



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

**El territorio invita (CONVIDa) a reexistir: ensayos y relatos sobre las respuestas a la pandemia en los puntos de atención de los territorios donde la vida acontece**

DOI: 10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g577

**ARTÍCULO ESPECIAL**

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

## **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**

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

**Lisiane Bôer Possa<sup>1</sup>**

(ORCID: 0000-0002-7451-8932)

**Monica Padilla<sup>2</sup>**

(ORCID: 0000-0002-1079-9608)

**Luiza Maria Plentz<sup>3</sup>**

(ORCID: 0000-0001-8647-7923)

**Cristiane Scolari Gosch<sup>2</sup>**

(ORCID: 0000-0001-8647-7923)

**Alcindo Antônio Ferla<sup>4</sup>**

(ORCID: 0000-0002-9408-1504)

### **Afiliación institucional:**

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

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

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Autor para correspondencia:**

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

### **Contribución de los autores:**

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

### **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.

### 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.

## INTRODUCCIÓN

La crisis social y sanitaria a que está asociada la COVID-19 se volvió visible en el planeta con el rápido avance de la pandemia. En menos de un año, se difundió por todos los países del mundo, produciendo cambios expresivos en el modo de vida y en la movilidad de las personas, provocando más de 65 millones de casos confirmados de la enfermedad y 1,5 millón de muertes<sup>1</sup>. Frente a la magnitud y a la gravedad de la situación y, sobre todo, frente a divergencias discursivas y de orientación entre autoridades y expertos, reflexionar acerca del trabajo en salud y su relación con la ciencia y la tecnología es un ejercicio urgente e impostergable. En este artículo, en la forma de un ensayo teórico, nos ocuparemos de reflexionar acerca de un dispositivo que se ha propuesto como innovación para la organización de la atención en algunas producciones en el campo de la salud<sup>2, 3</sup>, con el objetivo de subsidiar el desarrollo de tecnologías para organizar el trabajo en el enfrentamiento a la pandemia, pero, también, para calificar la gestión de la rutina diaria del cuidado en salud.

La proposición de acciones de gestión del trabajo y de la educación en salud para configurar “la línea de cuidado en COVID-19” tiene el objetivo

inmediato de apoyar administradores y trabajadores en el enfrentamiento a la emergencia sanitaria. La diversidad de contextos en los cuales se desarrolla el enfrentamiento a la pandemia en los diferentes países y lugares y la urgencia con que nuevas propuestas son requeridas, por las características propias de la evolución de la pandemia y de sus consecuencias sociales y sanitarias, hace con que sea necesario expandir las capacidades locales de gestión del cuidado<sup>4</sup>, en movimientos rápidos que, simultáneamente, caminen en ambas direcciones. La primera es optimizar las capacidades de infraestructuras y de fuerza laboral, sintetizando evidencias de la ciencia y de la vida cotidiana, y producir ajustes rápidos para ampliar el acceso, neutralizar la *infodemia*, mitigar los efectos de la pandemia, ampliar la seguridad de la población y de los trabajadores de la salud y demás áreas esenciales<sup>5</sup>. La segunda es anticipar iniciativas para monitorear y ayudar a las personas con secuelas de la enfermedad y acumular conocimientos para calificar las respuestas futuras de los sistemas de salud. La variable central para la línea de cuidado es el trabajo y el modo como ocupa los diferentes puntos de atención en un determinado territorio y

de qué manera esos puntos se articulan con él. Se incluye aquí el aprendizaje que el trabajo complejo como el de la salud genera para los trabajadores e instituciones<sup>6</sup>, considerándose la relevancia estratégica de la fuerza laboral para la producción de salud<sup>7</sup> y la necesidad de innovar en la gestión local del trabajo<sup>8</sup>.

La estrategia de línea de cuidado es relativa a las formas de organización del trabajo de atención y de gestión en los territorios, siempre complejos y movedizos, para el cuidado con calidad y ecuánime a las personas y colectividades, estén ellas enfermas por causa de la COVID-19, contaminadas o en riesgo de contaminación por el SARS-COV-2. La proposición de líneas de cuidado se refiere a la calificación del trabajo cotidiano de los equipos, a las formas de gestión del trabajo, a las articulaciones de los servicios y puntos de atención sanitaria y psicosocial en un determinado territorio y a las iniciativas que deben y pueden ser creadas localmente<sup>2</sup> para el enfrentamiento a la pandemia.

La respuesta al cuidado de la población en consecuencia de la COVID-19, también apunta a la urgencia de reorganizar las acciones intersectoriales en las redes de atención a la salud y, sobre todo, en los modos como se realiza el trabajo de los equipos en los territorios para atender a las demás necesidades en salud y asegurar la continuidad de los servicios esenciales. En particular, han sido previstas medidas sociales y de salud colectiva que tienen por objetivo la reducción de la transmisión y el control de brotes, posibilitando la oferta de cuidados calificados y ecuánimes. También tienen por objetivo evitar la sobrecarga de los servicios y minimizar la mortalidad resultante de la COVID-19 (y de otras causas) por medio del acceso seguro y continuado a los servicios y acciones de salud, así como un conjunto de iniciativas de apoyo psicosocial a las personas y colectividades, incluso a los propios trabajadores de la salud<sup>5,9,10,11,12</sup>. El enfoque de líneas de cuidado tiene énfasis en la dimensión micropolítica del trabajo, especialmente en los modos como es administrado y se organiza en los diferentes puntos de atención, sin cualquiera oposición a las iniciativas de prospección y/o incremento de la infraestructura de los servicios, pero, en cambio, en articulación con ellas. No se trata, por lo tanto, de una iniciativa centrada en redes de atención, al menos en el constituyente *fijo*

de la capacidad instalada de servicios, y tampoco en los itinerarios terapéuticos, que tienen énfasis en los recorridos singulares de cada usuario. Se trata de reflexionar sobre el intersticio que separa los servicios de salud de un territorio y la capacidad instalada en ellos y los recorridos por los cuales los usuarios tienen que pasar para satisfacer sus necesidades de salud.

El conocimiento actualmente disponible sobre la COVID-19, incluso por el hecho de que no existen vacunas aprobadas y tratamientos eficaces, fortalece la necesidad de respuestas territoriales de enfrentamiento y mitigación de las consecuencias de la pandemia sobre la vida y la salud, así como dificulta el mantenimiento del cuidado de las demás demandas de salud. En ese contexto, es necesaria la estructuración de respuestas específicas, oportunas y ágiles, que consideren la gravedad de la pandemia, las capacidades locales, las especificidades que envuelven las vidas en cada territorio y la importancia de la superación de desigualdades sociales y de cuidado en salud que agravan los efectos y son agravadas por la pandemia<sup>11,13</sup>. Se trata aquí de construir estrategias organizacionales que optimicen la capacidad instalada y favorezcan recorridos más ágiles y efectivos para los usuarios.

En este ensayo focalizamos estrategias para la gestión del trabajo y de la educación a fin de organizar líneas de cuidado de la COVID-19 en diferentes territorios. El despliegue de líneas de cuidado es una estrategia de organización del trabajo en la rutina diaria de los servicios, conectando acciones intersectoriales en las redes de atención a la salud, generando condiciones para recorridos seguros, ágiles y resolutivos para los usuarios, sean personas, sean colectividades, en sus itinerarios de cuidado para prevenir, tratar y recuperarse de las secuelas de la enfermedad<sup>2,13</sup>, específicamente en lo que se refiere a pactar y reinventar, en cada territorio, el ámbito de acción de los servicios, de las prácticas profesionales y los flujos del cuidado que respondan a la diversidad de las necesidades de salud de las personas. Como se ha dicho anteriormente, no se trata de una oposición a la planificación y prospección de servicios y redes, pero de hacer visible un elemento que no es automáticamente activado por la infraestructura de los servicios<sup>8</sup>.

Serán presentadas las principales iniciativas que pueden ser puestas en marcha por los equipos de gestión del trabajo y de la educación a ser articuladas en respuesta a la pandemia de la COVID-19 en todos los puntos de atención, de acuerdo con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), con las lecciones aprendidas por otros países que enfrentaron la pandemia y aquellas ya conocidas de la propia experiencia brasileña. También será sumariada una proposición para organización de la respuesta a la pandemia de COVID-19. Tal propuesta sintetiza las principales demandas de cuidado para que sean respondidas en la rutina diaria del trabajo en los servicios de atención a la salud y sus correlaciones con las demandas de gestión del trabajo y de la educación que puedan contribuir para la construcción de líneas de cuidado a la COVID-19 en las diferentes realidades del Sistema Único de Salud brasileño (SUS).

#### **LA LÍNEA DE CUIDADO COMO DISPOSITIVO TECNO-ASISTENCIAL**

La línea de cuidado es un dispositivo tecno-asistencial, cuyo concepto fue formulado en el ámbito de la salud colectiva. Fue desarrollado a partir del aprendizaje con la gestión del trabajo y con el reconocimiento de la complejidad de la actuación en el campo de la salud, sobre todo en territorios que personas o colectividades ocupan en sus movimientos diarios, sea en relación con la vida privada, sea en relación con la laboral. En 2006, ese aspecto de comprensión afirmaba que se trataba de<sup>2</sup>:

(...) una noción de organización de la gestión y de la atención en salud que toma en referencia el concepto de integralidad en su traducción en prácticas cuidadoras. Es decir, se trata de inventar una propuesta que efective una organización de la gestión sectorial y de las prácticas asistenciales capaz de responder por una concepción de salud no centrada solamente en el tratamiento de las enfermedades, pero en la inclusión de personas en una red de prácticas cuidadoras en salud y de afirmación de la vida. (p. 165).

