

ANÁLISE DO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM MATO GROSSO DO SUL

ANALYSIS OF THE FIGHT AGAINST COVID-19 IN MATO GROSSO DO SUL
ANÁLISIS DE LA LUCHA CONTRA LA COVID-19 EN MATO GROSSO DO SUL

Inara Pereira da Cunha

Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Campo Grande, Mato Grosso do Sul - Brasil
0000-0002-5330-6869

Sílvia Helena Mendonça de Moraes

Fundação Oswaldo Cruz. Campo Grande, Mato Grosso do Sul - Brasil
0000-0002-4815-0863

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Campo Grande, Mato Grosso do Sul - Brasil
0000-0002-8598-3266

Ana Luiza Machado Pinto

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - Brasil
0000-0001-7463-5082

Vicente Sarubbi Junior

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul - Brasil
0000-0002-9149-1639

RESUMO

Analisar os planos de enfrentamento da COVID-19 entre os municípios do estado de Mato Grosso do Sul (MS). Estudo quantitativo, documental, dos planos de contingência à COVID-19 elaborados por onze municípios-sede de microrregiões de saúde do estado de MS, no ano de 2020. Estipulou-se 30 requisitos mínimos referentes à Vigilância em Saúde (VS), Suporte Laboratorial (SL), Assistência à Saúde (AS), Comunicação, Mobilização e Publicidade (CMP) e Gestão (G), pontuados na escala Likert. Aplicou-se análise descritiva dos dados. Do total, foram recuperados nove planos de contingência. O SL foi a dimensão mais bem descrita nos planos municipais, seguido da VS. A AS e a G foram as dimensões com menor desempenho. O município de Campo Grande obteve a maior pontuação geral. Esforços foram concentrados no planejamento de ações no âmbito do SL e VS. Sugere-se ampliar a qualificação dos profissionais para a elaboração dos planos de contingência.

Descritores: *Planos de Contingência; Gestão em Saúde; Infecções por Coronavírus; Pandemias.*

ABSTRACT

To analyze the plans to combat COVID-19 among the municipalities of the State of Mato Grosso do Sul (MS). Quantitative, documentary study of the COVID-19 contingency plans prepared by eleven municipalities that are home to health microregions in the state of MS, in 2020. 30 requirements were stipulated, references to Health Surveillance (VS), Laboratory Support (SL), Health Care (AS), Communication, Mobilization, Publicity (C,M,P), and Management (G) and scored on the likert scale. Descriptive data analysis was applied. Of the total, nine contingency plans were recovered. SL was the dimension best described in the municipal plans, followed by VS. AS and G were the dimensions with the lowest performance. The municipality of Campo Grande had the highest overall rating. Efforts were focused on planning actions within the scope of SL and VS. It is suggested to expand the qualification of professionals for the preparation of contingency plans.

Descriptors: *Contingency Plans; Health Management; Coronavirus Infections; Pandemics.*

RESUMEN

Analizar los planes de combate a la COVID-19 entre los municipios del Estado de Mato Grosso do Sul (MS). Estudio cuantitativo, documental de los planes de contingencia COVID-19 elaborados por once municipios que albergan microrregiones de salud en el estado de MS, en 2020. Se estipularon 30 requisitos mínimos, referentes a Vigilancia en Salud (SV), Soporte de Laboratorio (SL), Salud (AS), Comunicación, Movilización, Publicidad (C,M,P) y Gestión (G) y puntuados en la escala de Likert. Se aplicó el análisis descriptivo de los datos. Del total, se recuperaron nueve planes de contingencia. SL fue la dimensión mejor descrita en los planes municipales, seguida de VS. AS y G fueron las dimensiones con menor desempeño. El municipio de Campo Grande obtuvo la mayor puntuación global. Los esfuerzos se concentraron en la planificación de acciones en el ámbito de SL y VS. Se sugiere ampliar la calificación de profesionales para la elaboración de planes de contingencia.

Descriptorios: *Planes de Contingencia; Manejo de la Salud; Infecciones por Coronavirus. Pandemias.*

INTRODUÇÃO

O vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, foi deflagrado na cidade chinesa de Wuhan e disseminou-se pelo mundo no final do ano de 2019¹. Em decorrência deste evento, em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional².

