de pactuar, formular e desenvolver conjuntamente as seguintes ações^{3,13,16}:

- 1) **Identificação da força de trabalho existente e disponível para ser acionada.** Produzir e sistematizar informações que caracterizem a força de trabalho disponível segundo atributos pessoais, de disponibilidade, de formação profissional e de distribuição geográfica, que possibilitam a avaliação das ações e pontos de atenção que teriam viabilidade de serem ampliadas, considerando a qualificação dos candidatos que potencialmente podem ser acionados para atuar na linha de cuidado¹⁷;
- 2) **Dimensionamento das necessidades de força de trabalho** que aponte em quantidade, **competências** e habilidades necessárias para ampliar as diferentes ações e pontos de atenção definidos como prioritários no desenho da linha de cuidado construído localmente. Para apoiar essas medidas, há ferramentas que permitem estimar o número de casos, a demanda por serviços e a força de trabalho necessária para alguns pontos de atenção da linha;
- 3) **Revisão das atribuições e papéis dos trabalhadores.** Para tanto é possível acionar: diretrizes e protocolos formulados para atenção à COVID-19; experiências bem sucedidas de cuidado já implementadas; e o protagonismo e educação permanente dos trabalhadores para que ampliem o escopo das suas práticas em resposta às necessidades dos usuários que se apresentam no cotidiano dos serviços;
- 4) **Identificação, proposição e implementação de políticas e instrumentos de contratação e provimento da força de trabalho.** Identificar as opções de estruturas, normas, contratos, mecanismos legais, procedimentos administrativos que estão disponíveis ou podem ser adaptados e criados para viabilizar as contratações, as redistribuições, os remanejamentos e as reorientações das atribuições dos trabalhadores; as implicações legais para as instituições e trabalhadores; e, principalmente, as necessidades dos processos de trabalho para efetivar os desenhos das linhas de cuidado;
- 5) **Proposição e implementação de políticas e instrumentos de redistribuição, remanejamento e reorientação das práticas e**

atribuições dos trabalhadores, adequadas à realidade local, às regras e normas existentes ou que **podem** ser criadas, considerando as diferentes necessidades em saúde do território, o desenho local da linha de cuidado e a disponibilidade de trabalhadores com habilidades e competências existentes ou que possam ser rapidamente adquiridas, tais como:

- a. Redistribuição de trabalhadores de outros setores do governo, não relacionados à saúde, mas que possam ser capacitados para atividades de suporte nas unidades da saúde que demandem ampliação da força de trabalho, tais como: administração, manutenção, segurança, coleta de dados, prevenção e controle de infecções e outros serviços de apoio para funcionários e pacientes.
 - b. Remanejamento de trabalhadores de uma área da unidade de saúde para outra, ou redistribuição entre unidades, para funções em que sejam mais necessárias e prioritárias no desenho da linha de cuidado e/ou que garantam a proteção dos trabalhadores com maior risco de infecção pela COVID-19;
 - c. Reorientação e realocação de profissionais e especialistas, que possam ser rapidamente capacitados, de acordo com as respectivas habilidades e competências prévias, para o atendimento de casos graves e críticos de COVID-19 ou para o atendimento a outras necessidades de saúde;
 - d. Realocação de trabalhadores com habilidades e competências gerais para fortalecer a vigilância em saúde e a atenção básica nos territórios, nas portas de entrada para o primeiro atendimento de casos suspeitos e confirmados, sejam por telessaúde ou presenciais, nos domicílios, nas comunidades ou nos serviços de acolhimento projetados para garantir o isolamento dos casos de COVID-19 e outras necessidades de saúde nos territórios;
- 6) **Recrutamento da força de trabalho adicional** para responder pela viabilidade da linha de cuidado desenhada para o território e para a manutenção dos serviços essenciais de saúde, incluindo:
- a. Recém-formados, residentes e estudantes da área da saúde que possam contribuir para o cuidado, em especial para ações de

promoção, prevenção, vigilância em saúde, atenção básica, atenção domiciliar e serviços de acolhimento nos territórios;

- b. Trabalhadores aposentados ou em situação de risco que possam atuar nos diferentes dispositivos de telessaúde, garantindo a sua proteção e segurança.
- 7) **Articulação entre as áreas de gestão do trabalho e da educação dos diferentes entes federados e os serviços e as instituições de ensino superior do território** para **constituir** apoio e estratégias de intervenção conjunta para a construção da linha de cuidado nos territórios, em especial para trocar experiências e articular ações de dimensionamento, recrutamento, seleção, contratação, remanejamento, educação permanente e cuidado dos trabalhadores;
- 8) **Desenvolvimento de medidas de apoio e incentivo aos trabalhadores de saúde**, tais como:
- a. Apoio doméstico e para o cuidado dos familiares, crianças, idosos, deficientes etc., possibilitando a disponibilidade para o trabalho;
 - b. Disponibilidade de acomodações opcionais para aqueles trabalhadores que demandam proteção dos seus familiares, isolamento em decorrência de casos suspeitos ou confirmados na família, dificuldades de descolamento etc.
 - c. Incentivos econômicos.
- 9) **Apoio à gestão e organização dos processos de trabalho no cotidiano com a agilidade demandada pela complexidade e pela rápida modificação de cenários**, de forma que sejam negociados e explicitados os pactos e compromissos de cada serviço e dos **trabalhadores** na linha de cuidado, construindo e mantendo canais e fluxos de informação, comunicação e participação em cada local de trabalho;
- 10) **Articulação, negociação e desenvolvimento de uma agenda de trabalho para a construção de políticas, de atividades conjuntas e canais de comunicação com as organizações dos trabalhadores**, sindicatos, associações e entidades de classe.