El concepto fue inicialmente construido como propuesta de organización tecno-asistencial a

partir de la idea de la configuración tecnológica del trabajo en salud, o sea, de la composición del trabajo (en el cuidado y en la gestión) con diferentes naturalezas de tecnologías (duras, ligeras-duras y ligeras). Pero, fue construida de suerte que su regulación estuviera basada en las tecnologías relacionales<sup>14</sup> y con la idea de la producción de cuidado en contextos de complejidad<sup>2</sup>, ideas actuales en el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19.

La pandemia de COVID-19 presenta como características la rápida velocidad y escala de propagación; la gravedad, una vez que un 20% de los casos son graves y críticos, presentando una tasa bruta de mortalidad de casos clínicos de un 3%, que puede ser aún más alta según la capacidad de los países en ofertar el cuidado a las personas que lo necesitan; y la posibilidad de colapso de los sistemas de salud y asistencia social, con consecuencias socioeconómicas negativas en gran escala. Las respuestas iniciales de los sistemas de salud tuvieron como foco el cuidado de pacientes graves y de los individuos con riesgo mayor. Pero, para reducir la velocidad de transmisión de la enfermedad y evitar el colapso de los sistemas de salud, es urgente el desarrollo de medidas de prevención, diagnóstico, aislamiento y cuidado de toda la población y de todos los casos de la COVID-19, incluyéndose aquellos identificados como ligeros y moderados<sup>1</sup>. La diversidad de condiciones en que operan los servicios y sistemas de salud (en países y en sus regiones) y la velocidad con que la propagación se ha sucedido, sumadas al conflicto de enunciados y a las dimensiones de la *infodemia*, constituyen elementos que amplían la complejidad del enfrentamiento diario. Así, la implementación de medidas de mitigación en gran escala requiere, simultáneamente, orientaciones generales en virtud del conocimiento acumulado y autonomía local para generar iniciativas seguras, ágiles y con el máximo de eficacia y optimización de los recursos disponibles, con prospección de las condiciones de los sistemas caminando en paralelo con medidas inmediatas de enfrentamiento.

En el contexto brasileño, Unión, Estados y Municipalidades han elaborado Planes de Contingencia que orientan las acciones para el enfrentamiento a la pandemia. Pero hay que reconocer que el planeamiento es un movimiento

permanente, que considera la realidad de cada sitio y tiene en mente la articulación del conjunto de las acciones, puntos de atención y flujos que puedan constituir una respuesta efectiva del sistema de salud a la pandemia y al conocimiento que está siendo producido sobre ella. También es necesario considerar que los planes reflejan, en gran medida, las condiciones locales de elaboración, ora con preocupaciones formales, ora con capacidad real de activar las respuestas y movilizar los diferentes puntos de atención. Los planes establecen, cuando tienen la consistencia que el instrumento requiere, la capacidad de establecer flujos y mecanismos de macro-regulación.

La estrategia de construcción de líneas de cuidado para organizar las acciones que cruzan redes temáticas regionalizadas es una herramienta potente para la articulación del cuidado. Centrada en las personas y en sus demandas, esa estrategia ha sido utilizada por el SUS en varias iniciativas cuyos resultados han contribuido efectivamente para ampliar el acceso, la resolutivez, la integralidad y la equidad. Las necesidades en salud de las colectividades e individuos que ocupan cada territorio necesitan ser el centro de los diseños de las trayectorias de cuidado producidas en el encuentro entre usuarios y trabajadores en los servicios diariamente. Por lo tanto, se trata de una política de micro-regulación del trabajo, con alto grado de autonomía y de gestión local.

Considerándose las diversidades, desigualdades y diferencias, tanto de las personas a ser cuidadas, como de las estructuras de las redes de atención, la construcción del *trazado* de las líneas de cuidado será tanto más resolutivez cuanto más considerar las particularidades y especificidades de las realidades donde son construidas y el nivel de participación de los diferentes actores en su elaboración. Eso significa reconocer que, mientras las redes de atención remiten a las estructuras y servicios institucionalizados (en general fuertemente normados), las líneas de cuidado son immanentes, producidas en cada contexto e instituyentes de prácticas y articulaciones entre servicios y trabajadores que permiten trayectos de cuidado posibles, visibles, pactados y potentes para responder a las necesidades de salud. El efecto pedagógico asociado al diseño de líneas de cuidado es la funcionalidad de los procesos de

cuidado, no la estructura de los servicios y de las redes.

Así, el diseño de líneas de cuidado resolutivez y orientadas para responder a las necesidades de salud de los territorios presupone una actuación fuerte en la dimensión de la micropolítica del trabajo, como hemos registrado. Evidentemente que esa dimensión, que remite a las relaciones que se establecen en los territorios<sup>14</sup>, está referida también a la gobernanza del sistema de salud, que necesita estar conectada con el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y sus determinaciones, generando efectos en el funcionamiento de toda la malla de producción de la salud — promoción, prevención, vigilancia, asistencia y rehabilitación<sup>2</sup>. Pero es en la dimensión micropolítica, donde se busca producir actos singulares de gestión del cuidado, que está centrado el reto de las líneas de cuidado, una vez que frecuentemente cruzan servicios de atención y unidades de apoyo<sup>3,13</sup>. En ese contexto está la necesidad de generar formas de gobernanza con participación, comunicación y pactos intensivos entre esos actores que comparten la responsabilidad de cuidado de las personas y colectividades que son diversas en la capacidad de accederles y en sus necesidades de salud<sup>13</sup>. El carácter participativo es, también, un dispositivo que estructura el plan de la micro-regulación del cuidado, con alto grado de autonomía, pero observando directrices de seguridad para el trabajo, para el usuario y como respuesta a las evidencias de la ciencia, de las buenas prácticas y de la interacción constructiva con la vida cotidiana. La autonomía relativa, la seguridad y la rapidez en las respuestas se refieren tanto a los flujos en el interior de los puntos de atención territoriales, como entre ellos y en los servicios<sup>2,3,13</sup>. Hay, así, un proceso pedagógico que necesita ser desencadenado y que permite producir respuestas en la medida en que el recorrido por las situaciones diarias es hecho. Por ello, preferimos denominar el área de énfasis de la producción de líneas de cuidado “gestión del trabajo y de la educación”.

En cuanto a la gestión del trabajo y de la educación en la salud, es necesaria la determinación política para construir capacidades institucionales que respondan no solo por el planeamiento, suministro y entrenamiento de la fuerza de trabajo (en la cantidad, en las competencias y habilidades



necesarias y adecuadas para el conjunto de las acciones, puntos de atención y flujos de la línea de cuidado en cada territorio), pero también por el cuidado y protección del bienestar de los trabajadores de la salud. Entretanto, el efecto micropolítico más fuerte es la producción de relaciones de trabajo cotidianas que potencien la participación y el protagonismo de los gestores y de los trabajadores en la construcción de los procesos de trabajo, del trabajo en equipo, de la educación permanente, de las condiciones de trabajo, de las respuestas a las necesidades de los usuarios en cada acto de cuidado y en su continuidad. Hace parte del trabajo su propio desarrollo y de los trabajadores y, por lo tanto, hay aprendizaje permanentemente asociado al trabajo.

En el caso del enfrentamiento a la pandemia de la COVID- 19, la estrategia de línea de cuidado puede contribuir para:

1. Organizar el enfrentamiento a la pandemia concomitantemente al mantenimiento de la atención a las demás necesidades de salud, una vez que posibilita la concertación y proposición de las estructuras de gobernanza, de los trayectos, flujos, puntos de atención y procesos de trabajo específicos para el cuidado de las personas y colectividades contaminadas o en peligro de contaminación por la COVID-19 en las redes regionalizadas de los territorios;
2. Establecer el/los trazado/s de la línea, flujos y compromisos de atención a las personas en todos los niveles, en especial con la posibilidad de relación comunitaria, acogida, cuidado y encaminamientos específicos de los casos de COVID-19 y de otras enfermedades, para que se pueda atender a las demás necesidades de salud, controlando los riesgos de contagio y garantizando seguridad para las personas que buscan la atención de que necesitan;
3. Definir el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación necesarias y viables para el enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19 y de sus consecuencias en cada territorio, en especial, aquellas articuladas y que prioricen el control de la velocidad de la transmisión, prevengan el colapso del sistema local de salud y garanticen el cuidado y la protección de la vida de usuarios y trabajadores;
4. Sistematizar las capacidades instaladas, las prácticas de trabajo, la fuerza de trabajo, la educación permanente, las informaciones y los flujos asistenciales, logísticos y de gestión necesarios y existentes en los sistemas locales y locorregionales de salud, para la organización y articulación del

trabajo en los diferentes servicios y acciones en el territorio, según cada realidad, de forma que favorezca las acciones de gestión, supervisión, seguimiento y (re)planeamiento compartido de la línea de cuidado;

5. Articular las políticas y acciones de gestión del trabajo y de la educación de las entidades federadas y de las instituciones de enseñanza e investigación, orientadas para el planeamiento y suministro de fuerza de trabajo y para la formulación y ejecución de acciones de protección y cuidado de los trabajadores, tales como capacitación, educación permanente, producción y divulgación de conocimiento sobre la propagación de la COVID-19 y las experiencias de enfrentamiento a la pandemia, considerándose el conjunto de las acciones y servicios de la línea de cuidado en cada territorio según la realidad local;
6. Articular las capacidades públicas, privadas y comunitarias para el desarrollo de acciones que posibiliten identificar, aislar y cuidar de las personas, de manera que se amplíe la respuesta diaria del sistema de salud y se construyan lazos de confianza recíproca que generen grados progresivos de inmunidad a noticias falsas y desinformaciones;
7. Dar visibilidad y transparencia a los pactos y compromisos construidos en cada locorregión, de manera que se explicita el ámbito de los diferentes puntos de atención y de prácticas de los trabajadores de acuerdo con las respuestas necesarias al cuidado de las personas;
8. Valorar la participación y el protagonismo de los gestores, de los trabajadores y de los usuarios de los servicios de salud en cada región, en cada punto de atención y en cada acto singular de cuidado, considerándose las especificidades y la diversidad del territorio brasileño y de las necesidades de salud de las personas, para proteger el trabajador y garantizar el acceso seguro y ecuánime de los usuarios al cuidado.