A pandemia da COVID-19 é caracterizada pela presença de sintomas gripais leves e sem complicações em 80% dos casos. No entanto, 15% evoluem para hospitalização e 5% dos acometidos necessitam da assistência em unidades de terapia intensiva³. A alta transmissibilidade do vírus faz com que o número de casos crescesse de maneira exponencial, e aliada à demanda por hospitalização, essa doença possui a capacidade de saturar e colapsar os sistemas de saúde⁴.

No Brasil, até o dia 23 de maio de 2022, foram registrados em torno de 30 milhões de casos confirmados e 666 mil mortes por COVID-19⁴. No país, a distribuição e o impacto da doença opera de maneira desigual, conforme as vulnerabilidades da população e seus territórios⁵. No estado de Mato Grosso do Sul (MS), dos 79 municípios, 73,41% apresentam alta vulnerabilidade e 74,7% risco moderado a alto risco para incidência da COVID-19, necessitando, assim, de planejamento territorial para o enfrentamento da doença⁶.

É de responsabilidade de todas as esferas governamentais a elaboração de um plano de contingência para o gerenciamento da crise instituída. Nesse sentido, o plano de contingência é um documento que define as fases de prevenção, atenção e mitigação da ocorrência⁷. Este instrumento deve propor ações setoriais e intersetoriais, que visem treinar, organizar, facilitar, uniformizar ações necessárias para promover segurança da população e reduzir os danos causados pela emergência⁸.

Devido à heterogeneidade dos municípios dos estados brasileiros, se faz necessário a elaboração individual do plano de contingência para o enfrentamento da COVID-19, conforme a estrutura e a realidade local, seguindo preferencialmente os referenciais teóricos disponíveis⁹. Apesar da importância deste instrumento, a cultura do planejamento estratégico nos serviços públicos é deficitária, inclusive o plano de contingência nacional apresentou lacunas e

divergências com as recomendações sugeridas pela OMS¹⁰.

Frente ao exposto, observa-se que a elaboração do plano de contingência constitui-se um desafio no âmbito da gestão em saúde. Devido à vulnerabilidade e risco de incidência da doença no estado de MS⁶, se faz necessário conhecer as lacunas presentes nos planos de contingência dos municípios, visando colaborar com o apontamento de melhorias que auxiliem a organização da gestão local no combate à pandemia. Assim, o objetivo do estudo é analisar as estratégias descritas nos planos de contingência para o enfrentamento da Covid-19 no estado de MS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa de análise documental dos planos de contingência municipais para o enfrentamento da COVID-19, elaborados no ano de 2020.

O estado de MS possui 79 municípios e encontra-se dividido em onze microrregiões de saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas). Estas organizadas em quatro macrorregiões de saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá), de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde.

Foram solicitados, por e-mail, entre os meses de outubro de 2020 a janeiro de 2021, os planos de contingência das onze secretarias municipais de saúde. Foram resgatados ao todo nove planos municipais, sendo um excluído por se tratar de uma proposta de contingência hospitalar, e uma secretaria não respondeu a demanda solicitada pelos pesquisadores.

A primeira etapa de análise do estudo foi a construção de uma matriz de avaliação. Para a construção da matriz de avaliação foram consideradas as orientações da OMS para elaboração do Plano de Preparação e Resposta Estratégica Covid-19⁹. Também foram considerados os aspectos utilizados para a elaboração do plano de contingência nacional, elaborado pelo Ministério da Saúde¹¹. A matriz de avaliação foi composta por aspectos gerais e por dimensões essenciais, para realização de análise. Os aspectos gerais eram focados em dez critérios informativos sobre os planos de contingência, a fim de caracterizar os documentos (Quadro 1).

As dimensões essenciais eram compostas pela Vigilância em Saúde (VS), Suporte Laboratorial (SL), Assistência à Saúde (AS), Comunicação, Mobilização e Publicidade (CMP) e Gestão (G). Cada dimensão apresentava critérios de avaliação considerados na escala *Likert* de 10 pontos (0 – inadequado, 5 – parcialmente adequado, 10 – adequado). Ao todo, foram estabelecidos 30 critérios de avaliação. Foram considerados inadequados os critérios que não estavam descritos no plano, parcialmente adequados quando presentes no plano, porém sem informações sobre como seriam executados, e adequados quando havia informações detalhadas dos critérios e orientações sobre como seriam incorporados na prática.

