

A prática de cuidado em sistemas de saúde universais durante a crise sanitária por COVID-19

The practice of care in universal health systems during COVID-19 health crisis

Bergson do Nascimento Cavalcante¹, Maria Iasmym Viana Martins², Ana Beatriz Oliveira Marques dos Santos³, Daniele Paula Alves Mouta⁴, Marina Pereira Moita⁵, Paloma de Vasconcelos Rodrigues⁶, Maria da Conceição Coelho Brito⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6301-6136> Graduando em Enfermagem. Faculdade Luciano Feijão (FLF), Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: bergsonnascimento123@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5505-6162> Enfermeira. Faculdade Luciano Feijão (FLF), Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: iasmynviana8@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5229-961X> Graduanda em Enfermagem. Faculdade Luciano Feijão (FLF), Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: beatrizmarques073@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4312-7322> Graduanda em Enfermagem. Faculdade Luciano Feijão (FLF), Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: danielepaulaalve@gmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1920-480X> Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.
E-mail: marymoita28@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0066-1485> Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: palomadevasconcelosrodrigues@gmail.com
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3484-9876> Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Faculdade Luciano Feijão (FLF), Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: marycey@hotmail.com

RESUMO

O estudo tem por objetivo sumarizar as evidências sobre as práticas de cuidado no contexto de emergência sanitária por Covid-19 em países com sistemas de saúde universais. Trata-se de uma revisão de escopo. Utilizaram-se os portais e bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - Brazil, Web of

Science, Scopus, Medline/Pubmed e EBSCO para as buscas, e o Rayyan para seleção do material. Os resultados mostraram que sete dos artigos elegíveis para o estudo, são em inglês, e somente um em português. Os estudos se entrelaçam sob a perspectiva do objeto de estudo em comum, que pleiteiam desde as barreiras em ofertar os serviços de saúde de forma gratuita, vertentes políticas, reflexão no contexto de crise sanitária e da Covid-19, e discussão avaliativa da cobertura universal em saúde. Por fim, fazem-se necessárias políticas públicas que acolham e intensifiquem os processos de cuidado em qualquer ambiente em períodos emergentes.

DESCRITORES: Sistemas de Saúde. COVID-19. Pandemias.

ABSTRACT

The study aims to summarize the evidence on care practices in the context of the Covid-19 health emergency in countries with universal health systems. This is a scoping review. The portals and databases of the Virtual Health Library - Brazil, Web of Science, Scopus, Medline/Pubmed, and EBSCO were used for the searches, and Rayyan was used for material selection. The results showed that seven of the articles eligible for the study are in English, and only one is in Portuguese. The studies are intertwined from the perspective of their common subject matter, which ranges from barriers to providing free health services, political aspects, reflection in the context of the health crisis and Covid-19, and evaluative discussion of universal health coverage. Finally, public policies are needed to welcome and intensify care processes in any environment during emergency periods.

DESCRIPTORS: Health Systems.COVID-19. Pandemics.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A sociedade global, em 2019, foi afetada por uma nova crise de saúde pública e emergência sanitária, ocasionada pela Covid-19, conhecida também como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2)¹. O vírus se originou de casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, sendo posteriormente reconhecida como uma doença infecciosa². A sua transmissão é a partir de inalação ou contato com gotículas infectadas, com um período curto de incubação, variando de 2 a 14 dias, além disso, a infecção por Covid-19 tem letalidade estimada de cerca de 14 vezes a mais que a Influenza principalmente em idosos e pessoas com comorbidades³.

Dessa forma, a assistência aos pacientes afetados pela Covid-19 tornou-se uma preocupação e um tema de debate cada vez mais essencial. A crise sanitária provocada pela pandemia acentuou e tornou ainda mais explícita a enorme vulnerabilidade do sistema de saúde no Brasil, potencializando crises políticas e econômicas⁴. Demonstrou que fenômenos desse porte exigem medidas que ultrapassem o plano individual, sendo necessárias ações estratégicas que envolvam a coletividade, planejamento e cooperação internacional, além da prática de valores como solidariedade e equidade, bases fundamentais dos sistemas universais de saúde⁵.