El diseño y la implantación de líneas de cuidado en el enfrentamiento a la COVID-19 no es centralmente una intervención en la estructura *ortopédica* de los sistemas y servicios. Es principalmente un proceso pedagógico que interfiere en la funcionalidad *fisiológica*, con la ampliación de la condición para rápidos cambios de orientación sobre las mejores prácticas de enfrentamiento a la pandemia, pero de producción de autonomía local para procesos micro-regulatorios que garanticen amplitud y alcance máximos con las condiciones reales de acción y un cuidado seguro y efectivo. La temática de la

gobernanza, en ese contexto, tiene un destaque relevante.

### **Gobernanza de la Línea de Cuidado**

La línea de cuidado es una estrategia que implica en una acción ágil para la gestión de ofertas de atención a la salud, una vez que su diseño y implementación, en cada local, presuponen la articulación, la negociación y la concertación sobre el ámbito de los servicios, de las prácticas profesionales y de los procesos de trabajo en su interior en diálogo con las necesidades de salud<sup>3</sup>. Se trata, por lo tanto, de una herramienta que contribuye no solo para la construcción y la gestión de los actos y conocimientos de los trabajadores en cada punto de atención, pero también para la gestión de la red de atención, del trabajo y de la educación en el territorio. En ese sentido, tiene como propósito principal la articulación productiva entre las ofertas de los diferentes servicios y flujos asistenciales seguros que garanticen el acceso, la continuidad y la resolutivez de la atención a la salud a los usuarios en respuesta a las necesidades de la población<sup>2,3,13</sup>. Ese enunciado pone la gobernanza, como capacidad de coordinación de acciones y servicios, en destaque<sup>3</sup>.

Para la construcción de las líneas de cuidado, es muy relevante articular las estructuras de gobernanza del SUS, una vez que las acciones frecuentemente sobrepasan las capacidades de gran parte de los servicios, de municipalidades e incluso de regiones de salud: las Comisiones Bipartitas, los Consejos de Salud, las Comisiones Interinstitucionales de Enseñanza y Servicio. Esos espacios tienen la tarea de proponer y construir las directrices macro-regulatorias en el enfrentamiento a la pandemia. Entretanto, la gobernanza de la línea ocurre, fundamentalmente, por medio de la articulación de los trabajadores en y entre cada punto de atención en las municipalidades y regiones de salud, buscándose el diálogo entre las formas tradicionales de coordinación (corporativa y departamental). Las formas de gestión de flujos y procesos y el perfil de los gestores del recorrido de los usuarios, frecuentemente atravesando sectores y servicios de diferentes naturalezas, es un factor estratégico de la línea de cuidado<sup>3</sup>, involucrando no solo la distribución formal de autoridad, pero también el desarrollo de capacidades locales de regulación

(protocolos y normas) y de micro-regulación (flujos acelerados entre equipos y servicios en función de la gravedad y de cambios agudos en las condiciones locales).

Se trata de ampliar la experiencia que ya ha sido implementada por los diversos comités y órganos colegiados de respuesta a la pandemia en funcionamiento en el país y el desarrollo de la autonomía de los trabajadores para la toma de decisiones, en función de protocolos y normas, pero también en una actitud ética y sólidamente basada frente al cuidado y a las vidas, algo próximo a lo que la literatura denomina coordinación basada en trabajo vivo, que necesita poner en diálogo las diferentes lógicas de coordinación en el interior de servicios y redes<sup>3,13,14</sup>. Por eso, se hace necesario estimular la construcción de esos espacios en todos los servicios y territorios, considerándose las áreas de apoyo administrativo, financiero y de logística, que desempeñan tareas transversales a todas las acciones y a todos los puntos de atención que vengán a ser propuestas en el diseño y en la implementación de la línea de cuidado. Una gestión centralizada, burocrática o susceptible a las fragmentaciones técnicas y operacionales, será poco eficiente en condiciones más simples y estructuradas y es particularmente ineficaz en condiciones de complejidad y cambios abruptos de escenarios. Cabe destacar, en especial, las áreas de gestión del trabajo y de la educación, cuyas acciones orientadas a la construcción de la línea de cuidado de la COVID-19 serán detalladas en seguida, con la salvedad de que tales acciones apenas se efectivizan cuando consideradas las especificidades locales y a partir del protagonismo cotidiano de los gestores, trabajadores y usuarios del SUS en su construcción.

### **Gestión del Trabajo y de la Educación en la Construcción de la Línea de Cuidado de la COVID-19**

La construcción de la línea de cuidado como estrategia que posibilita rever la organización de las redes de atención y, más específicamente, el alcance de los servicios, de las prácticas profesionales y de los flujos asistenciales para el cuidado de las personas en el territorio, presuponen que la gestión del trabajo y de la

educación produzcan informaciones para basar decisiones, contribuyan para el planeamiento, el suministro, la educación permanente, la protección y el apoyo de los trabajadores en los diferentes puntos de atención que configuran los diseños propuestos de las líneas en cada territorio. El desarrollo de la capacidad local de trabajo es un punto clave en la implantación de la línea de cuidado de la COVID-19, una vez que hay cambios importantes y rápidos en las orientaciones en que se deben basar el trabajo y hay necesidad de aprendizaje intensiva de las condiciones de cada territorio a lo largo del tiempo.

La realidad de la fuerza de trabajo disponible en ámbito local, en términos no solo de cantidad, pero también de competencias y habilidades, así como las posibilidades administrativas y financieras para la ampliación de la fuerza de trabajo, de la oferta de acciones de capacitación y educación permanente y de protección física y psicosocial de los trabajadores de salud son referencias importantes. Sirven tanto para identificar los vacíos asistenciales, como para evidenciar las disponibilidades que pueden orientar la priorización de acciones y puntos de atención en los diseños de las líneas y en las políticas locales de enfrentamiento a la pandemia que sean efectivamente viables y factibles.

El aumento de la necesidad de cuidados de salud, en respuesta a la pandemia de la COVID-19, trae nuevos retos para los equipos de gestión del trabajo y de la educación, como, por ejemplo<sup>15</sup>:

1. Garantizar el planeamiento de las necesidades y el suministro de trabajadores en un contexto de expansión de la demanda por servicios, con posible reducción de los trabajadores disponibles en consecuencia de la enfermedad, de las condiciones de riesgo y de los contextos individuales y familiares;
2. Constituir capacidades locales de coordinación de la línea de cuidado que tengan condiciones de producir articulaciones funcionales entre los diferentes servicios y equipos, que consigan apoyar las coordinaciones técnicas y departamentales de los servicios y redes por donde circulan usuarios de la línea y/o de acciones de diferentes ámbitos para el enfrentamiento a la pandemia y, por fin, capacidad de diálogo con los diferentes profesionales y con las lógicas técnicas que organizan servicios en las diferentes redes de atención<sup>3</sup>;

3. Aumentar rápidamente la oferta de capacitaciones, acciones de educación permanente y canales de comunicación con los trabajadores, de suerte que estén preparados para actuar en el nuevo escenario y en relación a los rápidos cambios por consecuencia de la pandemia;
4. Proteger y apoyar los trabajadores, garantizando políticas, estrategias y acciones de atención a la salud, incluyéndose la bioseguridad, la salud mental, las necesidades psicosociales, las necesidades personales (y familiares) y las medidas de valoración de los trabajadores.