Foram calculadas as médias para cada dimensão, somando a pontuação e dividindo pelo número de critérios de cada dimensão. Para a análise de cada dimensão, foi realizada a avaliação pelos pesquisadores de forma independente, com posterior validação em pares. Aplicou-se o gráfico radar como método geométrico para visualizar e comparar o desempenho dos planos de contingência dos municípios sedes de macrorregiões do estado de MS. Em sua forma original, o gráfico radar é um polígono cujas diagonais constituem coordenadas que, no presente estudo, registraram as dimensões essenciais dos planos avaliados, criando uma imagem do desempenho de cada município.

Aplicou-se o gráfico de coluna empilhada para visualizar a distribuição das dimensões avaliadas, do plano de contingência dos municípios-sede de macrorregiões e microrregiões de saúde de MS.

Quadro 1. Requisitos, e critérios dos aspectos gerais e das dimensões essenciais da Matriz de avaliação dos Planos de Contingência.

Requisitos	Crítérios de avaliação
Aspectos gerais	Nome do município, data da elaboração do plano de contingência, área técnica responsável pela elaboração do documento, presença de aprovação do plano pelo comitê estadual de enfrentamento a COVID-19, objetivo do plano, presença de informações sociodemográficas da população, referencial teórico, divisão do plano em níveis de respostas e menção à implantação de um núcleo ou comitê de enfrentamento da COVID-19 a nível local.
Vigilância em Saúde (VS)	Notificação Imediata. Definição de caso pela OMS. Equipe de resposta rápida. Capacitação dos profissionais de saúde.

	Barreiras nas fronteiras. Relatórios e boletins epidemiológicos. Fluxo de atendimento para casos leves, moderados e graves. Monitoramento e registro de casos confirmados. Monitoramento e registro de casos suspeitos. Monitoramento de casos de síndrome gripal e/ou síndrome gripal aguda grave.
Suporte Laboratorial (SL)	Protocolos de transporte de materiais coletados para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Estratégias tecnológicas de diagnóstico (testes). Garantia de insumos para o diagnóstico dos casos de COVID-19.
Assistência à Saúde (AS)	Divisão da resposta de enfrentamento conforme níveis de atenção à saúde. Padronização e detecção precoce de casos suspeitos. Protocolos de manejo dos casos clínicos. Protocolos de busca ativa. Orientação à população. Fluxo de transporte pré e/ou inter-hospitalar. Monitoramento de profissionais de saúde expostos. Oferta de atendimento nutricional e psicossocial abrangente. Assistência farmacêutica.
Comunicação, Mobilização, Publicidade (CMP)	Porta-voz. Envolvimento da comunidade. Apoio às funções críticas. Elaboração de materiais de educação em saúde.
Gestão (G)	Previsão do uso de recursos financeiros destinados ao enfrentamento da COVID-19. Definição de hospitais de referência e outros serviços de urgência e emergência. Articulação dos serviços de maneira regional. Garantia de insumos estratégicos.

Fonte: Autoria própria.

Por se tratar da utilização de dados secundários, o presente estudo está dispensado de autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a média global das dimensões avaliadas nos planos de contingência dos municípios, sendo de 4,4 ($\pm 1,56$) para a VS; 5,2 ($\pm 1,0$) para o SL; 3,7 ($\pm 0,87$) para a AS; 4,0 ($\pm 1,21$) para a CMP; e 3,6 para a G ($\pm 1,16$). Não houve nenhuma dimensão essencial totalmente adequada, sendo a dimensão do SL a mais bem pontuada.

Verificando ainda a distribuição das médias na Tabela 1 e Figura 1, observa-se que a VS obteve menor média em Dourados e Aquidauana e maior em Campo Grande. O SL obteve média menor no município de Três Lagoas e maior em Campo Grande e Jardim. A AS apresentou menor média em Corumbá e Aquidauana e

maior em Paranaíba. Quanto a CMP, a menor média foi identificada em Paranaíba e a maior em Dourados, Campo Grande e Jardim. Já a G, obteve menor média em Paranaíba e a maior em Dourados e Coxim.