Ainda assim, colocou à prova a resiliência dos sistemas de saúde em todo o mundo, diante do aumento da demanda, os sistemas de saúde foram desafiados a se adaptarem rapidamente para garantir o atendimento adequado à população⁶. Por sua magnitude e impacto que transcendem os serviços de saúde, gerando impactos políticos, sanitários, econômicos e sociais⁷. Sobretudo, a resiliência dos sistemas de saúde, causado por eventos extraordinários, como epidemias e outros desastres que impactam diretamente ou indiretamente a saúde da população. Isso implica manter o funcionamento, a segurança, a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde mesmo diante dessas circunstâncias desafiadoras. Portanto, a resiliência não é apenas uma habilidade a ser demonstrada durante crises, mas sim um atributo contínuo que precisa ser cultivado, especialmente no cuidado nos sistemas de saúde públicos, como o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

Os Sistemas Universais de Saúde, representam uma conquista dos Estados de bem-estar social e foram adotados como estratégia para fortalecer a democracia,

promover os direitos de cidadania e mitigar os dramáticos efeitos da guerra e outras crises sobre a qualidade de vida da população. Por conseguinte, é fundamental que a resiliência seja uma habilidade desenvolvida continuamente. Isso garantirá que esses sistemas possam atender efetivamente às necessidades de saúde da população em todos os momentos, demonstrando seu compromisso em manter e fortalecer os serviços de saúde universais⁹.

Nesse contexto, as práticas de cuidado constituem de aspectos fortemente inseridos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pelos profissionais de saúde, de modo a garantir promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos indivíduos e comunidades¹⁰.

Dessa forma, o estudo tem por objetivo sumarizar as evidências sobre as práticas de cuidado no contexto da emergência sanitária por Covid-19 em países com sistemas de saúde universais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo. Esse tipo de estudo é utilizado para responder questões abrangentes a fim de encontrar evidências por meio de síntese do conhecimento que podem ser utilizadas para a tomada de decisão prática e/ou de pesquisa¹¹.

Utilizou-se o delineamento metodológico proposto pelo Instituto Joanna Briggs, descrito no Manual de revisões de 2020, a partir da realização de cinco etapas, a saber: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; e 5) agrupamentos, síntese e apresentação dos dados¹².

Destaca-se que, esta revisão foi guiada pelas recomendações do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review* (PRISMA-ScR), e foi registrada na plataforma *Open Science Framework* (DOI:[10.17605/OSF.IO/9TYG8](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9TYG8)).

Dessa forma, utilizou-se a Estratégia PCC, sendo o P- População/Problemas, C- Conceito, C- Contexto. Na qual: P- Pandemia por COVID-19, C- Práticas de cuidado, C- Países com sistemas universais de saúde, formulando a seguinte pergunta norteadora: Quais as evidências sobre as práticas de cuidados desenvolvidas na pandemia por Covid-19 no cenário dos países com sistemas

universais?

A busca ocorreu em novembro de 2023, nas seguintes Bases e Portais de Dados, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science*, *Scopus*, *Medline/PubMed* e Ebsco, via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a estratégia de busca utilizou-se os termos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), conforme Quadro 1. Além disso, houve a integração com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Quadro 1. Estratégia de busca

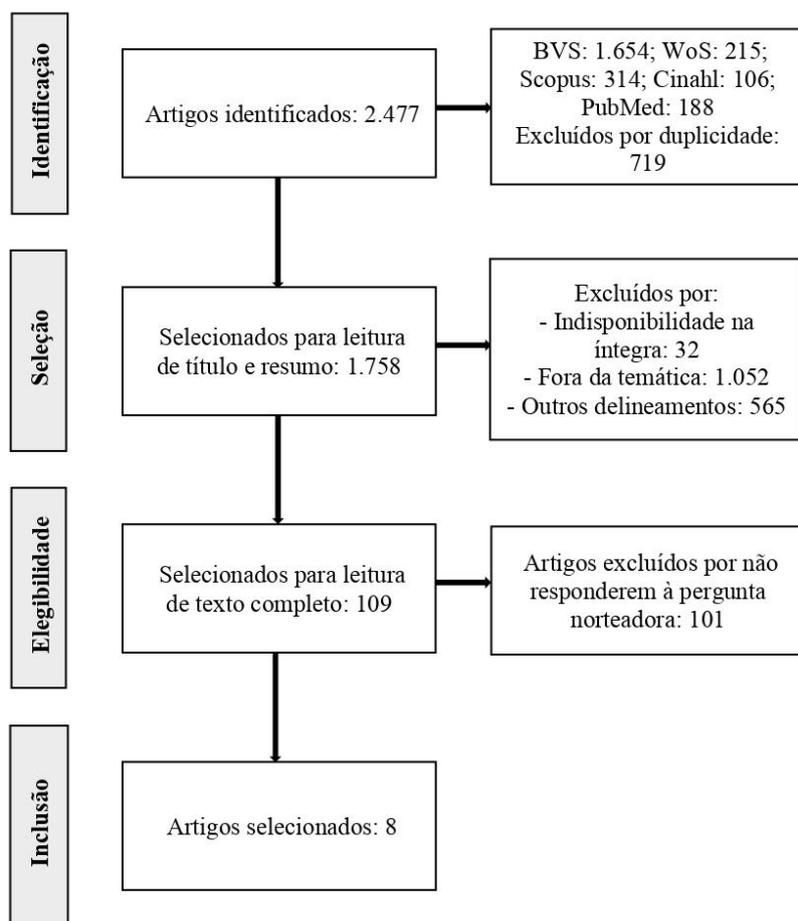
DESCRITOR	ESTRATÉGIA DE BUSCA	BASE/PORTAL
DeCS	“Atenção à saúde” AND (“Acesso Universal aos Serviços de Saúde” OR “Cobertura Universal de Saúde”) AND Covid-19	Biblioteca Virtual em Saúde
MeSH	Covid-19 AND (“Universal Access” OR “Universal Health Care”)	Biblioteca Virtual em Saúde
		Web of Science
		Scopus
		PubMed
Ebsco		

Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Para alcance dos objetivos propostos e pela peculiaridade do objeto de estudo, os critérios de inclusão foram estudos sem um recorte temporal, em qualquer idioma e que tenha relação com o objeto de estudo. Artigos de revisão, editoriais, cartas, estudos clínicos, estudos teóricos reflexivo, relatórios foram definidos como critério de exclusão.

Com a busca, foram identificados 2.477 artigos, sendo selecionados 8 após a aplicação dos critérios de elegibilidades, conforme detalhado na Figura 1. Nesse processo, utilizou-se da Plataforma *Rayyan*, para a exploração e filtragem dos estudos elegíveis para revisão. Este refere-se a um aplicativo gratuito, capaz de ser acessado tanto em aplicativo móvel quanto em plataforma digital, permitindo agilizar a triagem inicial¹³.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: Orientação PRISMA-ScR (2024)

Em seguida, as variáveis foram extraídas e gerenciadas no *Google Sheets*, um programa em nuvem do Google Drive, por meio do mapeamento de informações em um quadro com as seguintes descrições: título, autores, idioma, país, periódico, ano de publicação, objetivos, principais evidências/ síntese dos resultados e conclusão.

Além disso, por se tratar de um estudo de dados secundários e que não envolve seres humanos não se faz necessário o registro e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com as resoluções n.466/2012¹⁴ e 510/2016¹⁵.

RESULTADOS

Foram identificados ao final do processo, um total de 8 artigos, selecionados pelos critérios de elegibilidade adotados. Dentre o período, os anos de 2020 e 2021 com uma publicação, 2022 com quatro e 2023 com dois. Sobre o idioma, um em português e sete em inglês. No Quadro 2 é apresentado o detalhamento dos estudos incluídos na revisão.

Quadro 2. Detalhamento dos artigos incluídos

Nº.	Título	Autores	Idioma	País	Periódico	Ano
A1	A pandemia da COVID-19 expõe crise de gestão no Sistema Único de Saúde?	Gleriano JS, Chaves LDP, França RNC, Ferreira JBB, Forster AC.	Português	Brasil	Saúde em Redes	2022
A2	A Resilient Health System in Response to Coronavirus Disease 2019: Experiences of Turkey.	Shaikh BKI, Tekin A, Ursu P, Mardinoglu A, Mese EA.	Inglês	Turquia	Frontiers in Public Health	2021
A3	Barriers to COVID-19 vaccination among older adults in Mexico City	Gaitán-Rossi P, Méndez-Rosenzweig M, Garcia-Alberto E, Vilar-Compte M.	Inglês	México	International Journal for Equity in Health	2022
A4	COVID-19 may have increased global support for universal health coverage: multi-country observational study	Nisa CF, Yan X, Chakraborty B, Leander P, Bélanger JJ.	Inglês	Irã	Frontiers in Public Health	2023
A5	The Barriers to Universal Health Coverage in India and the Strategies to Address Them: A Key Informant Study.	Kalita A, Carton-Rossen N, Joseph L, Chhetri D, Patel V.	Inglês	Índia	Annals of Global Health.	2023

Nº.	Título	Autores	Idioma	País	Periódico	Ano
A6	Health System Resilience in the Eastern Mediterranean Region: Perspective on the Recent Lessons Learned.	Amiri M, Al Nsour M, Alonso-Garbayo A, Al Serourl A, Maiteh A, Badr E.	Inglês	Jordânia	Interactive journal of medical research	2022
A7	Effect of the Universal Health Coverage Healthcare System on Stock Returns During COVID-19: Evidence from Global Stock Indices.	Tang C-H, Lee Y-H, Liu, G, Wei L.	Inglês	China	Frontiers in Public Health	2022
A8	Building health system resilience in the context of primary health care revitalization for attainment of UHC: proceedings from the Fifth Health Sector Directors' Policy and Planning Meeting for the WHO African Region.	Tumusiime P, Karamagi H, Titi-Ofei R, Amri M, Seydi ABW, Kiprut H, Droti B, Zombre S, Yoti Z, Zawaira F, Cabore J.	Inglês	República do Congo	BMC Proceedings	2020

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Na distribuição temporal percebem-se publicações atuais, o que denota a relevância e contemporaneidade do estudo. No que se concerne ao idioma, verifica-se uma prevalência no inglês e vale destacar que mesmo os países que não têm esse idioma como sua língua vernácula, as publicações seguem nesse idioma. Ainda assim, salienta-se a língua inglesa como o idioma mais falado e conhecido no mundo, o que remete em diversidade e maior alcance.