- 11) **Constituição e manutenção de canais de comunicação com gestores e trabalhadores** em geral, mas também canais específicos e ágeis com aqueles implicados diretamente na linha de cuidado da COVID-19, de forma que sejam informados sobre o cenário da pandemia no território, bem como sobre os serviços, os fluxos e as regulações de **atenção** pactuados na linha de cuidado, em especial aqueles cuja expectativa sejam de sua responsabilidade, a apresentação de demandas e também as ofertas disponibilizadas de capacitação, educação permanente e apoio aos trabalhadores e as medidas de proteção e cuidado dos trabalhadores, etc.
- 12) **Proposição e implementação de medidas de prevenção, proteção e cuidado físico e psicossocial dos trabalhadores**¹⁸ que considerem a garantia da **oferta** de medidas de segurança, equipamentos de proteção individual, capacitação para a sua utilização, testagem, acompanhamento e cuidado da situação de saúde física e mental; proteção daqueles em condições de risco; organização de equipes que contenham trabalhadores mais experientes em apoio aos menos experientes; proposição de jornadas de trabalho apropriadas, flexíveis e com carga de trabalho distribuída de modo a evitar a sobrecarga e possibilitar o descanso.
- 13) **Organização e implementação de ações de capacitação, educação permanente, produção, sistematização e compartilhamento do conhecimento** que propiciem aos trabalhadores de saúde informações sobre a COVID-19 e oportunidades de formação, **atualização**, supervisão e apoio profissional, considerando as especificidades das práticas e, portanto, as competências e habilidades requeridas para responder às necessidades de saúde que se apresentam no cotidiano do trabalho e os pactos e compromissos do escopo dos serviços em cada ponto da linha de atenção do território. Trata-se não somente de apoiar as equipes para a implementação das estratégias e práticas de ação nos serviços, mas também de identificar e fomentar experiências exitosas e multiplicá-las no território.
- 14) **Articulação de formas ágeis e rápidas de sistematização e análise de informações** sobre a evolução da pandemia no território e nos territórios adjacentes, assim como de conhecimentos **produzidos** sobre a doença, o contágio e os protocolos válidos de tratamento;
- 15) **Fortalecimento de ações no território**, sobretudo nos pontos da atenção básica, para identificação e organização da linha de **cuidado**, inclusive por meio de ações intersetoriais;
- 16) **Estabelecimento de fluxos claros e transparentes** de seguimento das pessoas na **linha** de cuidado, sobretudo nas ações de maior densidade tecnológica;
- 17) **Articulação com espaços de governança** do sistema local de saúde e fortalecimento da capacidade de gestão da linha de cuidado das pessoas com COVID-19.

A organização do trabalho, a combinação de habilidades profissionais e técnicas, a gestão de capacidades, a inovação e incorporação de diversas tecnologias de maneira integrada e dinâmica, a proteção e cuidado dos trabalhadores são os novos desafios que se apresentam a gestão da força de trabalho em saúde para garantir uma resposta ideal aos cidadãos não só durante a emergência da pandemia da COVID-19, mas também na perspectiva operacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a médio e longo prazos.

As contribuições da área de gestão do trabalho e educação para construção das linhas de cuidado são transversais a todas as ações e a todos os pontos de atenção. O Quadro 1 apresenta a síntese das ações da gestão do trabalho e da educação e dos principais pontos de ação e de atenção da linha de cuidado da COVID-19. No entanto, há que se considerar as especificidades dos escopos dos serviços e das práticas profissionais pactuadas em cada ponto. Objetiva-se que a formulação das políticas e ações de gestão do trabalho e educação responda efetivamente às demandas para a produção das linhas, que se fazem no encontro de cada trabalhador e usuário e conforme os pactos e desenhos que estão sendo (re)construídos no cotidiano dos serviços em cada território.

Quadro 1: Síntese das ações de gestão do trabalho e da educação para construção da Linha de Cuidado – COVID-19

	Pontos de Atenção da Linha de Cuidado – COVID-19											
	Promoção e Prevenção	Vigilância em Saúde	Primeiro Atendimento	Atenção Básica	Serviços de Acolhimento	Atendimento Pré-Hospitalar Móvel	Central de Regulação de Leitos e Internações	Serviços de Internação	Atenção Domiciliar	Reabilitação	Cuidado em Situação de Óbito	Proteção física e psicossocial dos trabalhadores da saúde
Ações da Gestão do Trabalho e da Educação	Identificação da força de trabalho existente e disponível											
	Dimensionamento das necessidades de força de trabalho											
	Revisão das atribuições e papéis dos trabalhadores											
	Identificação, proposição e implementação de políticas e instrumentos de contratação e provimento da força de trabalho											
	Proposição e implementação de políticas e instrumentos de redistribuição, remanejamento e reorientação das práticas e atribuições dos trabalhadores											
	Recrutamento da força de trabalho adicional											
	Desenvolvimento de medidas de apoio e incentivo aos trabalhadores de saúde											
	Apoio à gestão e organização dos processos de trabalho no cotidiano com a agilidade demandada pela complexidade e pela rápida modificação de cenários											
	Constituição e manutenção de canais de comunicação com gestores e trabalhadores											
	Proposição e implementação de medidas de prevenção, proteção e cuidado físico e psicossocial dos trabalhadores											
	Organização e implementação de ações de capacitação, educação permanente, produção e sistematização e compartilhamento do conhecimento											
	Articulação de formas ágeis e rápidas de sistematização e análise de informações sobre a evolução da pandemia no território e nos territórios adjacentes, assim como de conhecimentos produzidos sobre a doença, o contágio e os protocolos válidos de tratamento											
	Articulação entre as áreas de gestão do trabalho e educação dos diferentes entes federados e os serviços e as instituições de ensino superior do território											
	Articulação, negociação e desenvolvimento de uma agenda de trabalho para a construção de políticas, de atividades conjuntas e de canais de comunicação com as organizações dos trabalhadores											
	Fortalecimento de ações no território, sobretudo nos pontos da atenção básica, para identificação e organização da linha de cuidado, inclusive por meio de ações intersetoriais											
	Estabelecimento de fluxos claros e transparentes de seguimento das pessoas na linha de cuidado, sobretudo nas ações de maior densidade tecnológica											
Articulação com espaços de governança do sistema local de saúde e fortalecimento da capacidade de gestão da linha de cuidado das pessoas com COVID-19.												

Fonte: elaboração própria.