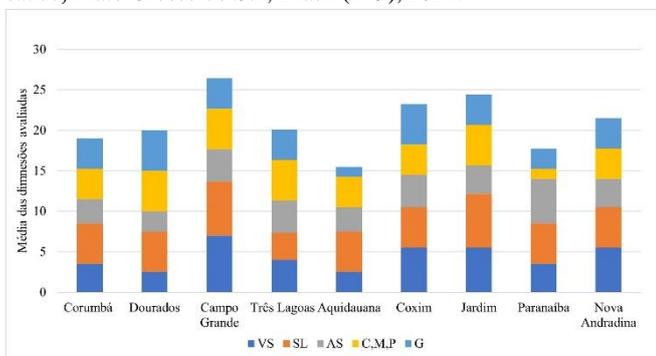
Tabela 1. Média das dimensões essenciais conforme os municípios-sede de macrorregiões e microrregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul (n=9), 2021.

Planos Municipais de Contingência da COVID-19	VS (Desvio Padrão)	SL (Desvio Padrão)	AS (Desvio Padrão)	C,M,P (Desvio Padrão)	G (Desvio Padrão)
Corumbá	3,5 (±2,1)	5,0(±0,0)	3(±2,4)	3,8(±1,9)	3,8(±1,9)
Dourados	2,5 (±2,5)	5,0(±0,0)	2,5(±2,5)	5,0(±0,0)	5,0(±0,0)
Campo Grande	7,0 (±2,4)	6,7(±2,2)	4(±2,4)	5,0(±0,0)	3,8(±1,9)
Três Lagoas	4,0 (±1,6)	3,3(±2,2)	4(±2,4)	5,0(±0,0)	3,8(±1,9)
Aquidauana	2,5(±3,0)	5,0(±0)	3(±2,4)	3,8(±1,9)	1,3(±1,9)
Coxim	5,5(±1,8)	5,0(±0)	4(±1,6)	3,8(±1,9)	5,0(±0,0)
Jardim	5,5(±1,8)	6,7(±2,2)	3,5(±2,1)	5,0(±0,0)	3,8(±1,9)
Paranaíba	3,5(±2,1)	5,0(±0)	5,5(±0,9)	1,3(±1,9)	2,5(±2,5)
Nova Andradina	5,5(±0,9)	5,0(±0)	3,5(±2,1)	3,8(±1,9)	3,8(±1,9)
Total	4,4 (±1,56)	5,2(±1,0)	3,7(±0,87)	4,0(±1,21)	3,6(±1,16)

Fonte: Autoria própria.

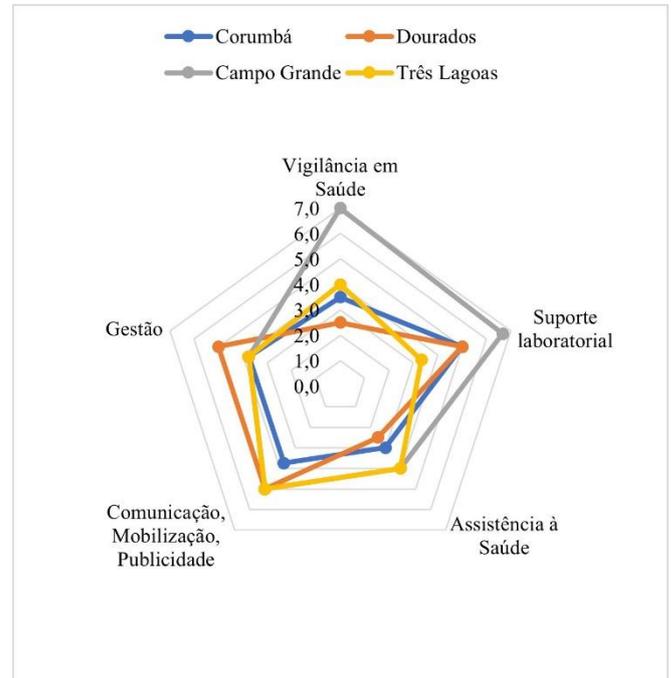
O Gráfico Radar construído oferece a visão do desempenho dos planos elaborados pelos municípios. Melhor desempenho foi observado pelo município de Campo Grande nas dimensões da Vigilância em Saúde e Suporte Laboratorial. Houve destaque do município de Dourados para a dimensão da Gestão. De maneira geral, menor desempenho foi observado por todos os municípios em relação a Assistência à Saúde (Figura 2).