Perante o exposto e as intencionalidades do estudo são apresentados os detalhamentos, alcances e a síntese de evidências, conforme o quadro 3.

Quadro 3. Síntese de evidências dos artigos incluídos

Nº.	Objetivos	Principais evidências/ síntese dos resultados	Conclusões
A1	Refletir acerca da gestão no contexto pandêmico da crise sanitária pela Covid-19, na perspectiva de articular atores e recursos, dialogando com o processo histórico das disputas de projetos e modelos que cercam o Sistema Único de Saúde (SUS).	A descentralização técnico-administrativa no Brasil, pautada na regionalização favoreceu, de certa forma, o enfrentamento da crise sanitária. O país era permeado por uma crise política que trouxe lacunas no processo de gerência por meio de instância federal, como o Ministério da Saúde.	São necessárias remodelações no sistema vigente há 30 anos, para que os prejuízos em meio a crises sanitárias sejam minimizados, prezando sempre pela participação social.
A2	Destacar as principais políticas, práticas e parcerias por trás da luta eficaz e bem-sucedida da Turquia contra pandemia de SARS-CoV-2 até o final de maio de 2020.	A Turquia iniciou uma reforma na saúde desde 2002, com o Programa de Transformação da Saúde, de modo que abrangeu e alterou quase todos os elementos constitutivos dos sistemas de saúde do país. Ressalta-se que, algumas características importantes dessa transformação foram: fortalecimento da APS; a construção de “cidades saudáveis” aproveitando um modelo de parceria público-privado e; oferta de uma infraestrutura de tecnologia da informação	A experiência da Turquia com os seus algoritmos terapêuticos, decisões políticas e medidas de saúde pública mantiveram baixas as taxas de mortalidade da COVID-19, especialmente entre os idosos.

Nº.	Objetivos	Principais evidências/ síntese dos resultados	Conclusões
		(TI) confiável e abrangente. Ademais, antes da Covid-19, a Turquia já tinha uma cobertura universal de saúde (CUS) mais abrangente.	
A3	Identificar as principais barreiras para receber a primeira dose da vacina.	No México, apesar da oferta gratuita e universal de vacinas, a cobertura ainda não atinge todos os grupos de idosos. A hesitação e a desinformação emergiram como principais razões para a recusa da vacina, junto com preocupações socioeconômicas, como insegurança alimentar. Esses resultados sugerem a necessidade de abordagens mais amplas e informações claras para alcançar os grupos não vacinados, além da importância de considerar fatores socioeconômicos na campanha de vacinação.	São necessárias medidas de saúde pública ativas e diferenciadas voltadas para populações de difícil acesso porque esses dois grupos podem nem solicitar a vacina. A elevada procura facilita a vacinação, no entanto, garantir o acesso total requer novas intervenções minuciosas e cuidadosamente adaptadas.
A4	Examinar as mudanças na opinião pública sobre a prestação de cuidados de saúde, particularmente se os governos deveriam ser garantidores dos cuidados de saúde.	No Irã, o apoio populacional à intervenção governamental nos cuidados de saúde aumentou após a pandemia, e pode ter sido um potencial ponto de virada no apoio público global à CUS, evidenciado por um nível mais elevado de consenso de que os governos devem ser garantidores dos cuidados de saúde.	A pandemia pode ser um fator que abre espaço para discussão e aceitação da possibilidade de uma cobertura universal em saúde (CUS).

Nº.	Objetivos	Principais evidências/ síntese dos resultados	Conclusões
A5	Compreender os pontos de vista de um grupo diversificado de atores políticos na Índia para abordar as seguintes questões de investigação: quais são as conceptualizações da CUS; as principais barreiras à concretização da CUS; e as estratégias políticas para enfrentar essas barreiras.	Na Índia, houve semelhanças entre cobertura universal de saúde (CUS) e atores políticos, pontuando algumas características: qualidade do cuidado, equidade, proteção contra riscos financeiros e um conjunto abrangente de serviços. Como barreira à CUS, identificaram ausência de uma abordagem sistêmica abrangente para as políticas de saúde, inadequação e ineficiência dos mecanismos de financiamento de saúde e fragmentação entre público-privado.	É necessário pensar a longo prazo e analisar os problemas e recomendações de especialistas para concretizar a cobertura universal de saúde no país.
A6	Fornecer <i>insights</i> sobre lições aprendidas no passado e explorar novas oportunidades para alcançar sistemas de saúde mais resilientes para quebrar as barreiras atuais.	Na Jordânia, enfatizam que uma abordagem organizada para a construção de resiliência garantirá uma recuperação tranquila de emergências e crises como a Covid-19, destacando a priorização dos sistemas de saúde resilientes em todos os países da região. Evidenciam a necessidade de investimentos adequados e uma abordagem integral à segurança sanitária e à cobertura universal de saúde (CUS). Além disso, também é experienciado como funciona na prática o Programas de Treinamento em Epidemiologia de Campo (FETPs) do Líbano, estes sendo capazes de fortalecer a força de trabalho da saúde na gestão de emergências.	É essencial que os sistemas de saúde estejam preparados e que haja investimentos, a fim de controlar melhor os riscos de agravamento. Investir no apoio do FETP é crucial, no sentido de fortalecer a vigilância e estar ciente do possível agravamento à população.