Para responder a esos retos y para contribuir con la construcción de la línea de cuidado de la COVID-19, los departamentos y unidades de gestión del trabajo y de la educación de las entidades federadas y de los servicios en cada territorio tienen que pactar, formular y desarrollar conjuntamente las siguientes acciones<sup>3,13,16</sup>:

- 1) **Identificación de la fuerza de trabajo existente y disponible para ser accionada.** Producir y sistematizar informaciones que caractericen la fuerza de trabajo disponible de acuerdo con características personales, de disponibilidad, de desarrollo profesional y de distribución geográfica, que posibilitan la evaluación de las acciones y puntos de atención que tendrían viabilidad de ampliación, considerándose la calificación de los candidatos que potencialmente pueden ser accionados para actuar en la línea de cuidado<sup>17</sup>;
- 2) **Dimensionamiento de las necesidades de fuerza de trabajo** que apunten cantidad, competencias y habilidades necesarias para ampliar las diferentes acciones y puntos de atención definidos como prioritarios en el diseño de la línea de cuidado construido localmente. Para apoyar esas medidas, hay herramientas que permiten estimar el número de casos, la demanda por servicios y la fuerza de trabajo necesaria en algunos puntos de atención de la línea;
- 3) **Revisión de las atribuciones y roles de los trabajadores.** Para tanto es posible accionar: directrices y protocolos formulados para atención de la COVID-19; experiencias exitosas de cuidado ya implementadas; y el protagonismo y educación permanente de los trabajadores para que amplíen el ámbito de sus prácticas en respuesta a las necesidades de los usuarios que se presentan a los servicios a diario;
- 4) **Identificación, proposición e implementación de políticas e instrumentos de contratación y suministro de la fuerza de trabajo.** Identificar las



opciones de estructuras, normas, contratos, mecanismos legales y procedimientos administrativos que estén disponibles o puedan ser adaptados y creados para viabilizar las contrataciones, las redistribuciones, la reorganización y la reorientación de las atribuciones de los trabajadores; las implicaciones legales para las instituciones y trabajadores y, principalmente, las necesidades de los procesos de trabajo para efectivizar los diseños de las líneas de cuidado;

**5) Proposición e implementación de políticas e instrumentos de redistribución, reorganización y reorientación de las prácticas y atribuciones de los trabajadores, adecuadas a la realidad local, a las reglas y normas existentes o que puedan ser creadas, considerándose las diferentes necesidades en salud del territorio, el diseño local de la línea de cuidado y la disponibilidad de trabajadores con habilidades y competencias existentes o que puedan ser rápidamente adquiridas, como, por ejemplo:**

- a. Redistribución de trabajadores de otros sectores del gobierno, no relacionados a la salud, pero que puedan ser capacitados para actividades de soporte en las unidades de salud que demanden ampliación de la fuerza de trabajo, como, por ejemplo: administración, mantenimiento, seguridad, recogida de datos, prevención de infecciones y otros servicios de apoyo a funcionarios y pacientes.
- b. Reorganización de trabajadores, moviéndolos de un área de la unidad de salud a otra, o redistribución entre unidades, para funciones que sean más necesarias y prioritarias en el diseño de la línea de cuidado y/o que garanticen la protección de los trabajadores con mayor riesgo de infección por la COVID-19;
- c. Reorientación y reubicación de profesionales y expertos que puedan ser rápidamente capacitados, de acuerdo con las respectivas habilidades y competencias previas para la asistencia de casos graves y críticos de COVID-19 o para la asistencia de otras necesidades de salud;
- d. Reubicación de trabajadores con habilidades y competencias generales para fortalecer la vigilancia en salud y la atención básica en los territorios, en las puertas de entrada a la asistencia de casos sospechosos y confirmados, sean a distancia o presenciales, en las residencias, en las comunidades o en los servicios de acogida proyectados para garantizar el aislamiento de los casos de COVID-19 y otras necesidades de salud en los territorios;

**6) Reclutamiento de la fuerza de trabajo adicional**

para viabilizar la línea de cuidado diseñada para el territorio y para mantener los servicios esenciales de salud, incluyéndose:

- a. Estudiantes del área de la salud, recién graduados y médicos (u otros profesionales de la salud) residentes que puedan contribuir para el cuidado, en especial para acciones de promoción, prevención, vigilancia en salud, atención básica, atención domiciliaria y servicios de acogida en los territorios;
  - b. Trabajadores jubilados o en situación de riesgo que puedan actuar en los diferentes dispositivos de telesalud, garantizando su protección y seguridad.
- 7) Articulación entre las áreas de gestión del trabajo, de la educación de las diferentes entidades federadas, de los servicios y de las instituciones de enseñanza universitaria del territorio** para apoyar y desarrollar estrategias de intervención conjunta para la construcción de la línea de cuidado en los territorios, en especial para intercambiar experiencias y articular acciones de dimensionamiento, reclutamiento, selección, contratación, reubicación, educación permanente y cuidado de los trabajadores;
- 8) Desarrollo de medidas de apoyo e incentivo a los trabajadores de la salud, como:**
- a. Apoyo doméstico y para el cuidado de los familiares, niños, ancianos, discapacitados etc., posibilitando la disponibilidad para el trabajo;
  - b. Disponibilidad de acomodaciones opcionales para aquellos trabajadores que demanden protección de sus familiares, aislamiento en consecuencia de casos sospechosos o confirmados en la familia, etc.
  - c. Incentivos económicos.
- 9) Apoyo a la gestión y organización de los procesos de trabajo diarios con la agilidad demandada por la complejidad y por la rápida modificación de escenarios**, de suerte que sean negociados y explicitados los pactos y compromisos de cada servicio y de los **trabajadores** en la línea de cuidado, construyéndose y manteniéndose canales y flujos de información, comunicación y participación en cada puesto de trabajo;
- 10) Articulación, negociación y desarrollo de una agenda de trabajo para la construcción de políticas, de actividades conjuntas y canales de comunicación con las organizaciones de los trabajadores**, organizaciones sindicales, asociaciones y entidades de clase.
- 11) Constitución y mantenimiento de canales de comunicación con gestores y trabajadores en**

general, pero también canales específicos y ágiles con aquellos implicados directamente en la línea de cuidado de la COVID-19, de suerte que sean informados acerca del escenario de la pandemia en el territorio, así como acerca de los servicios, los flujos y las regulaciones de **atención** pactados en la línea de cuidado, en especial aquellos cuya expectativa sean de su responsabilidad, la presentación de demandas y también las ofertas disponibilizadas de capacitación, educación permanente y apoyo a los trabajadores y las medidas de protección y cuidado a los trabajadores, etc.

- 12) **Proposición e implementación de medidas de prevención, protección y cuidado físico y psicosocial de los trabajadores**<sup>18</sup> que consideren la garantía de la oferta de medidas de seguridad, equipos de protección individual, capacitación para su utilización, testeo, acompañamiento y cuidado de su salud física y mental; protección de aquellos en condiciones de riesgo; organización de equipos que contengan trabajadores más experimentados en apoyo a los menos experimentados; proposición de jornadas laborales apropiadas, flexibles y con carga de trabajo distribuida con el objetivo de evitar la sobrecarga y posibilitar el descanso.
- 13) **Organización e implementación de acciones de capacitación, educación permanente, producción, sistematización y reparto del conocimiento** que propicien a los trabajadores de salud informaciones sobre la COVID-19 y oportunidades de entrenamiento, actualización, supervisión y apoyo profesional, considerándose las especificidades de las prácticas y, por lo tanto, las competencias y habilidades exigidas para responder a las necesidades de salud que se presenten a diario en el lugar de trabajo y los pactos y compromisos bajo el ámbito de los servicios en cada punto de la línea de atención del territorio. No se trata solamente de apoyar a los equipos para la implementación de las estrategias y prácticas de acción en los servicios, pero, también, de identificar y fomentar experiencias exitosas y multiplicarlas en el territorio.
- 14) **Articulación de maneras ágiles y rápidas de sistematización y análisis de informaciones** sobre la evolución de la pandemia en el territorio y en los territorios adyacentes, así como de conocimientos producidos sobre la enfermedad, el contagio y los protocolos válidos de tratamiento;
- 15) **Fortalecimiento de acciones en el territorio**, sobre todo en los puntos de atención básica, para

identificación y organización de la línea **de cuidado**, incluso por medio de acciones intersectoriales;

- 16) **Establecimiento de flujos claros y transparentes** de seguimiento de las personas en la línea de cuidado, sobre todo en las acciones de densidad tecnológica más grande;
- 17) **Articulación con espacios de gobernanza** del sistema local de salud y fortalecimiento de la capacidad de gestión de la línea de cuidado de las personas con COVID-19.

La organización del trabajo, la combinación de habilidades profesionales y técnicas, la gestión de capacidades, la innovación e incorporación de diversas tecnologías (de manera integrada y dinámica) y la protección y cuidado de los trabajadores son los nuevos retos que se presentan a la gestión de la fuerza de trabajo en salud para garantizar una respuesta ideal a los ciudadanos no solo durante la emergencia de la pandemia de la COVID-19, pero también en la perspectiva operacional del SUS a mediano y largo plazos.

Las contribuciones del área de gestión del trabajo y educación para construcción de las líneas de cuidado son transversales a todas las acciones y a todos los puntos de atención. La Tabla 1 presenta la síntesis de las acciones de la gestión del trabajo y de la educación y de los principales puntos de acción y de atención de la línea de cuidado de la COVID-19. Entretanto, hay que considerar las especificidades de los ámbitos de los servicios y de las prácticas profesionales pactadas en cada punto. Se objetiva que la formulación de las políticas y acciones de gestión del trabajo y educación responda efectivamente a las demandas para la producción de las líneas, que se hacen en el encuentro de cada trabajador y usuario y según los pactos y diseños que (re)construidos a diario en los servicios en cada territorio.