ABRANGÊNCIA LOCAL DA LINHA DE CUIDADO DA COVID-19

A construção de percursos de cuidado dos usuários é tão mais efetiva e resolutive quanto mais considerarem as diferenças e especificidades das pessoas e suas demandas, para a (re)invenção permanente das redes de atenção, dos escopos dos serviços e das práticas profissionais. No entanto, considerando o que se sabe sobre a COVID-19 e como afeta as pessoas, para orientar a (re)organização das linhas de cuidado pode-se sumarizar as necessidades de cuidado comuns em:

- Cuidado coletivos - medidas de distanciamento, vigilância, comunicação, informação, articulação comunitária, prevenção, proteção etc.;
- Cuidado das pessoas que têm casos suspeitos e seus contatos;
- Cuidado das pessoas que têm seus casos confirmados assintomáticos, com sintomas leves e seus contatos;

- Cuidado das pessoas que têm sintomas moderados e graves e suas famílias;
- Cuidado de reabilitação das pessoas acometidas pela COVID-19.

A construção das linhas demanda a centralidade nas necessidades das pessoas como diretriz a orientar as (re)configuração dos atos de cuidado, dos processos de trabalho em cada ponto de atenção e entre eles na rede de atenção articulados com as ações de gestão do trabalho e educação. A Figura 01 traça uma representação genérica da lógica da linha de cuidado como transversal à estrutura de serviços, seja a departamentalização funcional ou a organização corporativa da coordenação de unidades.

Figura 1: Linhas de cuidado no interior dos pontos de atenção à saúde



Fonte: adaptado de Cecílio & Merhy³

A seguir serão apresentadas as principais ações e pontos de atenção que podem ser articulados para as construções de linhas de cuidado das pessoas em decorrência das necessidades da pandemia da COVID-19.

Ações intersetoriais de promoção e prevenção

As experiências e o conhecimento sistematizado até o momento sobre a pandemia da COVID-19

apontam que as medidas sociais e de saúde coletiva que têm como objetivo diminuir a velocidade da transmissão do vírus Sars-Cov-2, tais como distanciamento social, isolamento e quarentena, vêm contribuindo decisivamente para diminuir a propagação da doença, evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde e propiciar o cuidado a todos os que necessitam, garantindo, dessa forma, a proteção da vida⁵. Essas ações

pressupõem a articulação intersetorial e interfederativa em cada território nacional. São concretizadas a partir de:

- 1) Formulação e implementação de regras e normativas sobre a circulação das pessoas e o funcionamento de serviços, empresas, escolas, universidades e demais atividades que implicam aglomeração de pessoas;
- 2) Formulação, monitoramento e acompanhamento de medidas de proteção para os trabalhadores de áreas essenciais, tais como: trabalhadores de saúde, segurança, defesa civil, transporte, limpeza, produção e distribuição de alimentos, entre outras;
- 3) Políticas públicas que garantam subsistência, apoio à renda, apoio à saúde mental e atenção à saúde às populações conforme suas necessidades, em especial aquelas historicamente negligenciadas, uma vez que a desigualdade social implica condições de existência que as tornam ainda mais vulneráveis a pandemia e às consequências sociais, econômicas e de saúde dela decorrentes^{1,5}.
- 4) Avaliação e comunicação sistemática e permanente sobre a epidemia, sobre a capacidade da rede de atenção à saúde para responder às necessidades de cuidado e sobre a capacidade da vigilância em saúde para detectar e monitorar os casos suspeitos e seus contatos nos territórios, produzindo e divulgando informações que orientam as ações de cuidado e as políticas de distanciamento social adequadas e pertinentes nas diferentes situações¹².
- 5) Processos de comunicação, educação, mobilização e participação da população, organizações comunitárias e instituições, como tarefa intersetorial, em todos os pontos da rede em cada território, em especial a atenção básica, tendo em vista:
 - a. O engajamento comunitário na prevenção, na proteção e nos cuidados individuais e coletivos;
 - b. A produção e divulgação de conteúdo e articulação das diferentes mídias para garantir comunicação ágil, transparente e articulada sobre a pandemia e as ações de cuidado pertinentes a cada situação;
 - c. A identificação ágil dos casos suspeitos, dos casos confirmados e de seus contatos;

- d. A orientação sobre os cuidados, a necessidade de isolamento e o acesso aos serviços conforme suas necessidades;
- e. O monitoramento e a superação das informações falsas, ambíguas e enganosas;
- f. A identificação de outras demandas que surjam como consequência da pandemia nos territórios;

Essas medidas de saúde coletiva visam reduzir ou suprimir a transmissão da COVID-19. As estratégias em cada território devem considerar a realidade local, sendo mobilizadas a qualquer tempo e em diferentes intensidades, a depender da existência de transmissão comunitária, de grupos de casos, de casos esporádicos ou inexistência de casos, e da capacidade do sistema de saúde para identificar os casos, evitar a transmissão e garantir o cuidado das pessoas¹².

Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde, transversal a todos os pontos de atenção e, em especial, articulada com a atenção básica, é fundamental para a formulação das políticas públicas e a implementação de medidas voltadas à redução da transmissão da COVID-19 e à ampliação da oferta de cuidados das pessoas. Isso porque envolve não somente a coleta e a sistematização de informações essenciais para a análise da situação de saúde, mas também a identificação e a comunicação oportuna dos casos suspeitos, confirmados e descartados, bem como o registro das internações e das mortes em decorrência da doença. Além disso, envolve também o controle das condições de risco nos territórios e nos ambientes de trabalho, inclusive daquelas resultantes da circulação e aglomeração de pessoas¹².