Nº.	Objetivos	Principais evidências/ síntese dos resultados	Conclusões
A7	Avaliar o sistema de saúde primário de cobertura universal de saúde (CUS) durante a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) e sua relação com o mercado financeiro	Este estudo chinês concluiu que alguns países como (Argentina, Itália e Brasil) tiveram um retorno de ações mais baixos, se comparado a outros países. O impacto repentino da Covid-19 remete a sinais negativos em termos de investimentos. O início da recuperação ocorreu após meio ano da crise sanitária. Além disso, enfatizam que as evidências demonstram que o sistema de saúde da CUS é eficaz em seu impacto sobre surtos repentinos de doenças em um país.	A cobertura universal de saúde permaneceu de forma positiva mesmo após o período de surto da crise sanitária, mas o impacto foi contrário nos países em que o quantitativo de casos era maior. Além disso, o estudo também fornece diversas vertentes sobre o mercado financeiro.
A8	Detalhar os procedimentos e as principais conclusões da Quinta Reunião de Políticas e Planejamento dos Diretores do Setor de Saúde para a Região Africana da OMS.	No Congo, destaca que, para um sistema de saúde resiliente é necessário aumentar a capacidade inerente do sistema existente de fornecer serviços acima de sua capacidade, aumentar a capacidade de conter o evento de choque e aumentar a capacidade geral do sistema. O evento de choque é descrito como: evento agudo (curta duração) e evento crônico (longa duração/repetitivo), mas que ambos têm relações ambientais, econômicas e políticas intrínsecas. E ainda, a capacidade de aprimorar o sistema de saúde limita-se a financiamento disponível e desempenho do sistema.	Em síntese, é importante considerar como o sistema de saúde foi construído, e identificar se ele tem a capacidade de adaptação, mudança e implementação de novas melhorias. Infere-se que, a construção e abordagem da relação entre a cobertura universal de saúde e os cuidados de saúde primários sejam realizadas previamente a outras crises.

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Os estudos se entrelaçam sob a perspectiva do objeto de estudo em comum, que pleiteiam desde as barreiras em ofertar o serviço de saúde de forma gratuita, vertente políticas, reflexão dentro do contexto de crise sanitária e da COVID-19, a discussão avaliativa da cobertura universal em saúde na APS. Fatos que contribuem para averiguar as singularidades e as aproximações vivenciadas em diferentes contextos e assim desvelar suas intencionalidades para fortalecer suas práticas e/ou reorganizá-las.

Sob a ótica geográfica, destaca-se que os países de investigação são Brasil, China, República do Congo, Irã, Índia, Jordânia, México e Turquia. O que denota, 50% dos países localizam-se no continente Asiático, e os demais integram o continente da América do Norte, América do Sul e Africano, representando 12,5% cada.

DISCUSSÃO

Na contemporaneidade, a discussão sobre a cobertura universal em saúde é indispensável, visto que é possível propiciar a continuidade do serviço de saúde em períodos de crise. Nesse contexto, ainda se considera também na capacidade organizativa do sistema de saúde, em que possa o suceder possibilidade de adaptação, mudança, implementação de melhorias e a eficácia nos processos de cuidado, para que além de beneficiar os usuários, os profissionais sintam-se seguros e capazes de enfrentar adversidades com a capacidade de inovação sem impactar financeiramente o país.

Diante o exposto, evidenciam-se que em meio a uma crise sanitária como a que ocorreu durante a pandemia por COVID-19, um sistema de saúde com uma cobertura universal surge como uma alternativa para uma gestão mais eficaz da emergência enfrentada, com agravos que englobam perspectivas de tratamento, saúde e recuperação da população diante a ocasionalidade vivenciada. Entretanto, em alguns países, barreiras são encontradas para tornar eficaz o processo de cobertura universal como o financiamento da saúde, falta de uma abordagem sistêmica para a reforma do sistema de saúde, falta de organização de prestação de cuidados em saúde, modelo de saúde centrado no hospital e distante da atenção primária, impasses que poderiam ser solucionados através de estratégias eficientes adotadas pelos gestores e governantes¹⁶⁻¹⁹.