Figura 1. Dimensão de desempenho dos planos de contingência conforme os municípios-sede de macrorregiões e microrregiões de saúde, Mato Grosso do Sul, Brasil (n=9), 2021.



Fonte: Autoria própria.

Figura 2. Dimensão de desempenho dos planos de contingência conforme os municípios-sede de macrorregiões de saúde, Mato Grosso do Sul, Brasil (n=4), 2021.



Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Os planos de contingência são documentos que norteiam a manutenção dos serviços essenciais para a preservação da vida, minimizando danos sociais, econômicos, de meio ambiente, protegendo grupos populacionais e as áreas de maior vulnerabilidade. Dessa maneira, devem conter no mínimo informações sobre a finalidade do plano, cenários de riscos, níveis de resposta, diretrizes e ações, planilha de recursos, instituições/setores envolvidos, lista de contatos e atribuições específicas dos atores que o compõem⁷.

Assim, tornam-se preocupantes os achados presentes, os quais revelam que os planos de contingência elaborados pelos municípios do estado de MS estão parcialmente adequados, pois pouco descrevem as ações propostas para as dimensões investigadas. Isso pode refletir na preparação de respostas rápidas dos serviços de saúde, diante da crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2. As dificuldades na elaboração de planos de contingência para o enfrentamento da COVID-19 também foram observadas no estado do Paraná. Do total de 356 planos municipais de contingência avaliados, 60% não atenderam aos requisitos mínimos estipulados pelos pesquisadores e 43,3% foram considerados frágeis em relação à resposta de enfrentamento à pandemia¹².

Os achados ainda revelam discrepâncias entre os planos de contingência dos municípios-sede de macrorregiões de saúde, apresentando melhor desempenho o município de Campo Grande (capital do estado). Em se tratando dos municípios-sede de microrregiões, Jardim e Coxim destacaram-se em relação aos demais. Observou-se também maiores escores relacionados à dimensão da vigilância em saúde e do suporte laboratorial.

Estudo que analisou nove planos de contingência dos estados do Nordeste evidenciou heterogeneidades em relação a estes documentos. No âmbito das ações de Vigilância em Saúde, a maioria dos planos apresentavam informações sobre suporte e monitoramento dos casos confirmados, suspeitos, e descrição sobre o processo de notificação de casos pelos estabelecimentos de saúde¹³, assim como os planos analisados dos municípios do estado de MS.

Um estudo de caso que descreveu as estratégias municipais de prevenção e proteção à COVID-19 na cidade de Palhano, Ceará, no ano de 2020, revelou que dentre os esforços públicos estavam as ações de vigilância em saúde, especialmente na implantação de barreiras sanitárias entre as vias de acesso da cidade. Segundo os autores, este município bloqueou a entrada de cargas que não eram essenciais e restringiu a entrada de pessoas no território, liberando o acesso e a passagem para outros trabalhadores de saúde de municípios fronteiriços. Durante esta triagem, quando identificados possíveis casos de contaminação, os indivíduos eram orientados a testarem e a realizarem o isolamento social¹⁴. Essas são descrições importantes das atividades propostas no âmbito da vigilância em saúde, que pouco foram identificadas na análise das informações coletadas pelos planos dos municípios de MS.

Ainda, há de refletir que a vigilância em saúde, na prática, acaba por atuar de forma setorializada em Vigilância Epidemiológica, responsável pelo controle das doenças e agravos de saúde, operando na pandemia na divulgação de casos e nas medidas de prevenção e controle da COVID-19, e em outras como a vigilância sanitária, a qual atua como suporte dos serviços de saúde e dos fármacos¹⁵. De forma geral, como também identificado por Machado et al. (2020)¹³, essa setorialização da vigilância em saúde não é identificada nos planos de contingência, mas suas atividades são observadas na leitura dos planos de contingência. Nesse raciocínio, pode-se justificar que as ações de vigilância

em saúde, quando bem descritas, podem refletir também na descrição da organização de um melhor suporte laboratorial nos municípios, via ações da vigilância sanitária e sua fiscalização em relação aos testes a serem proporcionados a população¹⁶.