**Cuadro 1: Síntesis de las acciones de gestión del trabajo y de la educación para la construcción de la Línea de Cuidado – COVID-19**

	Puntos de Atención de la Línea de Cuidado – COVID-19											
	Promoción y Prevención	Vigilancia en Salud	Primeira Atención	Atención Básica	Servicios de Acogida	Atención Prehospitalaria Móvil	Central de Regulación de Camas y Hospitalizaciones	Servicios de Hospitalización	Atención Domiciliaria	Rehabilitación	Cuidado en Situación de Fallecimiento	Protección Física y Psicosocial de los Trabajadores de la Salud
<b>Acciones de la Gestión del Trabajo y de la Educación</b>	Identificación de la fuerza de trabajo existente y disponible											
	Dimensionamiento de las necesidades de fuerza de trabajo											
	Revisión de las atribuciones y roles de los trabajadores											
	Identificación, proposición e implementación de políticas e instrumentos de contratación y suministro de la fuerza de trabajo											
	Proposición e implementación de políticas e instrumentos de redistribución, reorganización y reorientación de las prácticas y atribuciones de los trabajadores											
	Reclutamiento de la fuerza de trabajo adicional											
	Desarrollo de medidas de apoyo e incentivo a los trabajadores de salud											
	Apoyo a la gestión y organización de los procesos de trabajo diarios con la agilidad exigida por la complejidad y por la rápida modificación de escenarios											
	Constitución y mantenimiento de canales de comunicación con gestores y trabajadores											
	Proposición e implementación de medidas de prevención, protección y cuidado físico y psicosocial de los trabajadores											
	Organización e implementación de acciones de capacitación, educación permanente, producción, sistematización y reparto del conocimiento											
	Articulación de formas ágiles y rápidas de sistematización y análisis de informaciones acerca de la evolución de la pandemia en el territorio y en los territorios adyacentes, así como de conocimientos producidos sobre la enfermedad, el contagio y los protocolos válidos de tratamiento											
	Articulación entre las áreas de gestión del trabajo y educación de las diferentes entidades federadas y los servicios y las instituciones de enseñanza universitaria del territorio											
	Articulación, negociación y desarrollo de una agenda de trabajo para la construcción de políticas, de actividades conjuntas y de canales de comunicación con las organizaciones de los trabajadores											
	Fortalecimiento de acciones en el territorio, sobre todo en los puntos de la atención básica, para identificación y organización de la línea de cuidado, incluso por medio de acciones intersectoriales											
	Establecimiento de flujos claros y transparentes de seguimiento de las personas en la línea de cuidado, sobre todo en las acciones de mayor densidad tecnológica											
Articulación con espacios de gobernanza del sistema local de salud y fortalecimiento de la capacidad de gestión de la línea de cuidado de las personas con COVID-19.												

Fuente: elaboración propia.

### ABRANGENCIA LOCAL DE LA LÍNEA DE CUIDADO DE LA COVID-19

La construcción de recorridos de cuidado de los usuarios es más efectiva y resolutoria si se consideran las diferencias y especificidades de las personas y sus demandas para la (re)invención permanente de las redes de atención, de los ámbitos de los servicios y de las prácticas profesionales. Entretanto, considerando aquello que se sabe sobre la COVID-19 y como afecta las personas, para orientar la (re)organización de las líneas de cuidado se puede resumir las necesidades de cuidado comunes en:

1. Cuidado colectivo - medidas de distanciamiento, vigilancia, comunicación, información, articulación comunitaria, prevención, protección etc.;
2. Cuidado de las personas que tienen casos sospechosos y sus contactos;
3. Cuidado de las personas que tienen sus casos confirmados asintomáticos, con síntomas ligeros y sus contactos;

4. Cuidado de las personas que tienen síntomas moderados y graves y sus familias;
5. Cuidado de rehabilitación de las personas acometidas por la COVID-19.

La construcción de las líneas demanda centrarse en las necesidades de las personas como directriz a orientar la (re)configuración de los actos de cuidado, de los procesos de trabajo en cada punto de atención y entre ellos en la red de atención articulados con las acciones de gestión del trabajo y educación. La Figura 01 traza una representación genérica de la lógica de la línea de cuidado como transversal a la estructura de servicios, sea la departamentalización funcional, sea la organización corporativa de la coordinación de unidades.

En seguida serán presentadas las principales acciones y puntos de atención que pueden ser articulados para las construcciones de líneas de cuidado de las personas en consecuencia de las necesidades de la pandemia de COVID-19.

**Figura 1: Líneas de cuidado en el interior de los puntos de atención a la salud**



Fonte: adaptado de Cecílio & Merhy<sup>3</sup>

### Acciones intersectoriales de promoción y prevención

Las experiencias y el conocimiento sistematizado hasta ahora sobre la pandemia de la COVID-19 demuestran que las medidas sociales y de salud colectiva que tienen como objetivo disminuir la velocidad de la transmisión del virus Sars-Cov-2, como, por ejemplo, distanciamiento social, aislamiento y cuarentena, han contribuido

decisivamente para reducir la propagación de la enfermedad, evitar la sobrecarga de los sistemas de salud y propiciar el cuidado a todos los que lo necesitan, garantizando, así, la protección de la vida<sup>5</sup>. Esas acciones presuponen la articulación intersectorial e interfederativa en cada territorio nacional. Son concretizadas a partir de:

- 1) Formulación e implementación de reglas y normas sobre la circulación de las personas y el funcionamiento de servicios, empresas, escuelas,



- universidades y demás actividades que resultan en aglomeración de personas;
- 2) Formulación, monitorización y acompañamiento de medidas de protección de los trabajadores de áreas esenciales, como: trabajadores de salud, seguridad, defensa civil, transporte, limpieza, producción y distribución de alimentos, entre otras;
  - 3) Políticas públicas que garanticen subsistencia, apoyo a la renta, apoyo a la salud mental y atención a la salud de las poblaciones según sus necesidades, en especial de aquellas históricamente ignoradas, una vez que la desigualdad social resulta en condiciones de existencia que las dejan aún más vulnerables a la pandemia y a las consecuencias sociales, económicas y de salud de ella resultantes<sup>1,5</sup>.
  - 4) Evaluación y comunicación sistemática y permanente sobre la pandemia, sobre la capacidad de la red de atención a la salud para responder a las necesidades de cuidado y sobre la capacidad de la vigilancia en salud para detectar y monitorear los casos sospechosos y sus contactos en los territorios, produciendo y divulgando informaciones que orienten las acciones de cuidado y las políticas de distanciamiento social adecuadas y pertinentes en distintas situaciones<sup>12</sup>.
  - 5) Procesos de comunicación, educación, movilización y participación de la población, organizaciones comunitarias e instituciones, como tarea intersectorial, en todos los puntos de la red en cada territorio, especialmente en la atención básica, teniendo en mente:
    - a. El compromiso comunitario en la prevención, en la protección y en los cuidados individuales y colectivos;
  - 6) La producción y divulgación de contenido y articulación de los diferentes medios de comunicación para garantizar una comunicación ágil, transparente y articulada sobre la pandemia y las acciones de cuidado pertinentes a cada situación;
  - 7) La identificación ágil de los casos sospechosos, de los casos confirmados y de sus contactos;
    - a. La orientación sobre los cuidados, la necesidad de aislamiento y el acceso a los servicios según sus necesidades;
    - b. La monitorización y la superación de las informaciones falsas, ambiguas y engañosas;
    - c. La identificación de otras demandas que surjan como consecuencia de la pandemia en los territorios;

Esas medidas de salud colectiva objetivan reducir o suprimir la transmisión de la COVID-19. Las estrategias en cada territorio deben considerar la

realidad local, siendo movilizadas a cualquier momento y en diferentes intensidades, dependiendo de la existencia de transmisión comunitaria, de grupos de casos, de casos esporádicos o de inexistencia de casos, y de la capacidad del sistema de salud para identificar los casos, evitar la transmisión y garantizar el cuidado<sup>12</sup>.

### Vigilancia en Salud

La vigilancia en salud, transversal a todos los puntos de atención y, en particular, articulada con la atención básica, es fundamental para la formulación de las políticas públicas y la implementación de medidas orientadas a la reducción de la transmisión de la COVID-19 y a la ampliación de la oferta de cuidados. Eso involucra no solamente la recogida y la sistematización de informaciones esenciales para el análisis de la situación de salud, pero, también, la identificación y la comunicación oportuna de los casos sospechosos, confirmados y excluidos, así como el registro de las hospitalizaciones y de las muertes en consecuencia de la enfermedad. Además, involucra también el control de las condiciones de riesgo en los territorios y en los ambientes de trabajo, incluso de aquellas condiciones resultantes de la circulación y aglomeración de personas<sup>12</sup>.

Las respuestas de los sistemas de salud son calificadas y la transmisión de la COVID-19 es reducida con acciones oportunas y ágiles de vigilancia que identifiquen, testen, aislen y cuiden de los casos de la enfermedad y de sus contactos en cada territorio<sup>19</sup>. Según la OMS, considerando la existencia de transmisión comunitaria del virus Sars-Cov-2, hay que establecer mecanismos para la identificación rápida de los casos sospechosos. Las redes de vigilancia necesitan adoptar sistemas de vigilancia activa rápida que abarquen a toda la población. Más allá de la identificación de los casos en los servicios de salud, hay que construirse estrategias y herramientas que posibiliten que la población, en general, y los trabajadores, en especial, sean capacitados para desarrollar acciones de vigilancia comunitaria y auto vigilancia. Es fundamental que las personas puedan identificar, a partir de señales y síntomas, casos sospechosos o contactos de casos confirmados, que deben ser preferencialmente

sometidos a test para confirmación de casos. En la eventual ausencia de exámenes, los casos sospechosos pueden ser confirmados en función de criterios clínicos o epidemiológicos<sup>10</sup>.