Nessa conjectura, os estudos abordam a perspectiva de que para a construção

de sistema resiliente de saúde são necessárias abordagens múltiplas na força de trabalho na saúde como a capacitação, ambientes cercados de inovação e aprendizagem, investimentos na área epidemiológica focando na oferta de mecanismos institucionalizados essenciais que reforcem a saúde pública e garantam uma gestão de riscos de emergência eficaz diante de qualquer adversidade.

Dessa forma, é imprescindível destacar as funções dos sistemas de saúde resilientes ao invés de focar apenas em sua estrutura. Além disso, a resiliência é fundamental para o desenvolvimento da capacidade institucional, permitindo a identificação de ações imediatas e de longo prazo, mitigação de riscos sob condições variáveis e potencialização do sistema, entre outros aspectos²⁰. Hollnagel²¹ descreve que, para responder adequadamente às demandas, é necessário identificar as habilidades resilientes, tais como: saber o que esperar, o que procurar, aprender com experiências passadas e saber como agir.

Um ponto relevante a ser considerado é a abordagem adotada por países como México e o Brasil para enfrentar a crise. As estratégias de vacinação em massa implementadas no México minimizaram os efeitos e a propagação da pandemia. Em contraste, no Brasil, a disseminação de notícias falsas comprometeu o conhecimento científico, gerando desinformação durante o período pandêmico. Isso resultou em um colapso na saúde pública, apesar do sistema de saúde universal, e um maior avanço da doença. Dessa forma, nota-se que para uma gestão de crise é fundamental estratégias sólidas por meio dos governantes que perpassam desde a forma de cobertura do sistema público de saúde, como também melhores ações e planejamentos colocados em prática²²⁻²⁵.

A gestão administrativa no âmbito organizacional, responsável pela saúde, opera fortemente com vistas a oferecer a melhor forma de enfrentamento a crises sanitárias, em especial a da COVID-19, vivenciada nos últimos anos²⁶. Nessa perspectiva, a descentralização ocorre em três esferas: União, os Estados e municípios, que permite trabalharem de maneira conjunta na definição de mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitoramento, elaboração de normas para regular a contratação de serviços, realizar o gerenciamento de recursos financeiros e orçamentários, efetuar o delineamento organizativo de curto a médio prazo, dentre outros²⁷.

A regionalização, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, no Brasil, representa justamente esse fenômeno, em que organiza e descentraliza as

ações e os serviços de saúde²³. Apesar dos esforços conjuntos, cada esfera adotou uma medida, devido em virtude à ausência do Governo Federal²⁶, assim, a precarização no setor saúde não foi causada pela crise sanitária da Covid-19, mas sim um fator agravante em especial as precárias condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do setor, notadamente evidenciada pela sobrecarga laboral, ausência de recursos para a assistência, carência de profissionais, desvalorização e baixa remuneração²⁸⁻³¹.

Por conseguinte, dois artigos^{16,23} trazem à tona aspectos históricos inerentes as práticas em saúde e, como os países enfrentaram as situações de crise atuando tanto para uma assistência efetiva a sociedade quanto a utilização de recursos financeiros sem um agravamento. República do Congo, Índia, Brasil, México e Irã são países que ofertam um sistema de saúde público com fragilidade e seu alcance pouco efetivo^{17,19,22,25}. Em situações de agravamento sanitário, é necessária uma fortificação da atenção primária a saúde. No entanto, os recursos financeiros são insuficientes para subsidiar o serviço, e assim não é possível ofertar por completo o primeiro contato ao usuário, consequentemente não garantindo um cuidado efetivo, integral e equitativo²⁴.

A cobertura universal em saúde pode ser uma possibilidade no Irã, considerando os avanços no desenvolvimento de seu sistema de APS. A extensa rede de unidades de saúde, contemplando espaços urbanos e rurais, expansão na disponibilidade de serviços de saúde a sua população, queda nas taxas de mortalidade materna e infantil e ampliação da cobertura vacinal²⁵. No entanto, a discrepância na qualidade e acesso dos serviços, constante demanda por melhorias de infraestrutura, capacitação dos colaboradores e uso adequado dos recursos evidencia-se a necessidade de diligências constantes para o fortalecimento do sistema de saúde³².

Em 2021, várias entidades de referência em saúde pública reuniram-se a fim de discutir os desafios que prejudicam a resiliência do sistema de saúde na Jordânia. O painel enfatizou a necessidade de investir nas seguintes questões: fortalecimento da APS, saúde universal e segurança sanitária; desenvolvimento de programas epidemiológicos contínuos a fim de aprimorar a vigilância e garantir rapidez em respostas a surtos; ambiente de aprendizagem contínua, fortalecendo a pesquisa e inovação¹⁶.