As respostas dos sistemas de saúde são qualificadas e a transmissão da COVID-19 é reduzida com ações oportunas e ágeis de vigilância que identifiquem, testem, isolem e cuidem dos casos da doença e dos seus contatos em cada território¹⁹. Segundo a OMS, considerando a existência de transmissão comunitária do vírus Sars-Cov-2, há que se estabelecer mecanismos para a identificação rápida de casos suspeitos em toda a população. As redes de vigilância precisam adotar sistemas de vigilância ativa rápida que

abranjam toda a população. Para além da identificação dos casos nos serviços de saúde, há que se construir estratégias e ferramentas que possibilitem que a população, em geral, e os trabalhadores, em especial, sejam capacitados para desenvolver ações de vigilância comunitária e autovigilância. É fundamental que as pessoas possam identificar, a partir de sinais e sintomas, casos suspeitos ou contatos de casos confirmados, que devem ser preferencialmente submetidos a testes para confirmação de casos. Na eventual ausência de exames, os casos suspeitos podem ser confirmados com base em critérios clínicos ou epidemiológicos¹⁰.

Para tanto, cabe não somente a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância ambiental e de saúde do trabalhador, mas também o incremento das equipas e das ações de vigilância em saúde, tendo em vista:

- 1) Formular e implementar políticas, estratégias e ações de identificação, notificação, testagem, isolamento, acompanhamento e cuidados dos casos da COVID-19, adequadas à realidade de cada território, considerando as normativas nacionais, a situação local de transmissão da doença, a disponibilidades de exames e a capacidade de realizá-los no território²⁰;
- 2) Definir, implementar e divulgar as estratégias de primeiro contato das pessoas com casos suspeitos de COVID-19 em cada território, sejam elas por telefone, pela internet ou de forma presencial;
- 3) Coordenar as ações com os demais pontos da rede de atenção à saúde, públicos ou privados, considerando a vigilância uma ação transversal a todos os serviços, com ênfase para a oportuna articulação com a atenção básica em cada território;
- 4) Organizar sistemas de informação e comunicação voltados para a identificação e notificação rápida dos casos suspeitos e para a divulgação ágil da situação de saúde nos territórios, articulando pessoas e comunidades para apoiar as unidades de atenção, em geral, e as unidades de atenção básica, em particular, na realização de medidas de isolamento e de cuidados individuais e coletivos com vistas ao acompanhamento das pessoas, às respostas a

suas necessidades e à redução da transmissão em cada território;

- 5) Articular e coordenar a vigilância laboratorial e a testagem com diferentes métodos, definindo critérios de uso, prioridades e estratégias para ampliar a capacidade e a agilidade de confirmação de casos, considerando a realidade local de acesso aos meios diagnósticos;
- 6) Propor e articular, com os diversos pontos da rede de atenção, diferentes estratégias para coleta e processamento dos diagnósticos dos casos suspeitos e contatos: coleta domiciliar, drive-thru, farmácias privadas (que estão autorizadas a realizar testes rápidos), serviços de primeiro contato de casos suspeitos, serviços de triagem de sintomáticos respiratórios territorializados, rede de laboratórios públicos e privados, serviços hospitalares etc.;
- 7) Formular medidas de prevenção, proteção e redução da transmissão voltadas aos trabalhadores e aos usuários de estabelecimentos comerciais e de serviços, em geral, com ênfase para os serviços essenciais, asilares e prisionais, que possam ser implementadas por meio de ações de comunicação, educação e fiscalização;
- 8) Monitorar e identificar rapidamente os surtos nos ambientes de trabalho, instituições asilares e nos territórios, de modo a implementar medidas de isolamento, de controle da transmissão e de cuidados adequados à realidade.

Serviços para o primeiro atendimento

É fundamental organizar, em cada território, as estratégias e os serviços responsáveis pelo primeiro atendimento, considerando a gravidade do quadro clínico. Para isso, devem ser estabelecidos os pontos de acesso e os fluxos efetivos para o cuidado, com a realização de triagem e de encaminhamentos direcionados, conforme a gravidade, dos casos de síndromes gripais, dos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 e dos respectivos contatos, assim como dos casos referentes a outras necessidades de saúde nos territórios^{1,5}.

Trata-se da implementação de equipas dedicadas e preparadas para a comunicação com a população

em geral e para o atendimento dos casos suspeitos da COVID-19 em cada território. Esses pontos de atenção devem ser estabelecidos considerando as necessidades, as capacidades instaladas e as possibilidades de atenção, conforme a garantia de isolamento para proteção tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços de saúde. Devem considerar também a diversidade dos casos: assintomáticos, leves, moderados, graves ou críticos.

Dentre as possibilidades de serviços que acolham os usuários e suas demandas por informação e cuidado, em especial aqueles com sinais e sintomas indicativos da COVID-19, cabe destacar:

- **Serviços telefônicos, on-line e aplicativos**

São dispositivos de telessaúde que, considerando as características de transmissibilidade da COVID-19, devem ser priorizadas nos territórios. Diminuir a circulação das pessoas contribui para o controle da epidemia, de modo que organizar o atendimento através de estratégias de telecomunicação propicia o cuidado das pessoas e a proteção e segurança das mesmas e dos trabalhadores de saúde. Essas estratégias têm o duplo objetivo de propiciar o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e de garantir o acompanhamento e monitoramento das pessoas em situação de isolamento domiciliar. O desenho da linha de cuidado e sua publicização contribuem para que, a partir do primeiro contato, os trabalhadores dos serviços de teleatendimento tenham as informações necessárias para o encaminhamento dos casos.

- **Serviços de testagens**

Dentre as estratégias para o controle da epidemia, destaca-se a necessidade de testar e confirmar os diagnósticos da COVID-19 para identificar a propagação da doença nos territórios e propiciar as condições de isolamento e cuidado das pessoas^{1,5,12}. Uma estratégia para implantação da linha de cuidado consiste em organizar processos e serviços de testagem adequados à realidade e associados aos serviços de telessaúde, de vigilância em saúde e de atenção básica, visando diminuir a circulação das pessoas com casos suspeitos e minimizar a possibilidade de transmissão da doença nos territórios. Para tanto, podem ser utilizados serviços de drive-thru, farmácias

privadas e serviços de coleta domiciliar de exames etc.

- **Serviços presenciais de acolhimento, triagem e cuidado**

Devem ser definidos e implementados pontos de atenção presenciais de primeiro contato das pessoas que tenham síndromes gripais ou sejam identificadas como casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, de acordo com a realidade local. Para isso, podem ser utilizadas: unidades específicas de triagem, unidades de atenção básica/estratégias de saúde da família, urgências e emergências pré-hospitalares e hospitalares.