De forma geral, faz sentido que o suporte laboratorial seja bem pontuado nos planos de contingência. Essa é uma dimensão que considerou a disponibilidade de testes, presença de um fluxo de coleta do material, conservação e envio correto de amostras de exame, de acordo com o padronizado pelo Laboratório Central do Estado de Mato Grosso do Sul (LACEN/MS). Essa dimensão vai de encontro com a sugestão da OMS, que sugere a descrição de estratégias que promovam a capacidade de detecção do vírus nos planos de contingência⁹.

Apesar do considerável desempenho em algumas das dimensões avaliadas, a maioria dos planos de contingência dos municípios apresentaram baixo escore nas dimensões de gestão e de assistência à saúde. Com relação à dimensão da gestão, vários critérios foram considerados neste estudo, tais como: previsão do uso de recursos financeiros destinados ao enfrentamento da COVID-19, definição de hospitais de referência e outros serviços de urgência e emergência; articulação dos serviços de maneira regional; garantia de insumos estratégicos. Observa-se que esses critérios também são meios que aumentam a capacidade de atendimento à saúde da população, frente à pandemia. Tais medidas também deveriam ser sistematizadas nos planos de enfrentamento à COVID-19.

Estudo que reporta a experiência do município de Niterói, via análise documental, no período de janeiro a junho de 2020, descreveu que, dentre as ações adotadas pela gestão local, estavam a ampliação da capacidade de atendimento, especialmente dos hospitais. Com recursos próprios, foi organizado um atendimento exclusivo para usuários de alto risco, contando com 140 leitos, com capacidade de diagnóstico e aparelhos para ventilação mecânica e monitorização completa com oximetria e capnometria. Para além dessa unidade hospitalar exclusiva, foram criados fluxos específicos entre a atenção primária à saúde e unidades de atendimento de emergência e hospitais, garantindo que uma linha de cuidado adequado fosse estabelecida, quando do acesso do usuário acometido, ou suspeito pela COVID-19, no Sistema Único de Saúde¹⁷.

Estudo realizado por Santos et al (2020)¹⁸, analisou 28 Planos de Contingência na íntegra, sendo que 01 nacional, 26 estaduais e 01 do Distrito Federal. A análise do Plano de Contingência Nacional demonstrou lacunas importantes segundo as recomendações da OMS para o planejamento e execução de políticas de saúde e desenvolvimento de plano estratégico de resposta à COVID – 19. O Plano de Contingência Nacional reflete na elaboração do Plano de Contingência Estadual, conseqüentemente no Plano de Contingência Municipal, com apresentação de convergências e divergências, em alguns momentos o que pode vir a demonstrar fragilidade nas suas elaborações. De acordo com a essa pesquisa, o estado de MS, na agenda de prioridades estadual para o enfrentamento da COVID-19, quanto à atenção hospitalar das 17 prioridades estaduais definidas no Plano de Contingência Estadual, atendeu apenas cinco, o que pode corroborar com o baixo desempenho na dimensão de gestão nos municípios analisados¹⁸.

Observa-se assim que os aspectos da assistência à saúde também são fundamentais para o controle da doença, sendo esta dimensão aparentemente negligenciada no conteúdo dos planos de contingência dos municípios de MS. Em contraponto, esta dimensão foi bem explorada no plano contingência para possibilidade de infecção humana pelo novo coronavírus de um município do interior do Rio Grande do Sul¹⁹.