No que se refere as medidas de saúde pública, em especial a população idosa,

há uma dificuldade na busca pela vacinação. Visto que, houve uma disseminação exacerbada de informações errôneas sobre o imunizante de fontes não confiáveis, ausência de centros de vacinação em bairros com níveis elevados de insegurança e trabalho informal, além do dilema de perder um dia de trabalho ou parte dele para tomar a vacina. Importante salientar que, a alta demanda de vacinação no início das campanhas facilita o processo, mas é necessário garantir medidas com novas intervenções e adaptações a partir da realidade de cada bairro e/ou cidade²².

Em caráter comparativo, observa-se que os impactos da Covid-19 em relação ao Ebola são mais intensificados^{19,33}. A pandemia tinha um grau de transmissibilidade bem mais elevado, ausência de equipamentos e escassez de profissionais – implicando na fragilidade do sistema de saúde -, impactos econômicos, aumento dos preços de insumos básicos, dentre outros. Assim, essa associação influencia no acúmulo de vulnerabilidades da população, em especial, nos mais desfavorecidos financeiramente³⁴.

Considerando a questão geográfica dos países em análise, há uma dessemelhança no acesso à saúde, de modo que, as nações enfrentam barreiras regionais e estruturais, socioeconômicas, limitações no financiamento, além de um maior impacto na saúde, sendo agravado pela pandemia. Ainda nesse contexto, infere-se que durante a crise sanitária, os países de baixa e média renda apresentaram maiores desigualdade no acesso à saúde³⁵.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou-se que a crise sanitária originada pela pandemia por COVID-19 apresentou debates sobre a necessidade de que sistemas de saúde mais eficientes e resilientes a situações de calamidades deveriam surgir como uma alternativa para o enfrentamento de possíveis situações futuras, bem como uma melhor assistência às questões de saúde pré-existentes da população.

No presente escopo, acrescenta-se que a cobertura universal de saúde surge como uma forma de gestão que objetiva a assistência integral à saúde da população, sendo uma alternativa de lidar com possíveis situações de emergência futuras, mas que só poderá ser eficiente através de investimentos na capacitação contínua da força de trabalho na saúde, bem como em tecnologia e pesquisas para gerir melhores formas de conter crises, minimizando os efeitos diante a sociedade.

Ainda assim, faz-se necessário políticas públicas que acolham e intensifiquem os processos de cuidados em qualquer ambiente em períodos emergentes, com investimentos dos sistemas universais em educação em saúde para a população e cuidados que transcendam o processo saúde-doença, mas em todo aspecto biopsicossocial e individual de cada ser. Construindo um cuidado mais digno equânime e preparado para o gerenciamento de crises.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.
2. Souza ASR, Amorim MMR, Melo ASO, Delgado AM, Cunha Florêncio APMC, Oliveira TV, et al. General aspects of the COVID-19 pandemic. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online) 2021; 21(Supl.1):47-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100003>
3. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet, Infect. Dis. 2020; 20(6). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30368-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30368-6/fulltext)
4. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública (Online), 2020; 36(6): e00104120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
5. Bousquat A, Akerman M, Mendes A, Louvison M, Frazão P, Narvai PC. Pandemia de Covid-19: O SUS mais necessário do que nunca. Rev. USP (Online), 2021; 1(128):13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>
6. Marziale MHP. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions. Rev. latinoam. enferm. (Online) 2016; 24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CyFmfpDnQ8JWpXnJvD8zjBw/?format=pdf&lang=pt>
7. Weintraub ACAM, Meneses SS. Reconstrução pós-desastres e emergências em Saúde Pública: contribuições do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19. Interface (Botucatu, Online), 2025 [acesso em 2025 abr 26]; 29:e240082. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240082>
8. Jatobá A, Carvalho PVR. A Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. Saúde em Debate (Online), 2022; 46(Spe8):130–139. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E810>