A organização dos pontos de entrada ao primeiro acesso das pessoas precisa ser definida e construída em cada território, sendo fundamental o pacto e a explicitação das responsabilidades, dos fluxos de comunicação e de continuidade do cuidado para garantir a resposta às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, é fundamental garantir o isolamento e a proteção dos trabalhadores de saúde e de todos os usuários dos serviços de acolhimento.

Atenção Básica

Para o enfrentamento da pandemia é fundamental resgatar e apoiar a centralidade e o protagonismo da atenção básica no cuidado das pessoas nos territórios^{9,21,22}. A atenção básica, como porta de entrada preferencial de acesso ao sistema de saúde, deve se caracterizar pela atuação ativa nos territórios junto às populações e suas organizações, através do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, de modo a abranger um amplo conjunto de estratégias e práticas para o cuidado dos usuários, conforme suas necessidades²³ de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação ou cuidados paliativos²⁴. As unidades de atenção básica e as estratégias de saúde da família, relacionadas e articuladas aos demais componentes da linha de cuidado da COVID-19, contribuem para o acesso e a continuidade do cuidado oportuno e qualificado, em especial pelo vínculo com a população adscrita.

É fundamental, para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, que os serviços

compreendam a forma como indivíduos e coletividades produzem e reproduzem suas condições de existência. Diversas experiências têm demonstrado que intervenções territoriais dos sistemas de saúde têm contribuído para o controle da pandemia, para a diminuição da propagação da COVID-19, para a oferta do cuidado oportuno conforme as necessidades das pessoas e para a diminuição do número de mortes.

No contexto de proliferação da COVID-19, as equipes que compõem a atenção básica (Unidades Básicas de Saúde/Estratégias de Saúde da Família) necessitam estar amparadas para responder às necessidades em saúde dos seus territórios de atuação por meio das seguintes práticas:

- 1) Articulação e desenvolvimento de ações de educação popular e de mobilização e participação da comunidade para propor e implementar:
 - a. Medidas de promoção, prevenção e cuidado com base nas realidades e necessidades dos territórios, com vistas à diminuição da propagação da COVID-19 através do distanciamento social;
 - b. Ações de higiene e proteção individuais e coletivas;
 - c. Medidas de identificação ágil de casos suspeitos e isolamento dos casos suspeitos, dos casos confirmados e de seus contatos;
 - d. Acolhimento, triagem e busca ativa de sintomáticos respiratórios;
 - e. Coleta e testagem domiciliar e nos serviços;
 - f. Notificação dos casos, orientação e articulação das condições de isolamento para as pessoas e seus contatos nos territórios;
 - g. Identificação oportuna das pessoas com complicações e agravamento; e
 - h. Encaminhamento de pessoas aos demais pontos de atenção¹¹.
- 2) Identificação e monitoramento de grupos vulneráveis e manutenção do atendimento das demandas agudas, crônicas agudizadas e crônicas do território nas unidades básicas de saúde e na atenção domiciliar;
- 3) Resposta, de forma articulada e intersetorial, às adversidades causadas pelo isolamento social prolongado (violência, transtornos mentais, precarização econômica e demais necessidades em saúde decorrentes da pandemia)¹¹;
- 4) Identificação prévia, proposição e desencadeamento de ações de prevenção nos locais com maior risco de infecção e possibilidade de desencadeamento de surtos nos territórios, através do compartilhamento de saberes entre os trabalhadores das equipes de atenção básica e as comunidades acerca do território e da população adscrita;
- 5) Implantação de estratégias para apoio, orientação e acompanhamento contínuo, durante todo o período de atendimento domiciliar, dos casos suspeitos e dos confirmados não agudizados de COVID-19 e de seus contatos até a completa resolução dos sintomas²⁵, por meio de teleconsulta e telemonitoramento, de forma articulada com os serviços de vigilância epidemiológica e os demais serviços de referência no território;
- 6) Educação e articulação da participação da comunidade na implementação das medidas de prevenção, identificação ágil de casos suspeitos e isolamento dos casos suspeitos, dos casos confirmados e de seus contatos¹¹;
- 7) Organização e execução das campanhas vacinais para influenza e outras doenças, com medidas avançadas de controle de infecção, levando em consideração critérios de risco e vulnerabilidade (idosos, gestantes, profissionais de saúde, trabalhadores de serviços essenciais, etc.), nos domicílios ou através de drive-thru em locais públicos;
- 8) Apoio psicossocial aos usuários através de acompanhamento, preferencialmente por teleatendimento, quando identificadas crises e situações de vulnerabilidade ou agravamento em sofrimento psíquico.

As ações da atenção básica caracterizam-se pelo poder de indução às ações dos demais pontos de atenção, como promoção e prevenção, vigilância em saúde, identificação de necessidades e cuidado da população. As tecnologias relacionais, porque implicam o vínculo, a escuta e a responsabilização sobre as necessidades individuais e coletivas que se apresentam no cotidiano, fazem com que a atenção básica tenha um papel protagonista na coordenação do cuidado nas redes de atenção, contribuindo para o aprimoramento da linha de cuidado da COVID-19 em sua integralidade. Quanto mais atentas e resolutivas forem as equipes de atenção básica em responder às

necessidades de saúde dos territórios, maiores serão a possibilidade de acesso, a qualidade e a articulação efetiva da linha de cuidado.

Serviços de Acolhimento

Serviços de acolhimento são indispensáveis para a garantia das condições de isolamento e cuidado de pessoas identificadas como casos suspeitos, casos confirmados, tanto assintomáticos quanto sintomáticos leves e seus contatos. São fundamentais, também, para a proteção dos trabalhadores da saúde sem condições de isolamento domiciliar devido à condição social ou de trabalho^{1,5}. Para esse fim, podem ser utilizados hospitais de pequeno porte, hotéis, albergues, organizações comunitárias, escolas, clubes etc.