Para estos fines, cabe no solamente la articulación de los servicios de vigilancia epidemiológica, de vigilancia sanitaria, de vigilancia ambiental y de salud del trabajador, pero también el aumento de los equipos y de las acciones de vigilancia en salud, teniendo en mente:

- 1) Formular e implementar políticas, estrategias y acciones de identificación, notificación, testeo, aislamiento, acompañamiento y cuidados de los casos de la COVID-19, adecuadas a la realidad de cada territorio, considerándose las normas nacionales, la situación local de transmisión de la enfermedad, la disponibilidad de exámenes y la capacidad de realizarlos en el territorio<sup>20</sup>;
- 2) Definir, implementar y divulgar las estrategias de primer contacto de las personas con casos sospechosos de COVID-19 en cada territorio, independientemente de la forma de contacto: por teléfono, por la internet o presencialmente;
- 3) Coordinar las acciones con los demás puntos de la red de atención a la salud, públicos o privados, considerándose la vigilancia una acción transversal a todos los servicios, con énfasis en la oportuna articulación con la atención básica en cada territorio;
- 4) Organizar sistemas de información y comunicación orientados a la identificación y notificación rápida de los casos sospechosos y para la divulgación ágil de la situación de salud en los territorios, articulando personas y comunidades para apoyar las unidades de atención, en general, y las unidades de atención básica, en particular, en la realización de medidas de aislamiento y de cuidados individuales y colectivos a fin de acompañar a las personas, las respuestas a sus necesidades y la reducción de la transmisión en cada territorio;
- 5) Articular y coordinar la vigilancia laboratorial y el testeo con diferentes métodos, definiendo criterios de uso, prioridades y estrategias para ampliar la capacidad y la agilidad de confirmación de casos, considerando la realidad local de acceso a los medios diagnósticos;
- 6) Proponer y articular, con los diversos puntos de la red de atención, diferentes estrategias para recogida y procesamiento de los diagnósticos de los casos sospechosos y contactos: recolección domiciliaria, drive-thru, farmacias privadas (que estén autorizadas a realizar test rápidos), servicios de primer contacto de casos sospechosos,

servicios de selección de sintomáticos respiratorios territorializados, red de laboratorios públicos y privados, servicios hospitalarios, etc.;

- 7) Formular medidas de prevención, protección y reducción de la transmisión orientadas a los trabajadores y a los usuarios de establecimientos comerciales y de servicios, en general, con énfasis en los servicios esenciales, penitenciarios y de hogares de ancianos, que puedan ser implementadas por medio de acciones de comunicación, educación y fiscalización;
- 8) Monitorear e identificar rápidamente los brotes en los ambientes de trabajo, instituciones de asilo y en los territorios, para que se pueda implementar medidas de aislamiento, de control de la transmisión y de cuidados adecuados a la realidad.

### **Servicios para la primera atención**

Es fundamental organizar, en cada territorio, las estrategias y los servicios responsables por la primera atención, considerándose la gravedad del cuadro clínico. Con esa finalidad, deben ser establecidos los puntos de acceso y los flujos efectivos para el cuidado, con la realización de selección y de encaminamientos direccionados, según la gravedad, de los casos de síndromes gripales, de los casos sospechosos o confirmados de la COVID-19 (y de sus respectivos contactos), así como de los casos referentes a otras necesidades de salud en los territorios<sup>1,5</sup>.

Se trata de la implementación de equipos dedicados y preparados para la comunicación con la población en general y para la atención a los casos sospechosos de la COVID-19 en cada territorio. Esos puntos de atención deben ser establecidos considerándose las necesidades, las capacidades instaladas y las posibilidades de atención, según la garantía de aislamiento para protección tanto de los trabajadores, como de los usuarios de los servicios de salud. Deben considerar, también, la diversidad de los casos: asintomáticos, ligeros, moderados, graves o críticos.

Entre las posibilidades de servicios que acojan los usuarios y sus demandas por información y cuidado, en especial aquellos con señales y síntomas indicativos de la COVID-19, cabe destacar:

- **Servicios telefónicos, on-line y aplicaciones**

Son dispositivos de telesalud que, considerándose las características de transmisibilidad de la COVID-19, deben ser priorizados en los territorios. Disminuir la circulación de personas contribuye para el control de la pandemia, de suerte que organizar la atención por medio de estrategias de telecomunicación propicia el cuidado, la protección y seguridad de las personas y de los trabajadores de salud. Esas estrategias tienen el objetivo doble de propiciar el primer contacto de los usuarios con el sistema de salud y de garantizar el acompañamiento y la monitorización de las personas en situación de aislamiento domiciliario. El diseño de la línea de cuidado y su publicitación contribuyen para que, a partir del primer contacto, los trabajadores de los servicios de atención remota tengan las informaciones necesarias para el encaminamiento de los casos.

- **Servicios de testeos**

Entre las estrategias para el control de la pandemia, se destaca la necesidad de testar y confirmar los diagnósticos de la COVID-19 para identificar la propagación de la enfermedad en los territorios y propiciar las condiciones de aislamiento y cuidado de las personas<sup>1,5,12</sup>. Una estrategia para implantación de la línea de cuidado consiste en organizar procesos y servicios de testeo adecuados a la realidad y asociados a los servicios de telesalud, de vigilancia en salud y de atención básica, objetivando disminuir la circulación de las personas con casos sospechosos y minimizar la posibilidad de transmisión de la enfermedad en los territorios. Para ese propósito, pueden ser utilizados servicios de drive-thru, farmacias privadas y servicios de recolección domiciliaria de exámenes etc.

- **Servicios presenciales de acogida, selección y cuidado**

Deben ser definidos e implementados puntos presenciales de atención de primer contacto a las personas que tengan síndromes gripales o que sean identificadas como casos sospechosos y/o confirmados de la COVID-19, de acuerdo con la realidad local. Para ese fin, pueden ser utilizadas: unidades específicas de selección, unidades de atención básica/de salud de la familia, urgencias y emergencias prehospitalarias y hospitalarias.

La organización de los puntos de entrada a primer

acceso de las personas necesita ser definida y construida en cada territorio, siendo fundamental el pacto y la explicitación de las responsabilidades, de los flujos de comunicación y de continuidad del cuidado para garantizar la respuesta a las necesidades de salud de la población. En ese contexto, es fundamental garantizar el aislamiento y la protección de los trabajadores de salud y de todos los usuarios de los servicios de acogida.

### **Atención Básica**

Para el enfrentamiento a la pandemia es fundamental rescatar y apoyar la centralidad y el protagonismo de la atención básica en el cuidado de las personas en los territorios<sup>9,21,22</sup>. La atención básica, como puerta de entrada preferencial de acceso al sistema de salud, debe caracterizarse por la actuación activa en los territorios junto a las poblaciones y sus organizaciones, por medio del trabajo interdisciplinar en equipo multiprofesional, abarcando un amplio conjunto de estrategias y prácticas para el cuidado de los usuarios, según sus necesidades<sup>23</sup> de promoción, protección, prevención, cura, rehabilitación o cuidados paliativos<sup>24</sup>. Las unidades de atención básica y de salud de la familia, relacionadas y articuladas a los demás elementos de la línea de cuidado de la COVID-19, contribuyen para el acceso y la continuidad del cuidado oportuno y calificado, en especial por el vínculo con la población adscrita.

Es fundamental para el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19 que los servicios comprendan la forma como individuos y colectividades producen y reproducen sus condiciones de existencia. Diversas experiencias han demostrado que intervenciones territoriales de los sistemas de salud han contribuido para el control de la pandemia, para la disminución de la propagación de la COVID-19, para la oferta del cuidado oportuno según las necesidades de las personas y para la disminución del número de muertes.

En el contexto de proliferación de la COVID-19, los equipos que componen la atención básica (Unidades Básicas de Salud/Unidades de Salud de la Familia) necesitan estar amparadas para responder a las necesidades en salud de sus

territorios de actuación por medio de las siguientes prácticas:

- 1) Articulación y desarrollo de acciones de educación popular y de movilización y participación de la comunidad para proponer e implementar:
  - a. Medidas de promoción, prevención y cuidado en virtud de las realidades y necesidades de los territorios, objetivándose la disminución de la propagación de la COVID-19 por medio del distanciamiento social;
  - b. Acciones de higiene y protección individuales y colectivas;
  - c. Medidas de identificación ágil de casos sospechosos y aislamiento de esos casos, de los casos confirmados y de sus contactos;
  - d. Acogida, selección y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios;
  - e. Recolección y testeo domiciliarios y en los servicios;
  - f. Notificación de los casos, orientación y articulación de las condiciones de aislamiento para las personas y sus contactos en los territorios;
  - g. Identificación oportuna de las personas con complicaciones y agravamiento; y
  - h. Encaminamiento de personas a los demás puntos de atención<sup>11</sup>.
- 2) Identificación y monitorización de grupos vulnerables y mantenimiento de la atención a las demandas agudas, crónicas agudizadas y crónicas del territorio en las unidades básicas de salud y en la atención domiciliaria;
- 3) Respuesta articulada e intersectorial a las adversidades causadas por el aislamiento social prolongado (violencia, trastornos mentales, precarización económica y demás necesidades en salud causadas por la pandemia)<sup>11</sup>;
- 4) Identificación previa, proposición y efectivización de acciones de prevención en los sitios con riesgo más alto de infección y posibilidad de surgimiento de brotes en los territorios, por el intercambio de conocimiento entre los trabajadores de los equipos de atención básica y las comunidades acerca del territorio y de la población adscrita;
- 5) Implantación de estrategias para apoyo, orientación y acompañamiento continuo, durante todo el período de atención domiciliaria, de los casos sospechosos y de los confirmados no agudizados de COVID-19 y de sus contactos hasta la completa resolución de los síntomas<sup>25</sup>, por medio de teleconsulta y televigilancia, de forma articulada con los servicios de vigilancia

epidemiológica y los demás servicios de referencia en el territorio;

- 6) Educación y articulación de la participación de la comunidad en la implementación de las medidas de prevención, identificación ágil de casos sospechosos y aislamiento de esos casos, de los casos confirmados y de sus contactos<sup>11</sup>;
- 7) Organización y ejecución de las campañas de vacunación contra la influenza y otras enfermedades, con medidas avanzadas de control de infección, considerándose criterios de riesgo y vulnerabilidad (ancianos, mujeres gestantes, profesionales de salud, trabajadores de servicios esenciales, etc.), en los domicilios o por medio de drive-thru en locales públicos;
- 8) Apoyo psicosocial a los usuarios por medio de acompañamiento, preferencialmente remoto, cuando identificadas crisis y situaciones de vulnerabilidad o agravamiento en sufrimiento psíquico.