9. Costa AM, Barros FPC, Rizzotto MLF. Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate. *Saúde em Debate* (Online), 2019; 43(Spe 5):11-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S501>
10. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface* (Botucatu, Online), 2018[acesso em 2024 nov 27]; 22(66): 903-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>
11. Barbosa Filho VC, Tricco AC. Scoping review: a relevant methodological approach for knowledge synthesis in Brazil's health literature. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde* (Online), 2019; 24:1-6. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0082>
12. Aromataris E, Munn Z. (ed.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. rev*, 2016 [acesso em 2024 abr 18]; 5(210). Disponível em: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
16. Amiri M, Al Nsour M, Alonso-Garbayo A, Al Serouri A, Maiteh A, Badr E. Health System Resilience in the Eastern Mediterranean Region: Perspective on the Recent Lessons Learned. *Interact J Med Res*, 2022; 11(2):e41144. DOI: <https://doi.org/10.2196/41144>
17. Kalita A, Carton-Rossen N, Joseph L, Chhetri D, Patel V. The Barriers to Universal Health Coverage in India and the Strategies to Address Them: A Key Informant Study. *Ann. Glob. Health*, 2023; 89(1):69. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.4120>
18. Tang C-H, Lee Y-H, Liu W, Wei L. Effect of the Universal Health Coverage Healthcare System on Stock Returns During COVID-19: Evidence From Global Stock Indices. *Front. Public Health*, 2022; 10:919379. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.919379>
19. Tumusiime P, Karamagi H, Titi-Ofei R, Amri M, Seydi ABW, Kipruto H, et al. Building health system resilience in the context of primary health care revitalization for attainment of UHC: proceedings from the Fifth Health Sector Directors' Policy

- and Planning Meeting for the WHO African Region. BMC Proc, 2020; 14(Suppl19). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00203-2>
20. Carvalho ALB, Rocha E, Sampaio RF, Ouverney AL. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? Saúde em Debate (Online), 2022; 46(esp.1):62-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
 21. Hollnagel E. The four cornerstones of resilience engineering. In: Hollnagel E, Nemeth CP, editores. Resilience Engineering Perspectives. London: CRC Press, 2016:139-56. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49948682>
 22. Gaitán-Rossi P, Mendez-Rosenzweig M, García-Alberto E, Vilar-Compte M. Barriers to COVID-19 vaccination among older adults in Mexico City. Int J Equity Health, 2022; 21(1):85. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01685-6>
 23. Gleriano JS, Chaves LDP, Cunha de França NC, Ferreira JBB, Forster AC. A pandemia da COVID-19 expõe crise de gestão no Sistema Único de Saúde? Saúde Redes, 2022 [citado em 2024 mar 20];8(3):537–554. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p537-554>
 24. Keskinliç B, Shaikh I, Tekin A, Ursu P, Mardinoglu A, Mese EA. A Resilient Health System in Response to Coronavirus Disease 2019: Experiences of Turkey. Front. Public Health, 2021; 8:577021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.577021>
 25. Nisa CF, Yan X, Chakraborty B, Leandro P, Bélanger JJ. COVID-19 may have increased global support for universal health coverage: multi-country observational study. Front. Public Health, 2023; 11:1213037. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1213037>
 26. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. Cien Saude Colet, 2023; 28(5):1277-1286. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>
 27. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. Saúde em Debate (Online), 2022; 46(spe8). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E810>
 28. Aith F, Castilla Martínez M, Cho M, Dussault G, Harris M, Padilla M, et al. Is COVID-19 a turning point for the health workforce? Rev. panam. salud pública. 2020; 44(e102). DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.102>
 29. Barreto MS, Marcon SS, Sousa AR, Sanches RCN, Cecilio HPM, Pinto DM, et al. Vivências de enfermeiros e médicos de unidades de pronto atendimento no enfrentamento da covid-19. Rev. Baiana Enferm. (Online), 2021, 35(e43433). DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43433>
 30. Castro JL, Pontes HJC. A importância dos trabalhadores da saúde no contexto covid-19. In: Santos AO, Lopes LT. Profissionais de saúde e cuidados primários. Brasília, DF: Conass, 2021, p.40-52. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/4847adb6-0a1a-4203-80df-f7c210c8cc94>

31. Castro JL, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro SS, França T, Pinto ICM. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. *Saúde Soc.* (Online), 2023, 32(Suppl2). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230491pt>
32. Aboutorabi A, Darvishi Teli B, Rezapour A, Ehsanzadeh SJ, Martini M, Behzadifar M. History of primary health care in Iran. *J Prev Med Hyg.* 2023, 1;64(3):E367-E374. DOI: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.3.3081>
33. Stoop N, Desbureaux S, Kaota A, Lunanga E, Verpoorten M. Covid-19 vs. Ebola: Impact on households and small businesses in North Kivu, Democratic Republic of Congo. *World Dev.* 2021, 140:105352. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105352>
34. Shears P, Garavan C. The 2018/19 Ebola epidemic the Democratic Republic of the Congo (DRC): epidemiology, outbreak control, and conflict. *Infect Prev Pract.* 2020, Jan 24;2(1):100038. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100038>
35. Abel ZDV, Roope LSJ, Duch R, Clarke PM. Access to healthcare services during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional analysis of income and user-access across 16 economically diverse countries. *BMC Public Health.* 2024, 1;24(1):2678. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20147-y>

RECEBIDO: 29/04/2025
APROVADO: 28/08/2025