Estes têm como propósito acolher as pessoas, reduzir a transmissão comunitária e prestar os cuidados necessários àquelas que necessitam. São dirigidos não somente às pessoas identificadas como casos suspeitos, assintomáticos ou com sintomas leves, ou como casos confirmados, por testes ou por sinais e sintomas, mas também aos trabalhadores da saúde diretamente implicados com o atendimento de casos da COVID-19. Trata-se de ofertar, conforme a realidade local, uma resposta à incapacidade das pessoas em suprir suas necessidades básicas e garantir as condições de isolamento e proteção dos familiares e dos demais moradores nos seus domicílios. Dentre as principais funções desses serviços, destacam-se^{1,5}:

- 1) Garantir instalações adequadas para assegurar as condições de isolamento, de modo a reduzir as possibilidades de transmissão;
- 2) Oferecer apoio psicossocial durante a quarentena, uma vez que se trata de um período estressante, em que a vida das pessoas é praticamente interrompida;
- 3) Atender às necessidades básicas de subsistência e às demandas por acompanhamento e cuidado, conforme as especificidades;
- 4) Proporcionar o encaminhamento, em tempo oportuno, das pessoas que demandam cuidados, conforme a gravidade dos casos.

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

Para a atenção e o deslocamento das pessoas aos serviços de referência nos territórios, conforme as necessidades locais, é indispensável a articulação entre a rede de serviços e a rede de atenção pré-hospitalar, incluindo o SAMU-192, o transporte sanitário e as ambulâncias.

Numa região de saúde, as necessidades de cuidado das pessoas serão respondidas em serviços distintos. Por isso, é necessário garantir o deslocamento dos usuários, do seu local de moradia ou dos serviços de acolhimento e de primeiro contato para os serviços de referência, conforme a gravidade dos casos. Há que se considerar a especificidade das demandas, sobretudo quanto às garantias de segurança e proteção dos trabalhadores, de controle da transmissão e de atenção requerida em cada caso.

Central de Regulação de Leitos e Internações

A centralização da regulação das demandas por atendimento e da oferta de leitos de internação por COVID-19 nos estados tem sido preconizada como a estratégia mais adequada para garantir a atenção em tempo oportuno às pessoas que demandam cuidados em regime de internação e com maior densidade tecnológica. Trata-se de organizar o cadastro de leitos de toda a rede de atenção em condições de atender às pessoas que apresentam sintomas moderados, graves e críticos da COVID-19, mapear e articular a comunicação entre as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Prontos-Socorros (PS) e os Hospitais com recursos disponíveis para esse cuidado (serviços executantes) e os pontos de primeiro atendimento que demandarão encaminhamentos dos casos (serviços e profissionais solicitantes). Para isso, são necessários protocolos, fluxos, sistemas de informação e equipes de regulação¹¹.

Para garantir agilidade e acesso ao cuidado das pessoas que demandam atenção hospitalar, é preconizada a centralização das informações necessárias à regulação da demanda por internação e da oferta de leitos, integrando os sistemas públicos e privados, de tal forma que o uso da capacidade instalada tenha por base as necessidades em saúde e a gravidade dos casos¹¹.

Esse processo pressupõe que as centrais de regulação dos leitos nos territórios estejam em funcionamento e que as demais unidades de atendimento da linha de cuidado, principalmente aquelas com capacidade para atender os casos graves e críticos, tenham organizado núcleos internos de regulação. Cabe destacar que esse processo implica articular a regulação e o acesso ao atendimento dos casos da COVID-19 e das demais demandas, de forma a garantir o acesso ao conjunto das necessidades em saúde.

Atendimento pré-hospitalar fixo e hospitalais

As necessidades de cuidado dos casos moderados, graves e críticos da COVID-19 pressupõem internação e atendimento especializado. Para tanto, é fundamental a organização, em cada território, dos diferentes serviços —Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos-Socorros, Hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI)— a serem disponibilizados e/ou ampliados como referência para o cuidado das pessoas que demandam atendimento de maior densidade tecnológica¹¹.

A atenção hospitalar é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) constituído pelas unidades com capacidade de internação. Admitindo que 40% dos casos da covid-19 são moderados, 15% são graves e 5% são críticos^{1,5}, as demandas por leitos de internação e por leitos de unidades de terapia intensiva serão consideráveis durante a pandemia, em especial na ausência de políticas que visem a redução da transmissibilidade na comunidade.

Atualmente, o processo gerencial do hospital apresenta o importante desafio de articular uma série de atos cuidadores individuais —diversos, especializados e fragmentados— para produzir um cuidado de qualidade, eficaz e coordenado através da construção interna da linha de cuidado²⁶. Para atenção à COVID-19, faz-se necessário separar as capacidades instaladas, as equipes e os fluxos de triagem, de atendimento e de exames diagnósticos das pessoas com sintomas respiratórios e daquelas identificadas como casos suspeitos da COVID-19. Trata de garantir hospitais, salas, unidades e/ou partes do edifício, com plantas separadas e condições de isolamento para ampliar a proteção e

reduzir os riscos de transmissão dos trabalhadores de saúde e dos demais usuários dos serviços.

Conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, os hospitais que compõem a RAS devem ter acesso regulado para atendimento à demanda referenciada e/ou espontânea e estar vinculados a uma população de referência com base territorial definida²⁷. Considerando a extensão territorial e as diferenças regionais do país, a linha de cuidado da COVID-19 deve ser constituída através da articulação das ações e serviços disponíveis nas regiões de saúde. No caso da oferta de internações e cuidado de maior densidade tecnológica, há que se estabelecer referências considerando a capacidade de responder à gravidade dos casos nas Unidades de Pronto Atendimento, nos Prontos-Socorros e nos Hospitais existentes no território.