Las acciones de atención básica se caracterizan por el poder de inducción a las acciones de los demás puntos de atención, como promoción y prevención, vigilancia en salud, identificación de necesidades y cuidado de la población. Las tecnologías relacionales, porque resultan en vínculo, la escucha y la responsabilización sobre las necesidades individuales y colectivas que se presentan a diario, hacen con que la atención básica tenga un rol protagonista en la coordinación del cuidado en las redes de atención, contribuyendo para el mejoramiento de la línea de cuidado de la COVID-19 en su integralidad. Cuanto más atentos y resolutivos sean los equipos de atención básica al responder a las necesidades de salud de los territorios, mejores serán la posibilidad de acceso, la calidad y la articulación efectiva de la línea de cuidado.

### **Servicios de Acogida**

Servicios de acogida son indispensables para la garantía de las condiciones de aislamiento y cuidado de personas identificadas como casos sospechosos, casos confirmados, tanto asintomáticos, como sintomáticos ligeros y sus contactos. Son fundamentales, también, para la protección de los trabajadores de la salud sin condiciones de aislamiento domiciliario debido a la condición social o de trabajo<sup>1,5</sup>. Para ese fin, pueden ser utilizados hospitales de pequeño porte, hoteles, albergues, organizaciones comunitarias, escuelas, clubes, etc.



Esos tienen como propósito acoger a las personas, reducir la transmisión comunitaria y prestar los cuidados necesarios a aquellas que los necesiten. Son direccionados no solo a las personas identificadas como casos sospechosos, asintomáticos o con síntomas ligeros, o como casos confirmados, por test o por señales y síntomas, pero también a los trabajadores de la salud directamente involucrados en la atención a casos de la COVID-19. Se trata de ofrecer, según la realidad local, una respuesta a la incapacidad de las personas en satisfacer sus necesidades básicas y garantizar las condiciones de aislamiento y protección de los familiares y de los demás residentes en sus residencias. Entre las principales funciones de esos servicios se destacan<sup>1,5</sup>:

- 1) Garantizar instalaciones adecuadas, asegurándose las condiciones de aislamiento, para que se puedan reducir las posibilidades de transmisión;
- 2) Ofrecer apoyo psicosocial durante la cuarentena, una vez que se trata de un período estresante, en que la vida de las personas es prácticamente interrumpida;
- 3) Atender a las necesidades básicas de sustento y a las demandas por acompañamiento y cuidado, según las especificidades;
- 4) Proporcionar el encaminamiento, a su debido tiempo, de las personas que demandan cuidados, según la gravedad de los casos.

### **Atención Prehospitalaria Móvil**

Para la atención y el desplazamiento de las personas a los servicios de referencia en los territorios, según las necesidades locales, es indispensable la articulación entre la red de servicios y la red de atención prehospitalaria, incluyéndose el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU, cuyo número telefónico en Brasil es el 192), o transporte sanitario y las ambulancias.

En una región de salud, las necesidades de cuidado de las personas serán respondidas por distintos servicios. Por ello, es necesario garantizar el desplazamiento de los usuarios, de su residencia o de los servicios de acogida y de primer contacto hasta los servicios de referencia, según la gravedad de los casos. Hay que considerar la especificidad de las demandas, sobre todo cuando se refieran a las garantías de seguridad y protección de los trabajadores, de control de la transmisión y de atención requerida en cada caso.

### **Central de Regulación de Camas y Hospitalizaciones**

La centralización de la regulación de las demandas por atención y de la oferta de camas de hospitalización por COVID-19 en los estados ha sido recomendada como la estrategia más adecuada para garantizar la atención en tiempo oportuno a las personas que demanden cuidados en régimen de hospitalización y con más densidad tecnológica. Se trata de organizar el registro de camas de toda la red de atención en condiciones de servir a las personas que presenten síntomas moderados, graves y críticos de la COVID-19, mapear y articular la comunicación entre las Unidades de Atención de Urgencias (UPA, de la abreviatura en portugués), los servicios de urgencias y los hospitales con recursos disponibles para ese cuidado (servicios ejecutantes) y los puntos de primera atención que demandarán encaminamientos de los casos (servicios y profesionales solicitantes). Para ese fin, son necesarios protocolos, flujos, sistemas de información y equipos de regulación<sup>11</sup>.

Para garantizar agilidad y acceso al cuidado de las personas que demandan atención hospitalaria, es preconizada la centralización de las informaciones necesarias a la regulación de la demanda por hospitalización y de la oferta de camas, integrando los sistemas públicos y privados, de tal manera que el uso de la capacidad instalada se base en las necesidades en salud y en la gravedad de los casos<sup>11</sup>.

Ese proceso presupone que las centrales de regulación de las camas en los territorios estén en funcionamiento y que las demás unidades de atención de la línea de cuidado, principalmente aquellas con capacidad para recibir los casos graves y críticos, hayan organizado núcleos internos de regulación. Cabe destacar que ese proceso implica articular la regulación y el acceso a la atención de los casos de la COVID-19 y de las demás demandas, con el objetivo de garantizar el acceso al conjunto de las necesidades en salud.

### **Atención prehospitalaria fija y hospitales**

Las necesidades de cuidado de los casos moderados, graves y críticos de la COVID-19 presuponen hospitalización y atención especializada. Para ese fin, es fundamental la

organización, en cada territorio, de los diferentes servicios — UPAs, servicios de urgencia, hospitales y unidades de cuidados intensivos (UCIs) — para que sean disponibilizados y/o ampliados como referencia para el cuidado de las personas que demanden atención de mayor densidad tecnológica<sup>11</sup>.

La atención hospitalaria es el elemento de la Red de Atención a la Salud (RAS) constituido por las unidades con capacidad de hospitalización. Considerándose que un 40% de los casos de la COVID-19 son moderados, un 15% son graves y un 5% son críticos<sup>1,5</sup>, las demandas por camas de hospitalización y por camas de unidades de terapia intensiva serán considerables durante la pandemia, en especial en la ausencia de políticas que objetiven la reducción de la transmisibilidad en la comunidad.

Actualmente, el proceso de gestión del hospital presenta el importante reto de articular una serie de actos cuidadores individuales — diversos, especializados y fragmentados — para producir un cuidado de calidad, eficaz y coordinado por medio de la construcción interna de la línea de cuidado<sup>26</sup>. Para la atención a la COVID-19, hace falta separar las capacidades instaladas, los equipos y los flujos de selección, de atención y de exámenes diagnósticos de las personas con síntomas respiratorios y de aquellas identificadas como casos sospechosos de la COVID-19. Se trata de garantizar hospitales, salas, unidades y/o partes del edificio, con plantas separadas y condiciones de aislamiento para ampliar la protección y reducir los riesgos de transmisión de los trabajadores de salud y de los demás usuarios de los servicios.

Según aquello preconizado por la Política Nacional de Atención Hospitalaria (PNHOSP) en el ámbito del SUS, los hospitales que componen la RAS deben tener acceso regulado para la atención a la demanda encaminada y/o espontánea y estar vinculados a una población de referencia con base territorial definida<sup>27</sup>. Considerándose la extensión territorial y las diferencias regionales del país, la línea de cuidado de la COVID-19 debe ser constituida por medio de la articulación de las acciones y servicios disponibles en las regiones de salud. En el caso de la oferta de hospitalizaciones y cuidado de mayor densidad tecnológica, hay que establecerse referencias considerándose la capacidad de responder a la gravedad de los casos

en las UPAs, en los servicios de urgencia y en los hospitales existentes en el territorio.