Segundo os autores, o documento que norteou as ações locais procurou descrever estratégias de adoção de medidas preventivas voltadas para a população, reforçou orientações sobre o uso de equipamentos de proteção individual, adequação e cumprimento de medidas de biossegurança para atendimento de casos suspeitos e confirmados e buscou a integração dos serviços de saúde, por meio da qualificação dos profissionais para o acompanhamento contínuo dos sujeitos acometidos pela COVID-19. Houve destaque para as ações de educação em saúde que versassem sobre o autocuidado, isolamento, adição de etiquetas respiratórias, higienização das mãos, para as ações de regulação do estado para as hospitalizações necessárias e atenção à saúde mental da população geral¹⁹. Informações essas pouco exploradas nos planos analisados dos municípios de MS.

De forma geral, o cenário pandêmico exigiu a ampliação da resiliência e adaptabilidade dos serviços

de saúde, por meio da adoção de um conjunto de medidas para conter a contaminação da população. Para isso, pontos-chave são elucidados por Massuda et al (2020)²⁰, dentre eles: programar ações para diferentes fases da pandemia, construir e atualizar cenários possíveis de propagação da doença, identificar áreas e populações vulneráveis e mapear a capacidade instalada. Esses são aspectos importantes que também deveriam ser considerados nos planos de contingência, com o intuito de nortear o SUS, que já apresentava insuficiência na capacidade de atendimento no início da pandemia²¹.

É fato que a COVID-19 expôs a fragilidade institucional da gestão do SUS, impondo respostas articuladas entre as diversas esferas governamentais²². No entanto, essa articulação foi pouco identificada. Na verdade, os planos de contingência de MS parecem seguir a subordinação de diretrizes nacionais, com escassa informação de ações que consideram a heterogeneidade dos municípios, advindas das diferenças culturais, econômicas e políticas. As dimensões sociais da população, a participação e inclusão do controle social que embasam uma resposta coletiva à pandemia foram abordadas de forma singela nos planos, conforme os resultados da dimensão CMP, no estudo em tela. Tais apontamentos também foram encontrados na análise do plano de contingência de Roraima²³. Isso revela a necessidade de maior integração e mobilização social no planejamento e realização de ações na mitigação dos efeitos da pandemia.

Por fim, é importante elucidar as limitações do estudo no que diz respeito à coleta dos planos de contingência dos municípios. Não houve a análise de todos os municípios-sedes das microrregiões de saúde, apesar da análise ter contemplado a maioria deles; e as macrorregiões de saúde sendo uma amostra representativa dos municípios do estado. Para a avaliação dos planos de contingência, observa-se que não há um método validado para este fim, por isso a matriz de avaliação com base nas orientações da OMS e relatos reportados na literatura serviu como base para este procedimento.

CONCLUSÃO

A maioria dos requisitos analisados como estratégias de contingência à COVID-19 no estado de MS foram considerados como parcialmente adequados, especialmente os referentes ao suporte laboratorial e vigilância em saúde. No entanto, as dimensões da assistência à saúde e gestão apresentaram menor desempenho. Ainda, as informações disponibilizadas nos planos de contingência dos municípios apenas citam quais ações devem ser tomadas, mas não esclarecem de que forma elas devem ser realizadas, podendo comprometer a efetividade das ações locais.

Sugere-se qualificar os gestores e equipes técnicas municipais quanto à elaboração dos planos e estimulá-los, por meio da educação permanente em saúde, a institucionalizar o planejamento em saúde, considerando os aspectos locais e da comunidade, como ferramenta primordial no combate à COVID-19.

FOMENTO E AGRADECIMENTO

À Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio e financiamento, por meio do Programa de Fomento à Inovação (Inova Fiocruz): Inova COVID-19 – geração de conhecimento.