Para prestação de serviços de internação no contexto de enfrentamento à infecção pela COVID-19, sugere-se que os gestores e as equipes construam as linhas de cuidado no interior dos serviços e (re)organizem processos de trabalho e fluxos assistenciais, para as seguintes ações e estratégias:

- 1) Elaborar plano de resposta/contingenciamento para preparar o hospital para atender, de forma coordenada, aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, engajando as equipes e as lideranças nos processos de trabalho pactuados² sobre: planejamento do itinerário dos pacientes e trabalhadores; definição de áreas restritas e de isolamento, com todos os recursos e insumos necessários; ações de segurança, controle de infecção e necessidade de equipamentos de proteção individual (EPIs); fluxos e protocolos; ações de diagnóstico e vigilância dos casos.
- 2) Estabelecer fluxos e protocolos com base nas melhores evidências científicas, para as diferentes áreas e setores do serviço, considerando as especificidades das demandas de triagem, acolhimento, manejo clínico e/ou cirúrgico, recuperação, alta e cuidados pós-alta, bem como as necessidades de continuidade do cuidado para a população de referência, em conformidade com as pactuações regionais e com as pactuações da rede de saúde local efetivada na linha de cuidado.

- 3) Garantir equipe e insumos necessários para o cuidado dos pacientes conforme a gravidade, com destaque para os quadros de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), necessidade de diálise, oxigenoterapia, ventilação mecânica ou transição do cuidado para hospitais com leitos de UTI em caso de necessidade²⁸.
- 4) Planejar estratégias para contexto de superlotação do serviço:
 - a. Reavaliar pacientes hospitalizados e identificar possíveis altas ou possibilidades de cuidado em outros serviços;
 - b. Expandir a capacidade hospitalar para casos graves e críticos;
 - c. Acionar leitos de retaguarda em locais de assistência alternativos (equipes médicas de emergências, hospitais móveis etc.)²⁹.
- 5) Adotar ferramentas de comunicação intra, inter e extra-hospitalar, a fim de garantir que:
 - a. Os trabalhadores tenham acesso aos fluxos e processos de trabalho pactuados e possam agir com autonomia e de forma otimizada;
 - b. Os serviços de regulação tenham conhecimento do contexto hospitalar em tempo real (capacidade instalada e ocupação dos leitos, tecnologias de cuidado, fluxos de acesso etc.);
 - c. A população tenha acesso a informações de saúde que auxiliem na tomada de decisão para busca pelos serviços de saúde locais;
 - d. As equipes e a gestão emitam informações coesas e de forma transparente.

Os hospitais são locais de intervenção em saúde, conforme necessidades singulares do paciente³, da população local ou referenciada. Planejar e implementar mudanças no processo de trabalho em saúde, visando a qualidade dos serviços, a capacitação dos profissionais e a garantia de insumos e infraestrutura, são estratégias fundamentais para o enfrentamento da pandemia e para a resolutividade do sistema de saúde.

Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar inclui a identificação de casos e a avaliação das condições de isolamento, de segurança, de acesso às necessidades básicas e de cuidado em saúde na residência das pessoas. Pode ser realizada pelas equipes de atenção básica, com recursos de telessaúde ou pelos serviços de

atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa. Trata-se de garantir o cuidado não somente das pessoas identificadas como casos suspeitos ou confirmados da doença, assintomáticos ou sintomáticos leves, mas também das pessoas no pós-alta hospitalar que apresentem necessidades e demandas específicas.

Esse tipo de atenção inclui a identificação e o acompanhamento de casos suspeitos, de casos confirmados e de seus contatos, bem como a avaliação das condições de isolamento, segurança, acesso às necessidades básicas e cuidado em saúde no domicílio, devendo também abranger os moradores de rua e outras pessoas em situação de vulnerabilidade social em cada território. São ações tradicionalmente realizadas pelas equipes de atenção básica. No entanto, há que se considerar a possibilidade de mobilização e articulação dos serviços de atenção domiciliar com programas como o Melhor em Casa, em especial para as pessoas no pós-alta hospitalar que apresentem demandas específicas de cuidado²⁵.

Cuidado em Situação de Óbito

Trata-se de articular, em cada território, quando necessário, os serviços de declaração de óbito domiciliar com os serviços funerários, de acolhimento e de acompanhamento da família.

Reabilitação

É necessário identificar e organizar serviços de reabilitação na rede de atenção para a continuidade do cuidado, uma vez que há demandas específicas para as pessoas que tiveram casos graves e críticos de COVID-19, após a alta de UTI e hospitalar, mas sobretudo considerando os recentes estudos que apontam para a persistência de sintomas e complicações em pessoas após a fase aguda da infecção pela COVID-19.

Proteção Física e Psicossocial dos Trabalhadores da Saúde

É fundamental reconhecer a possibilidade, a necessidade e a viabilidade, em cada território, da

organização de uma linha de cuidado da COVID-19 para os trabalhadores de saúde, considerando a pertinência de cuidado e apoio destes que são um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pandemia e que têm enfrentado maiores riscos físicos e psicossociais. Trabalhadores e trabalhadoras de saúde fragilizados e adoecidos impossibilitam a manutenção e a garantia do cuidado das pessoas e o funcionamento das redes de atenção. Há que se organizar a vigilância e a produção de informações para esse público, assim como pontos de atenção, ações e fluxos de monitoramento, de identificação, testagem, cuidado e apoio que atendam às especificidades e garantam a proteção física e psicossocial dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde, fundamentais para a manutenção do trabalho^{29,30}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de linhas de cuidado é um processo dinâmico que pressupõe a articulação e pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Tem como base o conhecimento produzido e compartilhado tanto das necessidades em saúde quanto das capacidades de respostas nos territórios. Implica a (re)organização de processos de gestão, participação e educação permanente que, articulados, contribuam para os percursos seguros e resolutivos de cuidado dos usuários em cada ponto e na rede de atenção. Estes são variáveis no tempo e no espaço se efetivamente comprometidos com as necessidades das pessoas e suas singularidades e com as particularidades dos territórios.

O movimento de (re)construção da linha de cuidado é um dispositivo que ativa e reforça a reorganização dos processos de trabalho, as redes de atenção à saúde, possibilitando a comunicação, a aprendizagem e a participação. Cabe aos departamentos de gestão do trabalho e educação dos três entes federados articularem ações que possam contribuir para a disponibilidade da força de trabalho adequada, em quantidade, competências e habilidades, para responder às necessidades de cuidado nos pontos de atenção da linha de cuidado desenhada em cada território.