Para la prestación de servicios de hospitalización en el contexto de enfrentamiento a la infección por la COVID-19, se sugiere que los gestores y los equipos construyan las líneas de cuidado en el interior de los servicios y (re)organicen procesos de trabajo y flujos asistenciales, para las siguientes acciones y estrategias:

- 1) Elaborar un plan de respuesta/contingencia para preparar el hospital para atender, de manera coordinada, a los casos sospechosos y confirmados de la COVID-19, involucrando los equipos y los liderazgos en los procesos de trabajo pactados<sup>2</sup> sobre: planeamiento del itinerario de los pacientes y trabajadores; definición de áreas restrictas y de aislamiento, con todos los recursos e insumos necesarios; acciones de seguridad, control de infección y necesidad de equipos de protección individual (EPIs); flujos y protocolos; acciones de diagnóstico y vigilancia de los casos.
- 2) Establecer flujos y protocolos basados en las mejores evidencias científicas para las diferentes áreas y sectores del servicio, considerándose las especificidades de las demandas de selección, acogida, manejo clínico y/o quirúrgico, rehabilitación, alta y cuidados después del alta, así como las necesidades de continuidad del cuidado para la población de referencia, en conformidad con los acuerdos regionales y con los acuerdos de la red de salud local efectivada en la línea de cuidado.
- 3) Garantizar equipos e insumos necesarios para el cuidado de los pacientes por gravedad, destacándose cuadros clínicos de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG), necesidad de diálisis, oxigenoterapia, ventilación mecánica o transición del cuidado para hospitales con camas de UCI si necesario<sup>28</sup>.
- 4) Planear estrategias para contexto de hacinamiento del servicio:
  - a. Reevaluar pacientes hospitalizados e identificar posibles altas o posibilidades de cuidado en otros servicios;
  - b. Expandir la capacidad hospitalaria para casos graves y críticos;
  - c. Accionar camas extras en locales de asistencia alternativos (equipos médicos de emergencias, hospitales móviles, etc.)<sup>29</sup>.
- 5) Adoptar herramientas de comunicación intra, inter y extra-hospitalaria, garantizando que:
  - a. Los trabajadores tengan acceso a los flujos y procesos de trabajo pactados y puedan actuar con autonomía y de manera

- optimizada;
- b. Los servicios de regulación tengan conocimiento del contexto hospitalario en tiempo real (capacidad instalada y ocupación de las camas, tecnologías de cuidado, flujos de acceso, etc.);
  - c. La población tenga acceso a informaciones de salud que auxilien en la toma de decisiones acerca del desplazamiento de los servicios de salud locales;
  - d. Los equipos y la gestión emitan informaciones cohesivas y de manera transparente.

Los hospitales son locales de intervención en salud, según las necesidades singulares de cada paciente<sup>3</sup>, de la población local o encaminada. Planear e implementar cambios en el proceso de trabajo en salud, objetivándose la calidad de los servicios, la capacitación de los profesionales y la garantía de insumos e infraestructura, son estrategias fundamentales para el enfrentamiento de la pandemia y para la resolución del sistema de salud.

### **Atención Domiciliaria**

La atención domiciliaria incluye la identificación de casos y la evaluación de las condiciones de aislamiento, de seguridad, de acceso a las necesidades básicas y de cuidado en salud en la residencia de las personas. Puede ser realizada por los equipos de atención básica, con recursos de telesalud o por los servicios de atención domiciliaria del Programa “Melhor em Casa”. Se trata de garantizar el cuidado no solo de las personas identificadas como casos sospechosos o confirmados de la enfermedad, asintomáticos o sintomáticos ligeros, pero también de las personas después del alta hospitalaria que presenten necesidades y demandas específicas.

Ese tipo de atención incluye la identificación y el acompañamiento de casos sospechosos, de casos confirmados y de sus contactos, así como la evaluación de las condiciones de aislamiento, seguridad, acceso a las necesidades básicas y cuidado en salud en la residencia, debiendo también incluir las personas sin hogar y otras personas en situación de vulnerabilidad social en cada territorio. Son acciones tradicionalmente realizadas por los equipos de atención básica. Entretanto, hay que considerar la posibilidad de movilización y articulación de los servicios de

atención domiciliaria con programas como el programa “Melhor em Casa”, especialmente para las personas después del alta hospitalaria que presenten demandas específicas de cuidado<sup>25</sup>.

### **Cuidado en Situación de Fallecimiento**

Se trata de articular, en cada territorio, cuando sea necesario, los servicios de declaración de defunción domiciliaria con los servicios funerarios, de acogida y de acompañamiento de la familia.

### **Rehabilitación**

Es necesario identificar y organizar servicios de rehabilitación en la red de atención para la continuidad del cuidado, una vez que hay demandas específicas para las personas que tuvieron casos graves y críticos de COVID-19, después del alta de la UCI y hospitalaria, pero sobretudo considerándose los recientes estudios que apuntan para la persistencia de síntomas y complicaciones en personas tras la fase aguda de la infección.

### **Protección Física y Psicosocial de los Trabajadores de la Salud**

Es fundamental reconocer la posibilidad, la necesidad y la viabilidad, en cada territorio, de la organización de una línea de cuidado de la COVID-19 para los trabajadores de salud, considerándose la pertinencia de cuidado y apoyo de estos que son uno de los grupos demográficos más vulnerables a la pandemia y que han enfrentado riesgos físicos y psicosociales más altos. Trabajadores y trabajadoras de salud debilitados y enfermos imposibilitan el mantenimiento y la garantía del cuidado de las personas y el funcionamiento de las redes de atención. Hay que organizarse la vigilancia y la producción de informaciones para ese público, así como puntos de atención, acciones y flujos de monitorización, de identificación, testeo, cuidado y apoyo que atiendan a las especificidades y garanticen la protección física y psicosocial de los trabajadores y las trabajadoras de salud, fundamentales para el mantenimiento del trabajo<sup>29,30</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

La construcción de líneas de cuidado es un proceso dinámico que presupone la articulación y pactos entre gestores, trabajadores y usuarios de los servicios de salud. Se basa en el conocimiento producido y compartido, tanto de las necesidades en salud, como de las capacidades de respuestas en los territorios. Abarca la (re)organización de procesos de gestión, participación y educación permanente que, articulados, contribuyan para los recorridos seguros y resolutivos de cuidado de los usuarios en cada punto y en la red de atención. Esos procesos son variables en el tiempo y en el espacio si efectivamente están comprometidos con las necesidades de las personas y sus singularidades y con las particularidades de los territorios.

El movimiento de (re)construcción de la línea de cuidado es un dispositivo que activa y refuerza la reorganización de los procesos de trabajo, las redes de atención a la salud, posibilitando la comunicación, el aprendizaje y la participación. Cabe a los departamentos de gestión del trabajo y educación de las tres entidades federadas articular acciones que puedan contribuir para la disponibilidad de la fuerza de trabajo adecuada, en cantidad, competencias y habilidades, para responder a las necesidades de cuidado en los puntos de atención de la línea de cuidado diseñada en cada territorio.

En el caso de la respuesta a la pandemia de la COVID-19, ese proceso tendrá una dinamicidad

aún mayor, considerándose que hay mucho que aprender y producir, especialmente conocimientos y tecnologías, tanto sobre la enfermedad y las formas de prevenirla y cuidarla, como sobre las respuestas de los sistemas de salud y de los servicios, considerándose la diversidad de las realidades. El diseño de las líneas de cuidado y de las acciones a ser desarrolladas serán diferentes, considerándose la capacidad y el contexto de cada territorio, municipalidad y estado, así como la intensidad y la prevalencia de la transmisión local de la COVID-19.

Hay que considerar que la respuesta a la mayor crisis de salud ya vista en Brasil y en el mundo también sea movilizadora de la articulación, de la creatividad y del protagonismo para la superación de las fragmentaciones, de los vacíos asistenciales, de las inequidades y de la falta de responsabilidad que comprometen la respuesta del SUS a las necesidades de salud de las personas en los territorios. Que las acciones desencadenadas, los servicios creados y ampliados, las tecnologías y las prácticas profesionales que desarrollemos sean un legado para la red de atención a la salud como un todo, pero, sobre todo, para la ampliación de la resolución y del acceso a la atención básica y a las redes de atención en los territorios. El propósito principal de la línea de cuidado de la COVID-19, aquí presentada, es contribuir para la construcción del SUS, de acuerdo con los principios y directrices de universalidad, integralidad, equidad, descentralización, regionalización y participación social.

## REFERÊNCIAS:

- <sup>1</sup> WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 28/11/2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> 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>.



- <sup>5</sup> OMS. Organização Mundial de la Salud. **Atualização 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](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10). Acessado em: 15 de maio de 2020.
- <sup>6</sup> 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](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>.
- <sup>7</sup> 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/>
- <sup>8</sup> 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/>
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> 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>.
- <sup>11</sup> 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](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y) Acessado em 16 de maio de 2020.
- <sup>12</sup> 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](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51983/OPASBRACOV1920038_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acessado em: 16 de maio de 2020
- <sup>13</sup> 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.
- <sup>14</sup> MERHY, Emersom Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- <sup>15</sup> 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/OPASBRASHSHRCOV19200011\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52158/OPASBRASHSHRCOV19200011_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acessado em 20 de maio de 2020.
- <sup>16</sup> 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/OPSHSSHRCOV19200010\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52114/OPSHSSHRCOV19200010_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acessado em: 15 de maio de 2020.

- <sup>17</sup> Brasil. **Portaria 639, de 31 de março de 2020.**
- <sup>18</sup> 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.
- <sup>19</sup> 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](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=999). Acessado em: 15 de maio de 2020.
- <sup>20</sup> 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](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51967/OPASBRACOV1920022_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acessado em: 16 de maio de 2020.
- <sup>21</sup> 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.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>23</sup> 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](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.
- <sup>24</sup> 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](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.
- <sup>25</sup> Merhy EE, Cecílio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev Saúde em Debate** 2003; 22(64):110-122.
- <sup>26</sup> 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acessado em 21 de maio de 2020.
- <sup>27</sup> 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.

- <sup>28</sup> 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.
- <sup>29</sup> 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>
- <sup>30</sup> 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. 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. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g577>.

Recibido en: 20/10/2020

Aprobado el: 21/12/2020