Informações Editoriais

Autor Correspondente

Inara Cunha

inara-pereira@hotmail.com

Submetido 17/03/2022**Aceito** 01/06/2022

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727–33. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [online]. 2020 [citado em 2021 Set 28]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw-sqKBhBjEiwAVaQ9a0TM5vgMnrHqSq4aFOaQJ2jGVu58EMqYcReaSn7N_I5Cy9xFm3nrLRoCGHkQAvD_BwE.
3. World Health Organization. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance [online]. World Health Organization. 2020 [citado em 2021 Set 28]. Report No.: WHO/2019-nCoV/Oxygen_sources/2020.1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331746>.
4. Brasil M da S. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil [online]. 2022 [citado em 2022 Mai 23]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
5. Albuquerque MV de, Ribeiro LHL. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(12):e00208720. DOI: 10.1590/0102-311X00208720.
6. Silva MHS da, Raoul MD, Cabrero DRO. Análise sobre risco e vulnerabilidade à Covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul. *Hygeia.* 2020;164–74. DOI: 10.14393/Hygeia0054402.
7. Negri FL, de Jesus E, Krüger TR. Planos de contingência em razão da pandemia de covid-19: subsídios para elaboração. [online]. 2020 [citado em 2021 Set 10];15. Disponível em: https://www.cisama.sc.gov.br/assets/uploads/d9f97textoplanosdecontingecc82ncia_dssufsc1.pdf.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Modelo de Plano de Contingência para Emergência de Interesse da Saúde Pública [online]. 2020 [citado em 2021 Set 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/982json-file-1>.
9. World Health Organization. Operational planning guidelines to support country preparedness and response [online]. 2020 [citado em 2021 Set 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/draft-operational-planning-guidance-for-un-country-teams>.
10. Albuquerque NLS de. Planejamento operacional durante a pandemia de covid-19: comparação entre recomendações da organização mundial da saúde e o plano de contingência nacional. *Cogitare Enferm.* 2020;25: e72659. DOI: 10.5380/ce.v25i0.72659.
11. Brasil M da S. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. [online]. 2020 [citado em 2021 Set 10];26. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>.
12. Oliveira ECV de, Souza MG de, Silva PR, Fabris D, Lopes MGD. Planos de contingência para enfrentamento da COVID-19: Análise da resposta no estado do Paraná. *Rev Saúde Pùb Paraná.* 2020;3(2):147–57. DOI: 10.32811/25954482-2020v3n2p147.
13. Machado MF, Quirino TRL, Souza CDF de. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. *Vigil Sanit Debate.* 2020;8(3):70–7. DOI: 10.22239/2317-269X.01626.
14. Almeida MRP, Cavalcante A de M. Ações municipais de prevenção e proteção ao enfrentamento à covid-19. *Cadernos ESP.* 2020;14(1):156-62. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/387](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/387).
15. Oliveira CM de, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate.* março de 2015;39:255–67. DOI:10.32811/25954482-2020v3n2p147.
16. Mateus RPA, Cavalcante A de M. Ações municipais de prevenção e proteção ao enfrentamento à covid-19. *Cadernos ESP* [online]. 2020;14(1):156–62. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/387](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/387).
17. Conceição MR, Freire RP, Macario FC, Oliveira RAT, Franco CM. Covid-19 - um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. *Saúde Debate.* 2021 Ago. ;44:281–92. DOI:10.1590/0103-11042020e419.
18. Santos TBS, Andrade LR de, Vieira SL, Duarte JA, Martins JS, Rosado LB, et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. *Ciênc Saúde Col.* 2021;26(4):1407–18. DOI: 10.1590/1413-81232021264.43472020.
19. Carmo DRP do, Carvalho JS de, Silva MT da, Umman L, Zasso DV, Kunzler MM, et al. Plano de resposta de um Gabinete de Prevenção e Enfrentamento à COVID-19: Relato de experiência. *Research, Society and Development.* 2020;9(12):e25391210977–e25391210977. DOI:10.33448/rsd-v9i12.10977.

20. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, Vecina Neto G, Lago M, Tasca R. Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. Nota Técnica nº 6. IEPS: São Paulo [online]. 2020 [citado em 2022 Mai 25]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVSAude-NT6.pdf>.
21. Marinelli NP, Albuquerque LPA, Sousa IDB, Batista FMA, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(3):e2020226. DOI:10.5123/S1679-49742020000300008.
22. Rogério WP, Araújo MPS, Souza FM, Lima OC, Maciel ELN, Prado TN. Proteção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: análise dos planos de contingência das capitais brasileiras em tempos de pandemia. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2021;46:e48. DOI:10.1590/2317-6369000011521.
23. Neto ASC, Oliveira MAC, Bezerra EA. Plano de contingência contra o Covid-19: análise crítica. *RESMA* [online]. 2020 [citado em 2022 Mai 25];11(2): 373-86. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/12439>.