No caso da resposta à pandemia da COVID-19, esse processo terá ainda maior dinamicidade,

considerando que há muito a se aprender e a se produzir, em especial conhecimentos e tecnologias, tanto sobre a doença e as formas de sua prevenção e cuidado, quanto sobre as respostas dos sistemas de saúde e dos serviços, considerando a diversidade das realidades. O desenho das linhas de cuidado e das ações a serem desenvolvidas serão diferentes, considerando a capacidade e o contexto de cada território, município e estado, bem como a intensidade e a prevalência da transmissão local da COVID-19.

Há que se considerar que a resposta à maior crise de saúde já vivenciada no Brasil e no mundo também seja mobilizadora da articulação, da criatividade e do protagonismo para a superação das fragmentações, dos vazios assistências, das iniquidades e das desresponsabilizações que comprometem a resposta do SUS às necessidades de saúde das pessoas nos territórios. Que as ações desencadeadas, os serviços criados e ampliados, as tecnologias desenvolvidas e as práticas profissionais que desenvolvermos sejam um legado para a rede de atenção à saúde como um todo, mas sobretudo para a ampliação da resolutividade e do acesso na atenção básica e nas redes de atenção nos territórios. O propósito maior da linha de cuidado da COVID-19, aqui apresentada, é contribuir para a construção do SUS, de acordo com os princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social.

REFERÊNCIAS:

- ¹ WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 28/11/2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
- ² Ceccim RB, FERLA AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. Em: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** / Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. P. 165-184.
- ³ Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Em: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. P. 199-212.
- ⁴ Ferla A, Martino A, Merhy EL, Baptista GC, Schweickardt JC, Nicoli MA, Pereira MGA, Ferreira MR, Orozco-Valadares MA, Ceccim RB, Franco TB. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.
- ⁵ OMS. Organización Mundial de la Salud. **Actualización de la Estrategia Frente a la COVID-19**. 14 de abril de 2020. Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10. Acessado em: 15 de maio de 2020.
- ⁶ Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
- ⁷ Padilla M. Dimensionamiento de la fuerza laboral sanitaria: gestión en acción y territorios en diálogo. Em: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, Ferla AA. (Org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. P. 8-10. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>
- ⁸ Possa LB, Ferla AA, Trepte RF, Gosch CS. Movimentando a gestão do trabalho: o planejamento da força de trabalho como exercício de diálogo entre a modelagem tecnoassistencial e a saúde nos territórios. Em: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, Ferla AA. (Org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. P. 11-16. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>
- ⁹ CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>. Acessado em 11 de maio de 2020.
- ¹⁰ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19**. Recomendações para a Região Europa da OMS Sumário de políticas (1º de abril de 2020). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52088>.
- ¹¹ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID-19**. Versão 1.0, março 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y Acessado em 16 de maio de 2020.
- ¹² OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resposta à transmissão comunitária de COVID-19: Orientação provisória**, 7 de março de 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51983/OPASBRACOV1920038_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acessado em: 16 de maio de 2020

¹³ Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, sept. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acessado em 15 May 2020.

¹⁴ MERHY, Emersom Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

¹⁵ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à COVID-19, 6 de maio de 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52158/OPASBRAHSSHRCOVID19200011_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em 20 de maio de 2020.

¹⁶ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. Preguntas frecuentes para la gestión de los trabajadores de salud como respuesta a la COVID-19, 9 de mayo de 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52114/OPSHSSHRCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em: 15 de maio de 2020.

¹⁷ Brasil. **Portaria 639, de 31 de marco de 2020**.

¹⁸ Rede Covida, Ciência, Informação e Solidariedade. **Boletim CoVida - Pandemia de Covid-19**. A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia Covid-19. Edição 05. Maio de 2020. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

¹⁹ Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, Codeço CT. **Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva**. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=999. Acessado em: 15 de maio de 2020.

²⁰ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Considerações sobre a investigação de casos e aglomerados de casos (clusters) da COVID-19**. Orientação Provisória, 13 de março de 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51967/OPASBRACOV1920022_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em: 16 de maio de 2020.

²¹ Oliveira PVB et al. **O cuidado em território salva vidas**: considerações sobre a atenção básica elaboradas pela coordenação do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadoras(es) da Área de Saúde – FENTAS para o contexto de pandemia. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/o-cuidado-em-territorio-salva-vidas-consideracoes/>. Acessado em 21 de maio de 2020.

²² Sarti TD et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acessado em 21 de maio de 2020.

²² Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 3, pp. 861-870. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acessado em 20 de maio de 2020.

²³ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa – Atenção primária à saúde**. Atualizada em janeiro de 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acessado em 21 de maio de 2020.

²⁴ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Atendimento domiciliar para pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), que apresentam sintomas leves e manejo de contatos**. Orientação temporária 04 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=atendimento-domiciliar-para-pacientes-com-suspeita-de-infeccao-pelo-novo-coronavirus-2019-ncov-que-apresentam-sintomas-leves-e-manejo-de-contatos&Itemid=965. Acessado em 20 de maio de 2020.

²⁵ Merhy EE, Cecílio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev Saúde em Debate** 2003; 22(64):110-122.

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes

para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acessado em 21 de maio de 2020.

²⁷ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações para atendimento em situação de pico de demanda por cuidados médicos e alocação de equipes médicas de emergência**. Documento preliminar - Versão 2. 31 de março de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52013>. Acessado em 20 de maio de 2020.

²⁸ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações técnicas para a escolha de locais alternativos para atendimento de saúde**. Versão 2.2, 22 de abril de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52071>. Acessado em 20 de maio de 2020.

²⁹ CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020**. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>

³⁰ CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 056, de 26 de agosto de 2020**. Recomenda a adoção de medidas de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1338-recomendac-a-o-n-056-de-26-de-agosto-de-2020>

Como citar:

Possa LB, Padilla M, Plentz LM, Gosch CS, Ferla AA. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2). 10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g566

Recebido em: 20/10/2020

Aprovado em: 21/12/2020